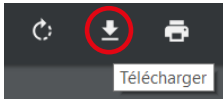


Étapes à suivre pour remplir le formulaire

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.

À compléter **seulement** si vous êtes dans l'impossibilité de nous transmettre une déclaration de votre médecin traitant.
 En l'absence de formulaire complété par votre médecin, nous requérons une confirmation de vos symptômes, de tout résultat de tests et de tout traitement reçus pour votre condition médicale.

Section A – Identification

1. Prénom : _____ Nom : _____
2. Numéro de groupe : _____ Numéro de certificat : _____
 Nom du régime : _____ Nom de l'entreprise : _____
3. Adresse courriel : _____
4. Téléphone : [] [] [] [] - [] [] [] [] Téléphone cellulaire : [] [] [] [] - [] [] [] []

Section B – Déclaration

1. **Pour maladie** Date des premiers symptômes : [A] [A] [A] [A] [M] [M] [J] [J] **Pour blessure** Date de l'accident/de la blessure : [A] [A] [A] [A] [M] [M] [J] [J]
2. Premier jour d'absence au travail : [A] [A] [A] [A] [M] [M] [J] [J]
3. Qu'est-ce qui vous a amené à arrêter de travailler ?

4. Avez-vous consulté un professionnel de la santé pour votre accident/blessure et arrêt de travail ? Non Oui
 Si oui, merci d'indiquer les informations concernant ce professionnel de la santé :
 Nom : _____ Spécialité : _____
 Adresse : _____ Téléphone : [] [] [] [] - [] [] [] []
 À quelle date avez-vous consulté ce professionnel de la santé ? [A] [A] [A] [A] [M] [M] [J] [J]
 Si non, veuillez indiquer pourquoi vous n'avez pas consulté un professionnel concernant votre état de santé.

5. Veuillez fournir les résultats de vos tests et les détails sur des tests à venir ou vos prochains rendez-vous avec des spécialistes concernant votre condition actuelle.

6. Veuillez énumérer les symptômes que vous ressentez en rapport avec votre maladie/blessure et l'intensité de chaque symptôme :
- | Symptômes | Intensité | | |
|-----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Légère | Modérée | Sévère |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
7. Comment vos symptômes affectent vos capacités à travailler ?

8. Veuillez fournir des détails sur ce dont vous avez discuté avec votre employeur, sur la façon dont vous pourriez être accommodé pour surmonter les obstacles que vous avez identifiés dans la question précédente.

9. Avez-vous une date prévue de retour au travail? Non Oui Si oui, quand? [A , A , A , A | M , M | J , J]

10. Avez-vous d'autres problèmes de santé qui pourraient affecter votre rétablissement (par exemple, diabète, maladie cardiaque, maladie respiratoire)? Veuillez préciser :

11. Diagnostique

Primaire: _____

Secondaire et/ou complications : _____

Si accouchement

Date prévue ou date effective : [A , A , A , A | M , M | J , J] Vaginal Césarienne

12. Votre état est-il lié à une maladie/blessure professionnelle? Non Oui Si oui, date de l'événement : [A , A , A , A | M , M | J , J]

13. Est-ce que votre état est lié à un accident de voiture? Non Oui Si oui, date de l'événement : [A , A , A , A | M , M | J , J]

14. Avez-vous été hospitalisé pour votre état de santé actuel? Non Oui Si oui, date de l'événement : [A , A , A , A | M , M | J , J]

Si vous avez été hospitalisé, veuillez fournir tous les documents que vous avez reçus à votre sortie.

15. Date de votre sortie d'hôpital : [A , A , A , A | M , M | J , J] Nom de l'établissement : _____

16. Avez-vous subi une intervention chirurgicale liée à ce problème? Non Oui

Si oui, veuillez indiquer la date et la description de l'opération : [A , A , A , A | M , M | J , J]

Nom de l'établissement : _____

Description de la chirurgie: _____

17. Description de vos traitements (médication, posologie, physio, ergo etc.)

18. Avez-vous suivi une thérapie pour votre condition actuelle? Non Oui

Si oui, veuillez fournir des informations sur votre thérapeute :

Nom : _____ Spécialité : _____

Adresse : _____ Téléphone : [] [] [] [] - [] [] [] []

À quelle date avez-vous vu votre thérapeute? [A , A , A , A | M , M | J , J]

Avez-vous continué vos consultations avec ce thérapeute depuis mars 2020? Non Oui Veuillez préciser :

19. Avez-vous déjà été traité pour cette condition ou une condition similaire dans le passé? Non Oui

Si oui, date [A , A , A , A | M , M | J , J]

20. 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 CNESS, 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'employé

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.