

CERTIFICAT MÉDICAL

PRESTATIONS DE MALADIE DE L'ASSURANCE-EMPLOI

PARTIE 1 LE PRESTATAIRE DOIT REMPLIR CETTE PARTIE POUR AUTORISER LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS À LA PARTIE (2) À L'ASSUREUR

Numéro d'assurance sociale

Date de naissance

A	M	J
---	---	---

Nom de famille

Prénom

Initiales

Adresse postale complète

Numéro et rue, route rurale, autre	N° app.
------------------------------------	---------

Ind. rég. Numéro de téléphone

Ville ou Village

Province / territoire

Code postal

Je consens à ce que le détail de ma maladie et/ou ma grossesse soit communiqué à l'assureur et au médecin examinateur de l'assureur. Je m'engage à payer tous les honoraires demandés pour fournir les renseignements exigés.

Signature du prestataire, de son représentant ou d'un proche parent

A	M	J
---	---	---

LES RENSEIGNEMENTS CONSIGNÉS SUR CE FORMULAIRE SONT RECUEILLIS EN VERTU DE LA LOI SUR L'ASSURANCE-EMPLOI ET SERVIRONT À DÉTERMINER VOTRE ADMISSIBILITÉ AUX PRESTATIONS D'ASSURANCE-EMPLOI. CES RENSEIGNEMENTS SERONT VERSÉS DANS LE FICHIER DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS INTITULÉ «DOSSIER DE LA DEMANDE DE PRESTATIONS» (NUMÉRO EDSC PPU 150). LA FAÇON DE PROCÉDER POUR AVOIR ACCÈS AUX RENSEIGNEMENTS PERSONNELS VOUS CONCERNANT EST EXPLIQUÉE DANS LE RÉPERTOIRE [INFO SOURCE](#). VOUS POUVEZ CONSULTER CETTE PUBLICATION DANS LES CENTRES SERVICE CANADA. CES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SONT PROTÉGÉS ET VOUS POUVEZ LES CONSULTER EN VERTU DE LA LOI SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.

PARTIE 2 DOIT ÊTRE REMPLIE PAR UN MÉDECIN OU AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ACCEPTÉ PAR LA COMMISSION

GROSSESSE

Indiquer la date présumée de l'accouchement.

A	M	J
---	---	---

Indiquer la date effective de l'accouchement.

A	M	J
---	---	---

INCAPACITÉ

Date à laquelle la personne susmentionnée est devenue incapable de travailler en raison de son état de santé.

A	M	J
---	---	---

D'après moi, la personne susmentionnée est incapable de travailler jusqu'au :

A	M	J
---	---	---

COMMENTAIRES:

Nom du médecin (en majuscules)

Spécialité

Ind. rég. Numéro de téléphone

Adresse

Signature du médecin

Date

A	M	J
---	---	---

Service Canada assure la prestation des programmes et des services de l'Emploi et Développement sociale Canada pour le gouvernement du Canada.