



## Déclaration de santé des personnes à charge

Veillez inscrire vos numéros d'entreprise et de certificat

Numéro d'entreprise

Numéro de certificat

### RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE (VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS À L'ENCRE.)

Énumérez toutes vos personnes à charge incluant votre conjoint ou conjointe.

Lien de parenté	Prénom	Nom (si différent)	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Genre (Femme/Homme/Autre expression de genre/Non dévoilé)	Taille	Poids
Conjoint-e	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> pieds/pouces <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> livres <input type="checkbox"/> kilos	
Enfant	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> pieds/pouces <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> livres <input type="checkbox"/> kilos	
Enfant	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> pieds/pouces <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> livres <input type="checkbox"/> kilos	
Enfant	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> pieds/pouces <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> livres <input type="checkbox"/> kilos	
Enfant	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> pieds/pouces <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> livres <input type="checkbox"/> kilos	

### QUESTIONNAIRE MÉDICAL SUR LES PERSONNES À CHARGE

- |   | Oui                      | Non                      |  | Oui                      | Non                      |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1) Vos personnes à charge ont-elles déjà consulté un ou une médecin, été affligées, reçu des traitements ou leur a-t-on déjà dit qu'elles avaient l'une des conditions suivantes?                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2) Est-ce que l'une ou l'autre de vos personnes à charge prend un médicament d'ordonnance? Si la réponse est « oui », veuillez préciser ci-dessous.  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) Problèmes pulmonaires (p. ex. asthme, bronchite, tuberculose)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3) Au cours des cinq dernières années, l'une ou l'autre de vos personnes à charge a-t-elle été suivie par un ou une médecin ou un ou une spécialiste de la santé (p. ex., chiropraticien ou chiropraticienne, massothérapeute, psychologue) ou a-t-elle reçu des recommandations ou un traitement médical ou chirurgical autre que ceux énumérés précédemment? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Trouble cardiaque (p. ex. douleur thoracique, essoufflement, hypertension ou souffle au cœur)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4) Au cours des 12 derniers mois, l'une ou l'autre de vos personnes à charge a-t-elle consommé un produit du tabac, une cigarette électronique ou tout autre produit de remplacement du tabac?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Trouble d'estomac (p. ex. ulcère, indigestion ou troubles de la vésicule biliaire)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5) L'une ou l'autre de vos personnes à charge a-t-elle déjà consommé des stupéfiants, des substances hallucinogènes ou des substances dopantes semblables n'ayant pas fait l'objet d'une ordonnance médicale, ou a-t-elle été informée de réduire sa consommation d'alcool ou a-t-elle été traitée pour toxicomanie ou alcoolisme?                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Diabète, maladie rénale ou anomalie de l'urine?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| e) Cancer, tumeur ou trouble sanguin?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| f) Ont-elles eu des résultats positifs, leur a-t-on conseillé ou leur a-t-on dit qu'elles avaient une des conditions suivantes : le SIDA, les anticorps anti-VIH ou tout autre problème du système immunitaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| g) Épilepsie, paralysie, troubles nerveux, mentaux ou émotionnels?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| 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"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |
| i) Toute maladie, altération ou difformité non citée précédemment?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |                          |                          |

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

Question numéro	Nom	Nature du problème	Date du début (AAAA/MM/JJ)	Date du rétablissement (AAAA/MM/JJ)	Médicaments et/ou traitements	Coûts mensuels approximatifs
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

### 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.

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](http://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 \_\_\_\_\_

Signature du conjoint ou de la conjointe \_\_\_\_\_ Date (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Les renseignements sur vous ou ceux de vos personnes à charge demeureront confidentiels.