



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

Numéro d'entreprise/de division

Numéro de certificat

## DÉCLARATION DE SANTÉ DE LA PERSONNE EMPLOYÉE

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

Nom \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_  
PRÉNOM NOM DE FAMILLE

Adresse \_\_\_\_\_ 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 OU AUCUNE, VEUILLEZ INDIQUER « AUCUN OU AUCUNE »)

- |   | Oui                   | Non                   |   | Oui                   | Non                   |
|---|-----------------------|-----------------------|---|-----------------------|-----------------------|
| 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?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | 2) Consommez-vous des médicaments d'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, été suivi-e par un ou une médecin ou un ou une spécialiste de la santé (p. ex., chiropraticien ou chiropraticienne, massothérapeute, psychologue) ou avez-vous reçu un traitement médical ou chirurgical <b>autre que ceux énumérés précédemment</b> ?             | <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 de la ou du médecin, ou avez-vous été informée-e 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 traitante ou hôpital
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

---

## DÉCLARATION DE SANTÉ DE LA PERSONNE EMPLOYÉE (SUITE)

---

### Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai consignés dans 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 de personne employée.

J'autorise Avantage Maximum et ses compagnies d'assurance 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 des renseignements peuvent être obtenus comprend des spécialistes, des établissements ou des prestataires de soins médicaux et de santé, des compagnies d'assurance et d'autres organisations ou personnes. Cette autorisation est également valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant les personnes à ma charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties de ce régime.

J'autorise Avantage Maximum à transmettre par courriel une copie de toute demande de renseignements médicaux supplémentaires et/ou de tout questionnaire nécessaire au traitement d'une demande de protection aux termes de ce régime, y compris toute correspondance ayant trait à une décision de tarification des risques médicaux. Cette autorisation s'applique également à mes personnes à charge, le cas échéant.

Je prends acte du fait 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](http://www.avantagemaximum.ca) ou auprès de la personne responsable de l'administration de mon programme d'avantages sociaux.

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

Signature de la personne employée \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

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