

## Proposition d'assurance vie facultative

### 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. \_\_\_\_\_

**Veillez décrire les traitements ou les médicaments au numéro 6 indiqué ci-dessous.**

1. Avez-vous déjà consulté un médecin, a été affligé, reçu des traitements pour l'une des conditions suivantes?

- |  | Oui                      | Non                      |   | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Problèmes pulmonaires (p. ex. asthme, bronchite, tuberculose)?  | <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"/> |
| b) Trouble cardiaque (p. ex. douleur thoracique, essoufflement, hypertension, ou souffle au coeur)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g) Épilepsie, paralysie, trouble nerveux, mental ou émotionnel?   | <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"/> | 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"/> |
| d) Diabète, maladie rénale ou anomalie de l'urine?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i) Toute maladie, altération ou difformité non citée précédemment?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Cancer, tumeur ou trouble sanguin?  | <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 en 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. 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"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. 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"/> |
| 6. PRÉCISIONS - si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des questions précédemment posées, veuillez expliquer vos réponses ci-dessous.   |                          |                          |   |                          |                          |

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.

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 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 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.

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 [www.lecollectifdeschambres.ca](http://www.lecollectifdeschambres.ca) ou auprès de l'administrateur de mon régime d'avantages sociaux.

Une photocopie du présent consentement est aussi valide que l'original.

Signature de l'employé

Adresse électronique

Signature du conjoint

Signature des enfants à charge à assurer de 16 ans et plus (14 ans et plus pour le Québec)

Date