



Confirmation de maladie – Formulaire employé(e)

Veillez remplir le présent formulaire uniquement si votre absence est causée par des symptômes de la COVID-19 et que vous attendez les résultats d'un test, ou si vous avez reçu un diagnostic clinique de ce virus.

En raison de l'achalandage accru qu'entraîne la pandémie de COVID-19 dans les cliniques et les hôpitaux, nous n'exigerons pas, au début, de déclaration du médecin aux fins du traitement de votre demande de règlement d'invalidité de courte durée, si votre absence est due à des symptômes de la COVID-19 ou à un diagnostic clinique de ce virus. Cette exception d'une durée limitée s'appliquera pendant la situation en cours.

En l'absence d'une déclaration du médecin, vous devez confirmer la nature de vos symptômes, les résultats des tests, et tout traitement que vous avez reçu. Veillez remplir et signer ce formulaire et l'envoyer à:
rthclient.service@cowangroup.ca

1. Veillez confirmer :

Numéro de la police :

Numéro d'employé:

Nom de l'employé:

Nom de l'employeur:

Date de l'apparition des symptômes :

jj/mm/aaaa

Premier jour d'absence du travail :

jj/mm/aaaa

2. Veillez préciser de quels symptômes vous souffrez :

Fièvre

Perte d'appétit

Toux

Écoulement nasal

Fatigue

Nausée

Douleurs musculaires

Vomissements

Mal de gorge

Mal de tête

Essoufflement

Autres

3. Avez-vous d'autres problèmes de santé qui pourraient nuire à votre rétablissement (diabète, maladie cardiaque, maladie respiratoire ou autre)?

4. A) Date de la consultation médicale en lien avec COVID-19 :
jj/mm/aaaa

B) Par qui avez-vous été vu(e)? (médecin/clinique/hôpital/autorité de santé publique)

5. A) Date du test COVID-19 :
jj/mm/aaaa

B) Nom, adresse et numéro de téléphone de l'établissement où a été effectué le test :

C) Résultats du test :

Positif

Négatif

En attente – Date à laquelle sont attendus les résultats :
Veuillez si possible joindre les résultats. jj/mm/aaaa

6. Avez-vous reçu la consigne de vous placer en isolement?

Oui, à compter de :
jj/mm/aaaa

Non

• Date prévue de la fin de la période d'isolement
jj/mm/aaaa

• Date de la prochaine consultation du médecin
jj/mm/aaaa

• Date prévue du retour au travail
jj/mm/aaaa

• Êtes-vous en mesure de travailler de la maison? Oui Non

7. Autres précisions sur votre état de santé dont vous aimeriez nous faire part, y compris votre statut vaccinal :

J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets, et je comprends que d'autres renseignements peuvent être requis aux fins du traitement de ma demande de règlement.

Nom : N° de tél. :

Cellulaire : Courriel :

Signature : Date :

Pour toute question concernant votre demande de règlement, contactez les services à la clientèle RTH par courriel à rthclient.service@cowangroup.ca

Pour plus de renseignements sur la COVID-19, rendez-vous au site de l'Agence de la santé publique du Canada, à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html>.