

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.

Lien de parenté	Prénom	Nom (si différent)	Date de naissance (A/M/J)	Sexe (M/F)	Taille	Poids
Conjoint	_____	_____	_____	_____	_____ <input type="checkbox"/> pieds/pouces <input type="checkbox"/> cm _____ <input type="checkbox"/> livres <input type="checkbox"/> kilos	_____ <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	_____ <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	_____ <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	_____ <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	_____ <input type="checkbox"/> livres <input type="checkbox"/> kilos

QUESTIONNAIRE MÉDICALE POUR LES PERSONNES À CHARGE

- | | |
|---|--|
| <p>1) Vos personnes à charge ont-elles déjà consulté un médecin, ont été affligées ou reçu des traitements pour l'une des conditions suivantes?</p> <p>a) Problèmes pulmonaire (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 d'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) Vos personnes à charge consomment-elles 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, ont-elles été en observation par un médecin ou autre professionnel médical (p. ex. chiropraticien, massothérapeute, psychologue) ou ont-elles 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) Au cours des 12 derniers mois, une de vos personnes à charge a-t-elle 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>5) Ont-elles déjà consommé des stupéfiants (sauf pour des raisons médicales), ont été conseillé de réduire leur 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	Nom	Description de la condition médicale	Date du début (A/M/J)	Date du rétablissement (A/M/J)	Médicaments et/ou traitements	Coûts mensuels approximatifs
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

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 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 _____

Signature du conjoint _____ Date (A/M/J) _____

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