



Déclaration de santé de la personne employée

Veillez inscrire vos numéros d'entreprise et de certificat

Numéro d'entreprise

Numéro de certificat

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE EMPLOYÉE (VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS À L'ENCRE.)

Nom de la personne employée _____ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____

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 médicale (AAAA/MM/JJ) _____ Raison _____

Résultats, traitement et médicaments prescrits et état actuel Aucun OU _____

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

- | | |
|--|---|
| <p>1) Avez-vous déjà consulté un ou une médecin, été affligé-e, reçu des traitements ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez 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 coeur)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>c) Trouble de l'estomac (p. ex. ulcère, indigestion ou troubles 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) Avez-vous eu des résultats positifs, vous a-t-on conseillé ou vous a-t-on dit que vous aviez une des conditions suivantes : le 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, troubles nerveux, mentaux ou émotionnels? <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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si la réponse est « oui », veuillez préciser ci-dessous (aucun reçu).</p> <p>3) Au cours des cinq dernières années, avez-vous été suivi-e par un ou une médecin ou un ou une spécialiste de la santé (p. ex., chiropraticien ou chiropraticienne, massothérapeute, psychologue) ou avez-vous reçu 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 consommé un produit du tabac, une cigarette électronique ou tout autre produit de remplacement du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>6) Avez-vous déjà consommé des stupéfiants, des substances hallucinogènes ou des substances dopantes semblables n'ayant pas fait l'objet d'une ordonnance médicale, ou avez-vous été informé-e de réduire votre consommation d'alcool ou avez-vous été traité pour toxicomanie ou 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	Nature du problème	Date du début (AAAA/MM/JJ)	Date du rétablissement (AAAA/MM/JJ)	Médicaments et/ou traitements	Coûts mensuels approximatifs	Médecin traitant ou traitante ou hôpital

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

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai consignés dans le formulaire sont exacts et complets. Je conviens que l'assurance demandée n'entrera en vigueur que lorsque la compagnie d'assurance aura approuvé ma demande. Je conviens également que toute protection établie à la suite de l'acceptation de la présente demande ne pourra pas prendre effet si à la date à laquelle l'assurance doit entrer en vigueur, je n'occupe pas un poste permanent.*

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce et ses compagnies d'assurance à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, 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 non exhaustive des sources auprès desquelles des renseignements peuvent être obtenus comprend des spécialistes, des établissements ou des prestataires de soins médicaux et de santé, des compagnies d'assurance et d'autres organisations ou personnes. Cette autorisation est également valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant les personnes à ma charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties de ce régime.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à transmettre par courriel une copie de toute demande de renseignements médicaux supplémentaires et/ou de tout questionnaire nécessaire au traitement d'une demande de protection aux termes de ce régime, y compris toute correspondance ayant trait à une décision de tarification des risques médicaux. Cette autorisation s'applique également à mes personnes à charge, le cas échéant.

Je prends acte du fait 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 www.lecollectifdeschambres.ca ou auprès de la personne responsable de l'administration de mon programme d'avantages sociaux.

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

Signature de la personne employée _____ Date (AAAA/MM/JJ) _____

Adresse courriel _____

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

* Dans le cas des entreprises dont la date d'entrée en vigueur des garanties tombe avant le 1er mars 2024 et qui ont choisi de ne pas inclure les personnes employées à temps partiel, pour être admissibles, les personnes employées doivent travailler à temps plein, pendant au moins 20 heures par semaine.