

DÉCLARATION DE SANTÉ DES PERSONNES À CHARGE

**Veuillez inscrire vos numéros
d'entreprise/de division et de certificat**

Numéro d'entreprise/de division

Numéro de certificat

Renseignements sur les personnes à charge (Veuillez répondre à toutes les questions à l'encre.)

Énumérez toutes vos personnes à charge admissibles incluant votre conjoint ou conjointe.

Adresse du domicile de la personne employée _____

Adresse de courriel de la personne employée _____ Numéro de téléphone _____

Lien de parenté	Nom de famille (si différent)	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Genre	Taille	Poids
				(Femme/Homme/ Autre expression de genre/ Non dévoilé)		
Conjoint(e)					pieds/pouces cm	livres kilos
Enfant					pieds/pouces cm	livres kilos
Enfant					pieds/pouces cm	livres kilos
Enfant					pieds/pouces cm	livres kilos
Enfant					pieds/pouces cm	livres kilos

Questionnaire médical sur les personnes à charge Oui Non

- 1) Vos personnes à charge ont-elles déjà consulté un ou une médecin, été affligées, reçu des traitements ou leur a-t-on déjà dit qu'elles avaient l'une des conditions suivantes?
- a) Problèmes pulmonaires (p. ex. asthme, bronchite, tuberculose)? ☐ ☐
- b) Trouble cardiaque (p. ex. douleur thoracique, essoufflement, hypertension ou souffle au cœur)? ☐ ☐
- c) Trouble d'estomac (p. ex. ulcère, indigestion ou de la vésicule biliaire)? ☐ ☐
- d) Diabète, maladie rénale ou anomalie de l'urine? ☐ ☐
- e) Cancer, tumeur ou trouble sanguin? ☐ ☐
- 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? ☐ ☐
- g) Épilepsie, paralysie ou trouble nerveux ou mental? ☐ ☐
- 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? ☐ ☐
- i) Toute maladie, altération ou difformité non citée précédemment? ☐ ☐

Oui Non

- 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. ☐ ☐
- 3) Au cours des cinq dernières années, l'une ou l'autre de vos personnes à charge a-t-elle été suivie par un ou une médecin ou un ou une spécialiste de la santé (p. ex., chiropraticien ou chiropraticienne, massothérapeute, psychologue) ou a-t-elle reçu un traitement médical ou chirurgical **autre que ceux énumérés précédemment**? ☐ ☐
- 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? ☐ ☐
- 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 médicale, ou a-t-elle été avisée de réduire sa consommation d'alcool ou a-t-elle été traitée pour toxicomanie ou alcoolisme? ☐ ☐

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 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.

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.

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 ou auprès de la personne responsable de l'administration de mon programme d'avantages sociaux.

Toute copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de la personne employée _____ Date _____

Signature de la personne à charge _____ Date _____

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