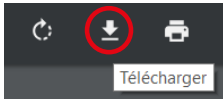


## Étapes à suivre pour remplir le formulaire

1

Cliquez sur l'icône de téléchargement pour enregistrer le formulaire sur votre ordinateur.



2

Remplissez les champs du formulaire et enregistrez vos informations avant de nous soumettre une copie.



7. Est-ce qu'on vous a demandé de vous placer en isolation ou en quarantaine ?

Non  Oui, à partir de cette date [ A | A | A | A | M | M | J | J ]

a) Votre quarantaine/isolation doit se terminer à quelle date ? : [ A | A | A | A | M | M | J | J ]

b) Quelle est la date de votre prochaine visite médicale avec votre médecin traitant ? : [ A | A | A | A | M | M | J | J ]

c) À quel moment prévoyez-vous retourner au travail ? : [ A | A | A | A | M | M | J | J ]

d) Avez-vous la possibilité de travailler de la maison ?  Non  Oui

8. Tout autre détail ou information relative à votre état de santé dont nous devons être informés ?

### Section C – Attestation et autorisation

Je comprends que des vérifications peuvent être effectuées afin de valider l'information fournie et que, si une fraude ou un abus des garanties est soupçonné, les renseignements me concernant et concernant les autres assurés sur mon certificat peuvent être divulgués aux autorités concernées, aux promoteurs de régimes et aux autres compagnies d'assurance et des conséquences pourraient s'ensuivre advenant l'établissement d'une preuve.

Je certifie que les déclarations ci-dessus sont complètes et véridiques et j'autorise, par les présentes, tout médecin, hôpital, clinique, compagnie d'assurance ou autre organisme, y compris la CNESST, la SAAQ, et le DRHC, ainsi que tout établissement ou personne possédant un dossier ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé à fournir à l'union-vie, compagnie mutuelle d'assurance. Tout renseignement portant sur mon état de santé et mes antécédents médicaux. Une photocopie de cette autorisation aura la même valeur qu'un original.

[ A | A | A | A | M | M | J | J ]

**X**

\_\_\_\_\_  
Signature de l'adhérent

**Une photocopie ou télécopie de cette autorisation est acceptable.**

Retournez l'original à cette adresse : C.P. 696, Drummondville (Québec) J2B 6W9 ou via le site sécurisé au : <https://apps.uvmutuelle.ca/CollectifAdherents/>. Conservez une copie pour vos dossiers.

UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.