



Veillez inscrire vos numéros
d'entreprise/de division et de certificat

Numéros d'entreprise/de division

Numéro de certificat

DÉCLARATION DE SANTÉ DE L'EMPLOYÉ

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

Nom de l'employé _____ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____

Adresse de l'employé _____ Numéro de téléphone (____) _____

Nom de l'entreprise _____

Taille _____ pieds/pouces cm Poids _____ livres kilos

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

Précisez la raison pour ce changement de poids _____

Questionnaire médical

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

Résultats, traitement et tout médicament ayant été prescrit ainsi que la situation actuelle à cet égard. _____

Nom et adresse de votre médecin de famille (SI AUCUN, VEUILLEZ INDIQUER « AUCUN ») _____

- | | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| 1) Avez-vous déjà consulté un médecin, été affligé, reçu des traitements ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez l'une des conditions suivantes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2) Consommez-vous des médicaments sur ordonnance à l'heure actuelle? 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, avez-vous été suivi par un médecin ou un autre professionnel de la santé (p. ex., chiropraticien, massothérapeute, psychologue) ou avez-vous 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 cœur)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 4) Avez-vous déjà été dans l'impossibilité d'exécuter votre travail habituel pour plus de trois jours consécutifs? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c) Trouble de l'estomac (p. ex. ulcère, indigestion ou de la vésicule biliaire)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 5) 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="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d) Diabète, maladie rénale ou anomalie de l'urine? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 6) Avez-vous déjà consommé des stupéfiants, des substances hallucinogènes ou des substances dopantes semblables n'ayant pas fait l'objet d'une ordonnance du médecin, ou avez-vous été avisé de réduire votre consommation d'alcool ou avez-vous été traité pour toxicomanie ou alcoolisme? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e) Cancer, tumeur ou trouble sanguin? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | | | |
| f) Avez-vous eu 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? | <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	Nature du problème	Date du début (AAAA/MM/JJ)	Date du rétablissement (AAAA/MM/JJ)	Médicament et/ou traitement	Coûts mensuels approximatifs	Médecin traitant ou hôpital
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

DÉCLARATION DE SANTÉ DE L'EMPLOYÉ (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. Je conviens également que toute protection établie à la suite de l'acceptation de la présente demande ne pourra pas prendre effet si – à la date à laquelle l'assurance doit entrer en vigueur – je n'occupe pas mon emploi à temps plein à titre d'employé actif.

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 _____

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