

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'EMPLOYÉ - ASSURANCE COLLECTIVE

Dans ce formulaire, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

Les mots employés au masculin s'entendent également du féminin, selon le contexte.

Veillez écrire lisiblement en lettres moulées et répondre entièrement à toutes les sections.

Nom du titulaire de la police d'assurance collective (employeur)	Police n°	Division n°	Certificat n°
--	-----------	-------------	---------------

1. Renseignements sur l'employé	Nom (prénom, second prénom, nom de famille)			
	Adresse (numéro, rue)		Ville	
	Province	Code postal	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
	Taille <input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm	Poids <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	Changement de poids depuis un an <input type="radio"/> Gain <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> Perte <input type="radio"/> kg	Raison (s'il s'agit d'une grossesse, veuillez fournir la date d'accouchement prévue)
	Emploi			
	Numéro de téléphone personnel et confidentiel (facultatif)		Adresse de courriel personnelle et confidentielle (facultatif)	

Toute correspondance relative à ce formulaire doit être envoyée au : domicile travail

2. Renseignements personnels	Avez-vous un médecin habituel/une infirmière clinicienne habituelle? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si vous répondez « oui », veuillez fournir les détails suivants :			
	Nom du médecin ou de l'infirmière clinicienne (prénom, nom de famille)			
	Adresse et numéro de téléphone du médecin ou de l'infirmière clinicienne			
	Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)	Raison de la visite : <input type="radio"/> Consultation/conseil <input type="radio"/> Médication <input type="radio"/> Visite annuelle <input type="radio"/> Traitement/thérapie <input type="radio"/> Référence <input type="radio"/> Tests/examens		
	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu un médecin/une infirmière clinicienne dans une clinique ou un hôpital, autre que votre médecin habituel? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si vous répondez « oui », veuillez fournir les détails suivants :			
	Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)	Raison de la visite : <input type="radio"/> Consultation/conseil <input type="radio"/> Médication <input type="radio"/> Visite annuelle <input type="radio"/> Traitement/thérapie <input type="radio"/> Référence <input type="radio"/> Tests/examens		

Détails et résultats (y compris votre médication courante et son dosage, le nom du spécialiste, du médecin ou du professionnel de la santé, le type de traitement, la raison de la référence, les visites à l'urgence)

2.1 Renseignements médicaux des membres de la famille	Est-ce que l'un de vos parents, frères ou soeurs biologiques, vivants ou décédés, a déjà souffert de l'une des conditions suivantes :			
	<ul style="list-style-type: none"> • Diabète • Cancer* • Hypertension artérielle • Accident vasculaire cérébral • Maladie du coeur • Polycystose des reins • Anémie aplastique • Maladie du rein • Maladie de Huntington • Démence, y compris maladie d'Alzheimer • Maladie du motoneurone, y compris, mais sans s'y limiter, la SLA (sclérose latérale amyotrophique) ou maladie de Lou Gehrig • Maladie de Parkinson • Maladie mentale • Suicide • Sclérose en plaques • Sclérodémie généralisée • Hépatite • Autre maladie ou trouble héréditaire 			<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	Lien	Maladie*	Âge au début de la maladie	Âge si en vie

Si vous répondez « oui », veuillez remplir la section ci-contre pour le membre de la famille immédiate. Si inconnu, veuillez indiquer la raison à la section 2.6.

* Si « cancer », veuillez indiquer le type de cancer.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'EMPLOYÉ - ASSURANCE COLLECTIVE

Nom de l'employé _____

2.2 Renseignements médicaux

Si vous répondez « oui » à l'une des questions ci-contre, veuillez fournir les détails à la section 2.6. Nous vous prions d'indiquer la date, le diagnostic, le traitement, les résultats, la durée et l'état actuel ainsi que les noms et adresses de tous les conseillers médicaux et établissements médicaux.

Avez-vous déjà souffert de l'une des conditions suivantes, subi un test ou été traité pour l'une des conditions suivantes ou vous a-t-on déjà dit que vous pourriez souffrir de l'une d'entre elles :

