Assurance collective des chambres de commerce

JG25-CH

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 la personne employée en leur nom. Tous les renseignements fournis sont confidentiels.

Nom de la personne adhérente _____ ❑ Employé·e ❑ Conjoint·e ❑ 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 ou de la médecin habituel·le _____

Date de la dernière consultation médicale (AAAA/MM/JJ) _____

Précisez la raison pour cette consultation. _____

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

1. Avez-vous déjà consulté un ou une médecin, été affligé·e, reçu des traitements ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez l'une des conditions suivantes?

	Oui	Non
a) Problèmes pulmonaires (p. ex. asthme, bronchite, tuberculose)?	❑	❑
b) Trouble cardiaque (p. ex. douleur thoracique, essoufflement, hypertension, ou souffle au cœur)?	❑	❑
c) Trouble de l'estomac (p. ex. ulcère, indigestion ou troubles de la vésicule biliaire)?	❑	❑
d) Diabète, maladie rénale ou anomalie de l'urine?	❑	❑
e) Cancer, tumeur ou trouble sanguin?	❑	❑
f) Avez-vous des résultats positifs, vous a-t-on conseillé ou vous a-t-on dit que vous aviez une des conditions suivantes : le SIDA, les anticorps anti-VIH ou tout autre problème du système immunitaire?	❑	❑
g) Épilepsie, paralysie, troubles nerveux, mentaux ou émotionnels?	❑	❑
h) Névrite, arthrite, rhumatisme, trouble de la colonne vertébrale ou du dos, douleurs ou problèmes aux muscles ou de fatigue chronique?	❑	❑
i) Toute maladie, altération ou difformité non citée précédemment?	❑	❑

	Oui	Non
2. Avez-vous un problème de santé physique ou mentale ou d'anomalie physique ou de symptôme de maladie?	❑	❑
3. Au cours des cinq dernières années, avez-vous été hospitalisé·e ou en observation médicale, pris des médicaments ou obtenu une consultation médicale ou chirurgicale, ou reçu des soins autres que ceux énumérés précédemment?	❑	❑
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?	❑	❑
5. Avez-vous déjà consommé des stupéfiants (sauf pour des raisons médicales), ou été avisé·e de réduire votre consommation d'alcool ou avez-vous été traité·e pour toxicomanie ou alcoolisme?	❑	❑

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·e ou hôpital

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

(À remplir par la personne employée et le conjoint ou la conjointe – si le conjoint ou la conjointe 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 la personne employée occupe activement son poste de travail permanent,* 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 la personne employée ou du conjoint ou de la conjointe est approuvée. La personne employée 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 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.

Une photocopie de la présente **Déclaration et autorisation** est aussi valide que l'original.

_____ Signature de le personne employée

_____ Adresse courriel

_____ Signature du conjoint ou de la conjointe

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

_____ Date

*Dans le cas des entreprises dont la date d'entrée en vigueur des garanties tombe avant le 1er mars 2024 et qui ont choisi de ne pas inclure les personnes employées à temps partiel, pour être admissibles, les personnes employées doivent travailler à temps plein, pendant au moins 20 heures par semaine.