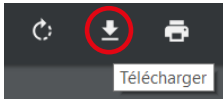


Étapes à suivre pour remplir le formulaire

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 de famille : _____
- 2. Numéro de groupe : _____ Numéro de certificat : _____
 Nom du régime : _____ Nom de l'entreprise : _____
- 3. Courriel : _____
- 4. Téléphone : [] [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] [] Téléphone cellulaire : [] [] [] [] [] [] - [] [] [] [] [] []

Section B – Déclaration

Veuillez indiquer la raison pour laquelle vous soumettez cette mise à jour :

- Prolongation pour une demande en cours Nouvelle condition de santé ou condition additionnelle
- Modification de mon état de santé actuel (c.-à-d. médicaments/dosage, tests, traitement)

1. Diagnostique

Primaire: _____

Secondaires ou complications : _____

Si accouchement

Date prévue ou date effective : [A] [A] [A] [A] [M] [M] [J] [J] Vaginale Césarienne

2. 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"/>

3. Comment vos symptômes affectent vos capacités à travailler ?

4. Avez-vous discuté avec votre employeur de la manière dont vous pourriez être accommodé pour surmonter les obstacles que vous avez identifiés dans la question précédente ?

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

6. Avez-vous d'autres problèmes de santé qui pourraient affecter votre rétablissement (ex. : diabète, maladie cardiaque, maladie respiratoire) ?

7. 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]

8. 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]

9. Avez-vous été hospitalisé pour votre état actuel depuis la dernière mise à jour ? Non Oui

Date de l'admission : [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.

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

11. Avez-vous subi une intervention chirurgicale pour cette condition médicale depuis la dernière mise à jour ? Non Oui

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

Description : _____

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

13. 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 la dernière fois ? : [A | A | A | A | M | M | J | J]

Avez-vous continué vos consultations avec ce thérapeute depuis ? Non Oui Fréquence: _____

Veuillez préciser :

14. Suivez-vous le plan de traitement établi par votre professionnel de la santé ? (c'est-à-dire les médicaments, la thérapie) Non Oui

Si non, veuillez expliquer :

15. Êtes-vous en attente d'un test/examen ? Non Oui Type de test : _____ Date: [A | A | A | A | M | M | J | J]

Résultats (si connus) **Veuillez joindre une copie du rapport de test si disponible**

16. Avez-vous été référé à un médecin spécialiste ? Non Oui Date de la consultation : [A | A | A | A | M | M | J | J]

Nom du spécialiste : _____ Spécialité : _____

Résultats de la consultation (si connus) **Veuillez joindre une copie du rapport de consultation, si disponible**

17. 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.