

QUESTIONNAIRE SUR LES PREUVES SANITAIRES

À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ.

TOUTES LES QUESTIONS DOIVENT ÊTRE RÉPONDUES OU LE FORMULAIRE SERA RETOURNÉ.

VEUILLEZ IMPRIMER À L'ENCRE ET INITIALISER TOUTES LES MODIFICATIONS.

Déclaration de confidentialité					
MDM Insurance Services Inc. ("MDM") s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels qu'il recueille, utilise, conserve et divulgue dans le cadre de la conduite de ses affaires.					
Nom de l'employé _____					
Adresse de l'employé _____					
Rue		Ville		Prov.	Code postal
Téléphone: Travail ()		Maison ()			
Nom du preneur d'assurance/employeur			Rémunération mensuel \$	Profession	
Date de naissance _____		Hauteur	Poids	Genre	
Jour Mois An		<input type="checkbox"/> pi./po. <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lbs. <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> mâle <input type="checkbox"/> femelle	
Êtes-vous activement au travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si "Non", pourquoi pas?					
1. Des membres de la famille ont-ils reçu un diagnostic de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension artérielle, de lipides sanguins élevés, de cancer, de maladie mentale, de VIH, sclérose en plaques (SEP) ou eu un accident vasculaire cérébral? Si "Oui", précisez l'état, la relation, l'âge au moment du diagnostic et l'âge au décès: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
2. L'un de vos parents, frères ou sœurs a-t-il eu une maladie héréditaire (par exemple, la chorée de Huntington, la polykystose rénale, etc.)? Si "Oui", précisez l'état, la relation, l'âge au moment du diagnostic et l'âge au décès: <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
3. Avez-vous déjà consulté un médecin ou un fournisseur de soins de santé alternatifs (y compris herboriste, acupuncteur, chiropraticien ou praticien de homéopathie ou naturopathie, etc.) pour, ou a déjà eu une condition de (veuillez préciser lesquels):			Détails des réponses "Oui": Identifiez le numéro de la question et encerclez les éléments applicables. Inclure la date, diagnostic, durée, type et quantité de traitement (indiquer le nom du médicament, concentration et posologie, le cas échéant), effet/résultat, ainsi que nom et adresse du médecin consulté.		
a. Trouble des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge?			Oui	Non	
b. Maux de tête sévères, étourdissements, évanouissements, perte de conscience, épilepsie, convulsions, troubles de la parole, paralysie, accident vasculaire cérébral ou trouble de cerveau ou système nerveux?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Troubles nerveux, y compris dépression, anxiété ou pensées suicidaires?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d. Hypertension artérielle, palpitations ou douleurs au niveau du cœur ou de la poitrine, difficultés respiratoires, troubles cardiaques, angine de poitrine ou maladie coronarienne, rhumatisme articulaire aigu, souffle cardiaque, crise cardiaque ou autre trouble cardiaque ou des vaisseaux sanguins?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e. Toux persistante ou enrouement, toux de sang, asthme, emphysème, pleurésie, bronchite, tuberculose, maladie respiratoire ou autre trouble des poumons?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
f. Ulcère de l'estomac ou du duodénum, indigestion récurrente, jaunisse, vésicule biliaire calculs, colite, saignement ou diarrhée chronique, troubles de l'estomac, de la vésicule biliaire vessie, foie, intestins, pancréas, rectum ou système digestif?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
g. Hépatite A, B, C ou "type inconnu"?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
h. Albumine, sucre, pus ou sang dans les urines, diabète, calculs rénaux ou coliques, ou tout autre trouble des reins ou de la vessie?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i. Arthrite, goutte, rhumatisme, sciatique, déformation ou trouble des articulations ou membres, tout trouble des muscles ou de la colonne vertébrale, y compris dégénératif maladie discale, douleur au cou ou au dos, traumatisme à la colonne vertébrale, utilisation d'un corset ou collier cervical, fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
j. Leucémie, anémie, émphilie ou tout autre trouble/anomalie de le sang?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
k. Cancer, tumeurs, glandes hypertrophiées (ganglions) ou lésions cutanées, anomalies kystes ou excroissances, hypophyse, glandes surrénales ou autres glandes ou inexplicables infections?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
l. Troubles thyroïdiens ou autres troubles endocriniens?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
m. Maladie vénérienne ou toute maladie sexuellement transmissible ou trouble de prostate ou organes reproducteurs?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
n. Avez-vous eu d'autres conditions, maladies, affections, maladies, blessures ou opérations ou consulté un autre médecin ou eu tout autre tests de diagnostic non mentionnés ci-dessus?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

