



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 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 avisée 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 ou trouble nerveux ou mental? | <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 à la collecte et à la communication de renseignements personnels

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur 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 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 les renseignements peuvent être obtenus comprend le personnel professionnel des soins de santé, les établissements, les prestataires de services, 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 présent 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.

Je reconnais 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 du personnel administratif de mon régime d'assurance collective.

Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

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

Adresse électronique _____

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

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