



DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE DESTINÉE AU MEMBRE DE RÉGIME – COVID-19

Veillez remplir ce formulaire si votre absence est liée à des symptômes de la COVID-19. Si vous êtes en quarantaine, mais ne ressentez aucun symptôme, veuillez soumettre une demande prestations d'assurance-emploi (AE).

Afin de reconnaître la pression grandissante sur nos cliniques médicales et nos hôpitaux en raison de la pandémie liée à la COVID-19, nous n'ignorons pas l'importance de votre demande de prestations d'invalidité si votre absence est liée aux symptômes de la COVID-19, ou d'un diagnostic clinique du virus. Il s'agit d'une exception limitée au fur et à mesure que cette situation évolue.

Afin de soumettre votre demande de prestations d'invalidité de courte durée (ICD) liée à la COVID-19, veuillez suivre la démarche suivante :

- Remplir, dater et signer le formulaire et le télécharger, l'envoyer par la poste ou par télécopieur en suivant les directives ci-dessous.
- Demander à votre employeur de remplir le formulaire Demande de prestations d'invalidité de courte durée destinée à l'employeur – COVID-19 (n° 421BFR).

1. Veillez confirmer les renseignements suivants :

Numéro de contrat : _____ Numéro de certificat : _____

Nom – membre du régime : _____

Nom – promoteur de régime : _____

Date à laquelle les premiers symptômes sont apparus : _____

Première journée de l'absence au travail : _____

2. Veillez indiquer les symptômes associés à votre maladie :

fièvre toux fatigue douleurs musculaires maux de gorge essoufflement

diminution de l'appétit écoulement nasal nausée vomissement mal de tête

autre _____

3. Souffrez-vous d'autres problèmes de santé qui pourraient avoir une incidence sur votre rétablissement (p. ex. le diabète, la maladie du cœur, des problèmes respiratoires)?

4. Veillez confirmer les renseignements suivants :

A) Date de la dernière consultation médicale liée à la COVID-19 : _____

B) Auprès de qui votre consultation médicale a-t-elle été effectuée? (p. ex. médecin, clinique, hôpital, autorité de la santé publique)



DEMANDE DE PRESTATIONS D'INVALIDITÉ DE COURTE DURÉE DESTINÉE AU MEMBRE DE RÉGIME – COVID-19

5. Veuillez confirmer les renseignements suivants :

A) Date du test pour la COVID-19 : _____

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

C) Résultat du test (**résultat du test ci-joint**): positif négatif en attente – si en attente, indiquer la date prévue : _____

• Quand consulterez-vous votre médecin à nouveau? _____

• Quand envisagez-vous de retourner au travail? _____

• Pouvez-vous travailler à la maison? Oui Non

6. Y a-t-il d'autres précisions que vous souhaiteriez fournir?

Je certifie que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont véridiques et complets et je comprends que des renseignements supplémentaires pourraient s'avérer nécessaires pour valider ma demande de réclamation.

Nom : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de cellulaire : _____ Courriel : _____

Signature : _____ Date : _____

Avez-vous des questions à propos de votre demande de réclamation?

Veuillez communiquer avec le Service à la clientèle au 1 800 265-4556.

Pour de plus amples renseignements concernant le nouveau coronavirus, veuillez consulter le site Web de l'Agence de la santé publique du Canada : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique.html>

Veuillez téléverser le formulaire dûment rempli et signé via sur le site www.equitable.ca en utilisant notre outil d'envoi de documents en ligne sécurisé situé sous l'onglet Mes ressources. Il est aussi possible de nous le faire parvenir par télécopieur au 1 888 505-4373 ou par la poste à l'adresse suivante :

Assurance vie Équitable du Canada
Service des réclamations d'assurance invalidité, Assurance collective
One Westmount Road North
P.O. Box 1603 Stn. Waterloo Waterloo (Ontario) N2J 4C7

REMARQUE : L'Assurance vie Équitable ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Assurance vie Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 265-4556.