	Oui	Non	Détails des réponses " Oui":
4. Au cours des 10 dernières années, avez-vous: a. Avez-vous été informé ou avez-vous été informé que vous aviez le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), ou un complexe lié au "SIDA" (ARC), ou des conditions liées au "SIDA"? b. Reçu des conseils ou un traitement en rapport avec l'une des catégories mentionnées en 4.a.? c. Testé positif pour les anticorps contre le SIDA (Human T-cell Lymphotropic, TYPE III); Virus HTLV-III ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Identifiez le numéro de la question et encerclez les éléments applicables. Inclure la date, le diagnostic, la durée, le type et la quantité de traitement (énumérer le nom du médicament, la force et la posologie, le cas échéant), le résultat/résultat, ainsi que le nom et l'adresse du médecin consulté.
5. Une proposition d'assurance vie/santé a-t-elle déjà été refusée, évaluée ou modifiée de quelque manière que ce soit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand? Pourquoi? Entreprise?
6. Avez-vous actuellement une police d'assurance-vie individuelle avec Co-operators qui a été émise au cours de la dernière année	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Avez-vous demandé ou reçu une pension ou une indemnisation des accidents du travail ou des prestations d'invalidité en raison d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand? Pourquoi?
8. Avez-vous perdu du temps de travail au cours des 12 derniers mois pour cause de maladie ou maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand? Quantité de temps? Pourquoi?
9. Avez-vous besoin d'une opération chirurgicale ou prévoyez-vous de recevoir des soins de santé (y compris des soins en raison d'une grossesse) à l'avenir? Si "Oui", donnez les détails et les dates.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Recevez-vous un traitement et/ou des médicaments d'un médecin ou d'un fournisseur de soins de santé alternatifs (tel que défini à la question #3), que vous n'avez mentionnés dans aucune autre question de ce formulaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indiquer le type et la fréquence
11. Demandeur féminin a. Avez-vous déjà eu une maladie des seins, des ovaires, du col de l'utérus ou de l'utérus? b. Des grossesses ou des accouchements ont-ils été anormaux? c. Es-tu enceinte? Si "Oui", indiquez la date de livraison prévue.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Consommez-vous actuellement ou avez-vous déjà consommé de l'alcool? Si "Oui", complétez ce qui suit: a. Fréquence d'utilisation (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle) _____ b. Quantité consommée à chaque occasion _____ c. Date de la dernière utilisation _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
13. Avez-vous déjà reçu ou été conseillé de suivre un traitement pour consommation d'alcool/ drogue (y compris l'adhésion aux AA)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
14. Consommez-vous actuellement ou avez-vous déjà consommé des drogues sans ordonnance, des hallucinogènes, des stimulants, des narcotiques, des sédatifs ou des tranquillisants (y compris la marijuana ou la cocaïne)? Si "Oui", complétez ce qui suit: a. Type de drogue _____ b. Fréquence d'utilisation: _____ # / jour _____ # / semaine _____ # / mois c. Date de la dernière utilisation _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Antécédents de tabagisme: avez-vous consommé du tabac, de la marijuana, de la nicotine produits ou substituts nicotiniques au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si "Oui", pendant combien de temps et combien de fois par jour ?
16. Qui est votre médecin de famille habituel? Si aucun, indiquez le nom de la clinique sans rendez-vous, de l'hôpital ou du médecin consulté pour la dernière fois: _____ Date approximative de la dernière visite: _____ Adresse: _____ Raison et résultat de la dernière visite: _____			

Déclaration et autorisation du demandeur

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique ou tout autre fournisseur ou établissement médical ou de soins de santé, toute compagnie d'assurance, régime provincial d'assurance-maladie, ministère ou organisme gouvernemental, ou toute autre personne ou organisation ayant des renseignements médicaux ou autres renseignements personnels pertinents ou dossiers me concernant afin de divulguer et d'échanger avec MDM, Co-operators, l'administrateur du régime collectif ou leurs représentants et/ou agents, toute information nécessaire à l'une ou à l'ensemble des fins suivantes: pour souscrire ma demande de couverture d'assurance, évaluer mon admissibilité à la couverture et statuer sur toutes les réclamations. J'autorise la divulgation par MDM et Co-operators des renseignements obtenus au cours du processus de souscription à mon médecin personnel et aux réassureurs de Co-operators et, au besoin, aux autorités de santé publique.

J'autorise en outre MDM, Co-operators, l'administrateur du régime collectif ou leurs représentants et/ou agents à demander que je subisse tout examen ou évaluation médical(s) ou paramédical(s) requis à ces fins. Je comprends que mon refus ou mon retrait de consentement peut entraîner le retard ou le refus de ma demande. Je reconnais que toute information obtenue à partir de tout examen paramédical ou médical, tout formulaire de preuves médicales, questionnaire(s) ou toute autre déclaration écrite remplie et fournie comme preuve d'assurabilité fera partie de la présente proposition et je déclare que tous ces informations et les informations fournies dans cette demande soient véridiques, complètes et exactes. Je reconnais que tout défaut de divulguer ou toute fausse déclaration de tout fait important peut annuler la politique. Cette autorisation restera valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Toute copie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ (à l'encre) _____

DATE _____

**Pour les candidats en retard, l'employé/l'employeur est responsable de toutes les dépenses encourues pour fournir ces informations ou des informations supplémentaires.
Ce formulaire doit être reçu à nos bureaux dans les 60 jours suivant la date ci-dessus, sinon un nouveau formulaire devra être rempli.**