



Déclaration de santé de l'employé

Veillez inscrire vos numéros
d'entreprise et de certificat

Numéro d'entreprise

Numéro de certificat

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS À L'ENCRE.)

Nom de l'employé _____ Date de naissance (A/M/J) _____

Nom de l'entreprise _____ Numéro de téléphone (_____) _____

Taille _____ pieds/pouces cm Poids actuel _____ livres kilos Changement de poids durant les 12 derniers mois gain perte _____ livres kilos

Précisez la raison pour ce changement de poids. _____

QUESTIONNAIRE MÉDICAL (VEUILLEZ RÉPONDRE COMPLÈTEMENT À TOUTES LES QUESTIONS. LES RÉPONSES « S. O. » (« SANS OBJET ») ET LES LIGNES DANS LA SECTION DES RÉPONSES NE SONT PAS ACCEPTABLES.)

Date de la dernière consultation chez un médecin (A/M/J) _____ Précisez la raison pour cette consultation. _____

Découverte ainsi que tous traitements et médicaments prescrits et statut actuel Aucun OU _____

Nom et adresse de votre médecin de famille (SI AUCUN, VEUILLEZ INDIQUER « AUCUN ») _____

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>1) Avez-vous déjà consulté un médecin, a été affligé ou reçu des traitements pour l'une des conditions suivantes?</p> <p>a) Problèmes pulmonaires (p. ex. asthme, bronchite, tuberculose)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>b) Trouble cardiaque (p. ex. douleur thoracique, essoufflement, hypertension ou souffle au cœur)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>c) Trouble de l'estomac (p. ex. ulcère, indigestion ou trouble de la vésicule biliaire)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>d) Diabète, maladie rénale ou anomalie de l'urine? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>e) Cancer, tumeur ou trouble sanguin? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>f) Résultats positifs, ou consultation prétest ou diagnostic du SIDA, les anticorps anti-VIH ou tout autre problème du système immunitaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>g) Épilepsie, paralysie, trouble nerveux, mental ou émotionnel? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>h) Névrite, arthrite, rhumatisme, trouble de la colonne vertébrale ou du dos, douleur au cou et aux muscles ou le syndrome de fibromyalgie ou de fatigue chronique? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>i) Toute maladie, altération ou difformité non citée précédemment? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> | <p>2) Consommez-vous des médicaments d'ordonnance à l'heure actuelle? Dans l'affirmative, donnez des précisions ci-dessous (aucun reçu). <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>3) Au cours des cinq dernières années, avez-vous été en observation par un médecin ou autre professionnel médical (p. ex. chiropraticien, massothérapeute, psychologue) ou avez-vous reçu des recommandations ou un traitement médical ou chirurgical autre que ceux énumérés précédemment? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>4) Avez-vous déjà été dans l'impossibilité d'exécuter votre travail habituel pour plus de trois jours consécutifs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>5) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé une forme de tabac, dont des cigarettes électroniques ou d'autres substituts du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>6) Avez-vous déjà consommé des stupéfiants (sauf pour des raisons médicales), a été conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou reçu des soins en raison de toxicomanie ou d'alcoolisme? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

EXPLICATION DES RÉPONSES AFFIRMATIVES AUX QUESTIONS CI-DESSUS. TOUTE CORRECTION DOIT ÊTRE PARAFÉE.

Question numéro	Description de la condition médicale	Date du début (A/M/J)	Date du rétablissement (A/M/J)	Médicaments et/ou traitements	Coûts mensuels approximatifs	Médecin traitant ou hôpital

Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Je déclare, par la présente, que les réponses et énoncés qui précèdent sont véridiques et complets. Je conviens que toute protection établie à la suite de l'acceptation de la présente demande ne pourra pas prendre effet si je n'occupe pas, à la date à laquelle l'assurance doit entrer en vigueur, mon emploi à temps plein à titre d'employé actif. Je conviens que l'assurance demandée n'entrera en vigueur que lorsque la compagnie d'assurance aura approuvé ma demande.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration du régime d'assurance, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste des sources non exhaustive auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du régime.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à envoyer par courriel toute demande de renseignements médicaux supplémentaires ou les questionnaires demandés pour le traitement de toute demande de protection aux termes de ce régime, dont la correspondance ayant trait à la tarification des risques médicaux. Cette autorisation s'applique également à mes personnes à charge, le cas échéant.

J'ai été avisé(e) qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité » du site Web www.lecollectifdeschambres.ca ou auprès de l'administrateur de mon régime d'avantages sociaux.

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'originale. Les signatures numériques ne sont pas acceptables.

Signature de l'employé _____ Date (A/M/J) _____

Adresse électronique _____

Les renseignements sur votre assurabilité ou celle de vos personnes à charge demeureront confidentiels.