

DÉCLARATION DE SANTÉ (À remplir par chaque membre de la famille qui en fait la demande.)

Dans le cas des enfants à charge, la *Déclaration de santé* doit être remplie par l'employé en leur nom. Tous les renseignements fournis sont confidentiels.

Nom de l'adhérent _____ Employé Conjoint Enfant à charge

Taille _____ pieds/pouces cm Poids actuel _____ livres kilos

Changements de poids durant les 12 derniers mois gain perte _____ livres kilos

Précisez la raison pour ce changement de poids. _____

Nom et adresse postale du médecin habituel _____

Date de la dernière consultation chez un médecin (AAAA/MM/JJ) _____

Précisez la raison pour cette consultation. _____

Veuillez répondre à TOUTES les questions et fournir les détails demandés au numéro 5 indiqué ci-dessous.

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Avez-vous déjà consulté un médecin, été affligé, reçu des traitements pour l'une des conditions suivantes? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) Problèmes pulmonaires (p. ex. asthme, bronchite, tuberculose)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Trouble cardiaque (p. ex. douleur thoracique, essoufflement, hypertension, ou souffle au coeur)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Trouble de l'estomac (p. ex. ulcère, indigestion ou trouble de la vésicule biliaire)? | <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) Résultats positifs, ou consultation prétest ou diagnostic du SIDA, les anticorps anti-VIH ou tout autre problème du système immunitaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Épilepsie, paralysie, trouble nerveux, mental ou émotionnel? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Névrite, arthrite, rhumatisme, trouble de la colonne vertébrale ou du dos, douleurs ou problèmes aux muscles 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"/> |
| 2. Avez-vous un problème de santé physique ou mentale ou d'anomalie physique ou de symptôme de maladie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Au cours des cinq dernières années, avez-vous été hospitalisé ou sous observation médicale, pris des médicaments ou obtenu une consultation médicale ou chirurgicale, ou reçu des soins autres que ceux indiqués ci-dessus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous déjà consommé des stupéfiants (sauf pour des raisons médicales), été conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou reçu des soins en raison de toxicomanie ou d'alcoolisme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Explication des réponses affirmatives aux questions ci-dessus. | | |

Question numéro	Description de la condition médicale	Date du Début / Rétablissement	Médicaments et/ou traitements	Coûts mensuels approximatifs	Médecin traitant ou hôpital

DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(À remplir par l'employé et le conjoint - si le conjoint présente une proposition d'assurance)

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. De plus, je conviens que toute assurance accordée en vertu de la présente demande n'entrera en vigueur que si l'employé occupe activement son poste à temps plein, à la date à laquelle la protection entrerait normalement en vigueur. Il est entendu que toute assurance demandée pour les enfants à charge ne peut être accordée que si la demande d'assurance de l'employé ou du conjoint est approuvée. L'employé peut résilier cette assurance à tout moment en déposant une demande par écrit au Régime d'assurance collective des chambres de commerce.

Aux fins de l'administration du régime d'avantages sociaux, de toute évaluation, de toute enquête, de la gestion des demandes de règlement, de la souscription et pour déterminer l'admissibilité au régime, j'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels concernant la présente demande. La liste non exhaustive de sources à partir desquelles l'information peut être puisée comprend des professionnels de la santé ou d'établissement de santé, des compagnies d'assurance, d'autres organisations ou personnes. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.

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.

Des renseignements détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels se trouvent à la section « Politique de confidentialité » du site Web www.lecollectifdeschambres.ca. Ils peuvent également être obtenus auprès de l'administrateur de mon programme d'avantages sociaux.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé _____	Adresse de courriel _____
Signature du conjoint _____	Signature des enfants à charge à assurer de 16 ans et plus (14 ans et plus pour le Québec) _____
Date _____	