A Tête et système respiratoire

- Névrite optique
- Troubles de la vue
- Cécité/perde de vision
- Glaucome
- Surdité/perde auditive
- Acouphène
- Autre trouble ou maladie des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge ou des poumons : _____
- Enrouement persistant
- Crachements de sang
- Perte de la parole
- Apnée du sommeil
- Tuberculose
- Sarcoïdose
- Fibrose kystique
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Bronchite
- Asthme
- Emphysème

oui non

B Système neurologique

-  pilepsie ou convulsions
-  vanouissements
- Maux de tête
-  tourdissements
- Tremblements
- Tumeur cérébrale bénigne
- Engourdissement ou paralysie
- Maladie de Parkinson
- Maladie du motoneurone (maladie de Lou Gehrig/SLA)
- Maladie d'Alzheimer
- D ficiency intellectuelle
- Démence
- Faiblesse des extrémités
- Faiblesse musculaire
- Sclérose en plaques
- Fourmillement
- Perte d'équilibre
- Perte de la parole
- Paralysie cérébrale
- Autisme
- Trouble du développement
- Tout autre trouble ou problème neurologique : _____

oui non

C Troubles psychologiques

- Anxiété
- Dépression
- Trouble bipolaire
- Stress
- Crises de panique
- Schizophrénie
- D ficiency mentale
-  puisement professionnel
- Tentative de suicide ou idées suicidaires
- Trouble de l'alimentation
- Tout autre problème ou trouble émotionnel, comportemental ou psychiatrique : _____

oui non

D Cœur et système circulatoire

- Douleurs thoraciques
- Angine
- Essoufflement
- Crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- Accident vasculaire cérébral
- Pontage ou angioplastie
- ECG anormal
- Tout autre problème ou trouble cardiaque, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire : _____
- Poulx irrégulier
- Palpitations
- Souffle cardiaque
- Stimulateur cardiaque
- Hypertension artérielle
- Hypercholestérolémie
- Hypertrophie du cœur (cardiomyopathie)
- Trouble des valvules cardiaques
- Accident ischémique transitoire (AIT)
- Maladie vasculaire périphérique
- Enflure des chevilles
- Caillot sanguin
- Embolie pulmonaire
- Hypertension artérielle pulmonaire primitive

oui non

E Foie, estomac, vessie, reins et système reproducteur

- Hépatite
- Porteur de l'hépatite
- Cirrhose
- Jaunisse
- Ulcère
- Côlon irritable
- Maladie de Crohn
- Colite
- Diverticulite
- Saignements du rectum
- Diarrhée chronique
- Sang dans les selles
- Calculs biliaires ou troubles de la vésicule biliaire
- Maladie des reins, pierres aux reins ou néphrite
- Pancréatite
- Sang, protéines ou sucre dans l'urine
- Prostatite
- Infection transmissible sexuellement
- Résultat anormal au test Pap
- Résultat anormal au test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique
- Tout autre problème ou trouble de : _____
- Estomac
- Pancréas
- Foie
- Intestins
- Reins
- Vessie ou uretères
- Prostate ou organes reproducteurs de l'homme
- Utérus, ovaires ou col utérin

oui non

Tout autre problème ou trouble de : _____

Veuillez spécifier : _____

F Seins (homme ou femme)

- Biopsie, mammographie, imagerie par résonance magnétique ou échographie mammaire anormaux
- Maladie fibrokystique
- Kystes ou bosses
- Tout autre changement ou anomalie des seins : _____

oui non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'EMPLOYÉ - ASSURANCE COLLECTIVE

