

La pandémie du coronavirus (COVID-19) qui se déroule actuellement implique que nous prenions des mesures préventives nécessaires à la protection de la santé de notre clientèle et nos partenaires. Ces mesures ont des conséquences directes sur l'organisation des rencontres en personne avec nos clients afin de respecter les règles de la santé publique. À cette fin, SSQ Cabinet de services financiers exige dorénavant que la présente déclaration soit complétée lors de rencontre avec un client et fasse partie intégrante de la tenue de dossier.

La présente déclaration doit être signée lors de chaque rencontre par chaque participant et tout autre intervenant qui pourrait être appelé à y participer (associés, professionnels, mandataires, etc.). Généralement, il y a deux ou trois participants à l'occasion d'une rencontre, soit : le client, son conjoint et le représentant certifié qui offre ses conseils en services financiers.

La divulgation d'une exposition à la COVID-19 ou d'avoir contracté la maladie est requise afin de protéger la santé et la sécurité de l'ensemble des intervenants et pour limiter la propagation. **Une réponse positive à l'une ou l'autre des questions entraînera l'annulation du rendez-vous en personne. Une rencontre virtuelle devra alors avoir lieu, ou la rencontre devra être reportée.**

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de la rencontre

Lieu de la rencontre (adresse complète)

Déclaration du participant 1

| | Oui | Non |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Avez-vous eu un contact étroit avec une personne diagnostiquée ou suspectée d'avoir contracté le COVID-19, au cours des 14 derniers jours ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Avez-vous eu un ou plusieurs des symptômes ¹ suivants, au cours des 14 derniers jours? | | |
| • Fièvre (environ 90 % des patients) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Toux (surtout sèche, environ 80 % des patients) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Essoufflement (environ 30 % des patients) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Fatigue/malaise (environ 30 % des patients) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Perte d'odorat (sans congestion nasale) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Souffrez-vous d'une maladie chronique ou d'une condition de santé qui vous rend plus à risque de complications? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Nom du participant 1

Titre du participant

Signature du participant 1

Date de signature

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Déclaration du représentant certifié

| | Oui | Non |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Avez-vous eu un contact étroit avec une personne diagnostiquée ou suspectée d'avoir contracté le COVID-19, au cours des 14 derniers jours ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Avez-vous eu un ou plusieurs des symptômes ¹ suivants, au cours des 14 derniers jours? | | |
| • Fièvre (environ 90 % des patients) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Toux (surtout sèche, environ 80 % des patients) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Essoufflement (environ 30 % des patients) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Fatigue/malaise (environ 30 % des patients) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Perte d'odorat (sans congestion nasale) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Souffrez-vous d'une maladie chronique ou d'une condition de santé qui vous rend plus à risque de complications? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Nom du représentant certifié

Titre du représentant certifié

Signature du représentant certifié

Date de signature

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Déclaration du participant 2

| | Oui | Non |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Avez-vous eu un contact étroit avec une personne diagnostiquée ou suspectée d'avoir contracté le COVID-19, au cours des 14 derniers jours ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Avez-vous eu un ou plusieurs des symptômes ¹ suivants, au cours des 14 derniers jours? | | |
| • Fièvre (environ 90 % des patients) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Toux (surtout sèche, environ 80 % des patients) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Essoufflement (environ 30 % des patients) ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Fatigue/malaise (environ 30 % des patients) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| • Perte d'odorat (sans congestion nasale) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Souffrez-vous d'une maladie chronique ou d'une condition de santé qui vous rend plus à risque de complications? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Nom du participant 2

Titre du participant 2

Signature du participant 2

| A | A | A | A | M | M | J | J |

Date de signature

Nombre de personnes présentes à la rencontre : _____

Le document *Informations pour les clients et les représentants certifiés* expose les mesures d'hygiène additionnelle requises par SSQ Cabinet de services financiers qui devront être respectées dans le cadre d'une rencontre en personne. Ces mesures doivent être suivies par tous les participants à la rencontre. Tout manquement au respect de ces mesures par l'un des participants entraînera l'annulation ou l'interruption de la rencontre.

Les informations recueillies au présent formulaire sont confidentielles et seront conservées dans le respect de la réglementation applicable. Aucune information contenue à la présente ne sera divulguée à moins que la loi ne l'exige ou avec le consentement exprès des signataires de la présente.

¹ Les symptômes peuvent être légers (similaire à un rhume) ou plus sévères (tels que ceux associés à la pneumonie et à l'insuffisance pulmonaire ou rénale).

Les sources de références de ce formulaire proviennent de **Dialogue, Agence de la santé publique du Canada, quebec.ca/coronavirus**

SSQ Cabinet de services financiers

1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200
Longueuil (Québec) J4K 0B9
Téléphone 450 465-4881
Télécopieur 450 465-6160

ssqcabinet.ca