

DÉCLARATION DE SANTÉ ADDITIONNELLE LIÉE AU CORONAVIRUS (COVID-19)

Émission
 Numéro de proposition : _____
 Modification
 Demande de remise en vigueur
 Numéro de la police : _____

Assuré 1 : _____

Assuré 2 : _____

	Assuré 1		Assuré 2		Enfants	
Avez-vous été mis en quarantaine, isolement forcé ou présenté des symptômes suivant une exposition au coronavirus (Covid-19)?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Si oui,						
• Date de début de l'évènement						
• Date de fin de l'évènement, s'il y a lieu						
• Précisions (circonstances, raison, symptômes et etc.)						
Avez-vous subi un test pour fin de diagnostic du coronavirus (Covid-19)?	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Si oui,						
• Date						
• Résultat						

Je comprends que cette déclaration fait partie intégrante de la Déclaration de santé.

Signé à _____ (lieu) le _____(jour) _____ (mois) 20__ (année)

Signature assuré 1

Signature assuré 2

Signature du représentant