	Nom de l'employé	
2.2 Renseignements médicaux (suite)	Avez-vous déjà souffert de l'une des conditions suivantes, subi un test ou été traité pour l'une des conditions suivantes ou vous a-t-on déjà dit que vous pourriez souffrir de l'une d'entre elles :	
Si vous répondez « oui » à l'une des questions ci-contre, veuillez fournir les détails à la section 2.6.	G Systèmes sanguin, endocrinien et glandulaire <ul style="list-style-type: none"> Anomalies de la thyroïde, de l'hypophyse, des glandes lymphatiques ou surrénales Goitre Diabète Tout autre problème ou trouble sanguin ou glandulaire : 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	H Systèmes musculaire et osseux <ul style="list-style-type: none"> Rhumatisme Goutte Polyarthrite rhumatoïde Arthrose ou tout autre type d'arthrite Autre blessure, maladie ou trouble de la colonne vertébrale, du dos ou du cou, des os, des articulations ou des muscles : 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	I Cancer <ul style="list-style-type: none"> Tumeur Polype Kyste Nodule Grossissement des ganglions lymphatiques Toute autre forme d'affection ou de croissance maligne : 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	J Troubles immunologiques <ul style="list-style-type: none"> Tout trouble immunologique, y compris le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) Avez-vous déjà passé un test pour le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), ou vous a-t-on recommandé de le faire? Toute infection inexpliquée 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	2.3	Suivez-vous actuellement des traitements ou prenez-vous des médicaments phytothérapeutiques, holistiques ou sur ordonnance? Si vous répondez « oui », veuillez fournir les détails à la section 2.6.
2.4	A Avez-vous déjà fait usage de : <ul style="list-style-type: none"> Cocaïne Héroïne LSD Marijuana Hachisch Excitants Hallucinogènes Amphétamines Narcotiques Barbituriques Tranquillisants Autre médicament ou drogue sans ordonnance ou pris d'une façon différente que prescrit 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Si vous répondez « oui » à l'une des questions ci-contre, veuillez fournir les détails à la section 2.6.	B Consommez-vous des boissons alcoolisées? Si vous répondez « oui », veuillez fournir des détails à la section 2.6.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	C Avez-vous déjà décidé ou vous a-t-on déjà recommandé de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues ou avez-vous déjà subi un traitement ou adhéré à un organisme en raison de votre consommation d'alcool ou de drogues ou avez-vous déjà été condamné pour conduite avec facultés affaiblies ou conduite « au-delà de la limite légale » prévue à l'article 253 a) ou b) du Code criminel?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	D Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de : <ul style="list-style-type: none"> Cigarettes Cigarillos Gros cigares Petits cigares Hachisch Tabac à chiquer Substituts de nicotine (incluant gomme ou timbres) Tabac à priser Marijuana Noix de bétel Pipe 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	2.5 Renseignements supplémentaires	A Avez-vous déjà souffert de tout trouble, toute blessure ou toute maladie non inclus dans la liste ci-dessus, ou avez-vous été hospitalisé pour l'un d'eux, ou avez-vous subi tout traitement ou tout test pour l'un d'eux?
Si vous répondez « oui » aux questions A, B, C, E, F, G, H, I ou J, veuillez fournir les détails à la section 2.6. Si vous répondez « non » à la question D, veuillez fournir les détails à la section 2.6.	B Avez-vous déjà eu ou été avisé d'avoir une consultation, un examen médical ou un test diagnostique, incluant une imagerie par résonance magnétique, une tomographie par ordinateur, un électrocardiogramme, une radiographie ou une analyse sanguine?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	C Avez-vous constaté, ou vous plaignez-vous de, tout symptôme concernant votre santé pour lequel vous n'avez pas encore consulté un professionnel de la santé?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	D Êtes-vous actuellement activement au travail et en mesure de réaliser toutes les tâches habituelles de votre poste auprès de votre employeur?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	E Avez-vous déjà été invalide ou reçu des prestations de revenu d'invalidité?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'EMPLOYÉ - ASSURANCE COLLECTIVE

Nom de l'employé		
2.5 Renseignements supplémentaires (suite)	F Êtes-vous actuellement enceinte? Si vous répondez « oui », veuillez fournir des détails concernant toute complication à la section 2.6.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	G Au cours des 3 dernières années, avez-vous fait des vols à titre de pilote, d'élève pilote ou de membre d'équipage (ou prévoyez-vous le faire)?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	H Au cours des 5 dernières années, avez-vous pratiqué l'une des activités suivantes ou prévoyez-vous pratiquer l'une d'entre elles : plongée en apnée, plongée sous-marine, alpinisme, deltaplane, héliski, ski hors-piste, « cat-ski », parachutisme, vol en ultraléger, course automobile, de bateau, de motocyclette ou de tout autre véhicule motorisé, ou tout autre sport ou activité extrême ou dangereux?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	I Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie, maladies graves ou invalidité, ou offert une assurance moyennant des restrictions ou une surprime?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	J Au cours des 5 dernières années, vous êtes-vous absenté du travail pendant 15 jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
2.6 Détails Veuillez fournir les détails des réponses aux sections 2.1 à 2.5 dans l'espace ci-contre. Nous vous prions d'inclure le diagnostic, le traitement et les résultats, les dates, la durée et l'état actuel ainsi que les noms et adresses de tous les conseillers médicaux, de toutes les cliniques et de tous les établissements médicaux.	Question n°	Détails

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'EMPLOYÉ - ASSURANCE COLLECTIVE

