

Numéro d'entreprise/de division
d'entreprise/de division et de certificat

Numéro de certificat

DÉCLARATION DE SANTÉ DES PERSONNES À CHARGE

Information sur les personnes à charge (veuillez répondre à toutes les questions à l'encre.)

Énumérez toutes vos personnes à charge admissibles incluant votre conjoint.

Adresse de l'employé _____

Numéro de téléphone _____

Lien de parenté	Prénom	Nom (si différent)	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe (H/F)	Taille	Poids
Conjoint	_____	_____	_____	_____	_____ <input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm	_____ <input type="radio"/> livres <input type="radio"/> kilos
Enfant	_____	_____	_____	_____	_____ <input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm	_____ <input type="radio"/> livres <input type="radio"/> kilos
Enfant	_____	_____	_____	_____	_____ <input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm	_____ <input type="radio"/> livres <input type="radio"/> kilos
Enfant	_____	_____	_____	_____	_____ <input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm	_____ <input type="radio"/> livres <input type="radio"/> kilos
Enfant	_____	_____	_____	_____	_____ <input type="radio"/> pieds/pouces <input type="radio"/> cm	_____ <input type="radio"/> livres <input type="radio"/> kilos

Questionnaire médical sur les personnes à charge

- | | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|-----------------------|-----------------------|--|-----------------------|-----------------------|
| 1) Vos personnes à charge ont-elles déjà consulté un médecin, été affligées, reçu des traitements ou leur a-t-on déjà dit qu'elles avaient l'une des conditions suivantes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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="radio"/> | <input type="radio"/> |
| a) Problèmes pulmonaires (p. ex. asthme, bronchite, tuberculose)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 3) Au cours des cinq dernières années, l'une ou l'autre de vos personnes à charge a-t-elle été suivie par un médecin ou un autre professionnel de la santé (p. ex., chiropraticien, massothérapeute, psychologue) ou a-t-elle reçu un traitement médical ou chirurgical autre que ceux énumérés précédemment ? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b) Trouble cardiaque (p. ex. douleur thoracique, essoufflement, hypertension ou souffle au coeur)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Trouble d'estomac (p. ex. ulcère, indigestion ou de la vésicule biliaire)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 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 du médecin, ou a-t-elle été avisée de réduire sa consommation d'alcool ou a-t-elle été traitée pour toxicomanie ou alcoolisme? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Diabète, maladie rénale ou anomalie de l'urine? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| e) Cancer, tumeur ou trouble sanguin? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| 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="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| g) Épilepsie, paralysie ou trouble nerveux ou mental? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| 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="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| i) Toute maladie, altération ou difformité non citée précédemment? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |

SI VOUS RÉPONDEZ PAR L'AFFIRMATIVE À L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS CI-DESSUS, PRIÈRE DE DONNER DES PRÉCISIONS CI-DESSOUS.

Question numéro	Nom	Nature du problème	Date du début (AAAA/MM/JJ)	Date du rétablissement (AAAA/MM/JJ)	Médicament et/ou traitement	Coûts mensuels approximatifs
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

DÉCLARATION DE SANTÉ DES PERSONNES À CHARGE (SUITE)

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 Avantage Maximum et ses assureurs 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 régime.

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 et conditions d'utilisation » du site www.avantagemaximum.ca ou auprès de l'administrateur de mon régime d'assurance collective.

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

Signature de l'employé _____ Date _____

Signature de la personne à charge _____ Date _____

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