3. Déclaration et autorisation	<p>Collecte, utilisation et divulgation de mes renseignements personnels</p> <p>Je fais une demande d'adhésion au régime d'assurance collective de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (« Empire Vie »). Je comprends que L'Empire Vie a besoin de mes renseignements médicaux et financiers ainsi que de renseignements sur mon emploi et toute autre information me concernant nécessaire à l'évaluation de cette demande et à l'administration de mon régime d'assurance collective (« renseignements personnels »).</p> <p>Collecte :</p> <p>J'autorise l'Empire Vie à recueillir des renseignements personnels de toute personne ou organisation qui possède des renseignements pertinents pour cette demande et/ou ce régime d'assurance collective.</p> <p>J'autorise les personnes ou les organisations suivantes qui possèdent des renseignements personnels à divulguer ces renseignements à l'Empire Vie :</p> <ul style="list-style-type: none">• mon employeur et l'administrateur du régime d'assurance collective;• le courtier et/ou le conseiller en assurance de mon employeur (dans la mesure permise par mon employeur);• mon médecin et d'autres professionnels de la santé ou praticiens (par ex., mon pharmacien ou mon dentiste);• les hôpitaux, les cliniques, les agences de services sociaux et toute autre agence similaire qui m'ont fourni des services;• les organismes professionnels (par ex., l'Ordre des pharmaciens);• les agences gouvernementales ou d'enquête (par ex., l'Agence du revenu du Canada);• les autres assureurs auprès desquels j'ai ou j'avais une protection;• le MIB, Inc. (un échange de données coopératif créé par le secteur de l'assurance vie et santé); et• les tiers fournisseurs de services qui fournissent des services en lien avec mon régime d'assurance collective (par ex., paie, adhésion, services de traitement des demandes de règlement, fournisseurs d'un programme d'assistance d'urgence en cours de voyage ou fournisseurs de services paramédicaux). <p>J'autorise également la collecte de mes renseignements personnels par des tiers fournisseurs de services aux fins de l'évaluation de cette demande et de l'administration de mes demandes de règlement, de celles de mes personnes à charge ou de mes bénéficiaires.</p> <p>Utilisation :</p> <p>J'autorise l'Empire Vie à conserver les renseignements personnels dans ses dossiers et à les utiliser aux fins suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• évaluation du risque sur une base continue et étude relative à l'établissement ou au renouvellement d'une police d'assurance collective en vertu de laquelle je pourrais être assuré ou devenir assuré;• calcul de la prime payable pour une telle assurance;• administration du régime d'assurance collective, y compris la tenue d'audits et d'enquêtes;• offre de garanties et évaluation de mes demandes de règlement, ou de celles des personnes à ma charge ou de mes bénéficiaires; et• conformité aux lois applicables. <p>Accès/divulgation :</p> <p>Je comprends que :</p> <ul style="list-style-type: none">• l'Empire Vie conservera les renseignements personnels dans ses dossiers;• les membres du personnel de l'Empire Vie, ses représentants, ses réassureurs et ses tiers fournisseurs de services autorisés auront accès au dossier aux fins précitées;• les renseignements personnels peuvent être échangés avec les personnes et organismes susmentionnés, si nécessaire, aux fins précitées. Cependant, les détails relatifs à des problèmes de santé ne seront pas divulgués à mon employeur et/ou à l'administrateur du régime d'assurance collective;• dans tous les cas, l'Empire Vie limite la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation des renseignements personnels à ce qui est nécessaire aux fins mentionnées ci-dessus;• l'Empire Vie peut utiliser des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de renseignements personnels; et• j'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels contenus dans le dossier, tel qu'autorisé ou exigé par la loi, et, s'il y a lieu, de faire corriger les renseignements inexacts. Je peux consulter la plus récente Politique en matière de protection des renseignements personnels de l'Empire Vie au www.empire.ca. <p>Autre :</p> <p>Je comprends que :</p> <ul style="list-style-type: none">• les déclarations dans la présente demande font partie de la demande soumise en contrepartie de l'assurance demandée; et• toute présentation erronée des faits ou non-divulgation de renseignements dans cette déclaration peut entraîner l'annulation de ma protection. <p>Je confirme que les renseignements fournis dans cette déclaration et tout autre document justificatif sont exacts et complets.</p> <p>Une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.</p>				
4. Signature	<table border="1"><tr><td data-bbox="310 1528 1144 1598">Signature de l'employé X</td><td data-bbox="1144 1528 1565 1598">Date (jj/mm/aaaa)</td></tr><tr><td data-bbox="310 1598 1144 1659">Ville</td><td data-bbox="1144 1598 1565 1659">Province</td></tr></table>	Signature de l'employé X	Date (jj/mm/aaaa)	Ville	Province
Signature de l'employé X	Date (jj/mm/aaaa)				
Ville	Province				

Veillez retourner le tout à :

Empire Vie

Sélection des risques médicaux, Assurance collective

Personnel

259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8

Service à la clientèle, Assurance collective : 1 800 267-0215 Télécopieur : 1 888 220-2717

Courriel : groupmedicalunderwriting@empire.ca