

Déclaration d'état de santé relative au régime Ambassadeur

L'assurance collective est souscrite par certains Souscripteurs du Lloyd's (collectivement, l'« assureur ») et gérée par MSH INTERNATIONAL (CANADA) Ltd. (MSH INTERNATIONAL).

Le présent formulaire est exigé à l'égard de toute personne (salarié, conjoint et enfant à charge) candidate à la protection d'assurance collective.

Quand remplir la présente déclaration :

Le candidat à l'assurance doit remplir la présente déclaration **au plus 30 jours avant** la date à laquelle il souhaite que l'assurance entre en vigueur. Les déclarations remplies plus de 30 jours avant cette date ne seront pas acceptées.

Nom au complet du salarié : _____

Nom de l'employeur (dénomination sociale complète) : _____

Nom au complet du candidat à l'assurance : _____

Sexe : Homme Femme Lien avec le salarié : Salarié lui-même Conjoint Enfant

Nom de jeune fille (le cas échéant) : _____

Date d'entrée en vigueur de la protection :

Si le candidat à l'assurance collective aux termes de cette police est approuvé, la protection commence à la plus tardive des dates suivantes :

- la date d'approbation par MSH INTERNATIONAL; et
- la date du début de l'affectation à l'étranger.

Important :

Veillez vous assurer de répondre de façon complète à l'ensemble des questions de la présente déclaration et de fournir au besoin toutes les précisions requises. Toute information manquante ou déclaration incomplète aura pour effet de retarder le traitement de votre demande d'adhésion et, par conséquent, l'entrée en vigueur de la protection.

Où pouvons-nous vous joindre au cas où nous aurions besoin de renseignements médicaux ou de précisions supplémentaires?

Courriel : _____

Téléphone : Travail ____ Domicile ____ Télécopieur _____

Adresse : _____

Renseignements médicaux

Date de naissance : _____ Taille : _____ Poids : _____

Votre poids a-t-il varié au cours de la dernière année? Oui Non

Dans l'affirmative, dans quelle mesure? _____

Pourquoi? _____

Veillez vous assurer de répondre de façon complète à l'ensemble des questions ci-dessous et de fournir toutes les précisions requises. Par précisions requises, on entend la nature exacte du problème, la date du diagnostic, la nature et la durée du traitement, le nom des médicaments et la posologie, l'état de santé actuel, tout problème résiduel, et enfin le nom et l'adresse du médecin détenant les dossiers pertinents. **S'il vous faut davantage d'espace, veuillez joindre une feuille séparée.**

1. L'un des membres de votre famille immédiate a-t-il été atteint d'hypertension artérielle, de troubles cardiaques ou circulatoires avant l'âge de 65 ans, ou de diabète sucré ou de toute autre maladie héréditaire? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la ou les maladies : _____

Nom de la personne atteinte et lien de parenté avec vous : _____

2. Avez-vous actuellement des problèmes de santé? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : _____

3. Votre capacité de travailler est-elle réduite? Oui Non

Dans l'affirmative, pourquoi et depuis combien de temps? _____

4. Avez-vous déjà été dans l'incapacité de travailler pendant plus de quatre semaines consécutives au cours des cinq dernières années? Oui Non

Dans l'affirmative, quand et pourquoi? _____

5. Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert d'une maladie, de troubles ou de problèmes touchant :

a) les organes respiratoires, comme l'asthme, la bronchite récidivante ou chronique, la pneumonie, la tuberculose pulmonaire ou d'autres troubles? Oui Non

b) le cœur ou le système vasculaire, comme l'hypertension artérielle, les problèmes circulatoires, une crise cardiaque, une anomalie cardiaque, l'insuffisance cardiaque, des palpitations, l'apoplexie, la phlébite, les varices ou d'autres troubles? Oui Non

c) le système nerveux ou lié à un trouble mental, comme l'épilepsie, des étourdissements, la paralysie, la névrite, la dépression ou d'autres troubles? Oui Non

d) l'appareil digestif, comme une hernie hiatale, un ulcère gastrique ou duodéal, ou d'autres troubles de l'estomac ou des intestins, tels que des inflammations, des hémorragies, des hémorroïdes, la jaunisse, toute maladie du foie, de la vésicule biliaire, du pancréas? Oui Non

e) les voies urinaires ou les organes sexuels, comme les reins, l'urètre, la vessie ou la prostate, des calculs urinaires, du sang ou de l'albumine dans l'urine ou d'autres troubles? Oui Non

f) le métabolisme ou le sang, comme le diabète sucré, la cholestérolémie élevée, la goutte, des troubles de la glande thyroïde ou hormonaux, l'anémie, des problèmes de coagulation ou d'autres troubles? Oui Non

g) le système immunitaire ou de maladies infectieuses, comme le SIDA, une infection par le VIH, des maladies transmises sexuellement, une hépatite, des maladies tropicales ou d'autres troubles? Oui Non

h) la peau, comme l'eczéma, des allergies, le psoriasis, des mycoses cutanées, le cancer de la peau ou d'autres troubles? Oui Non

i) le système musculosquelettique (os, articulations, colonne vertébrale, disques intervertébraux, muscles, ligaments, tendons), comme des maux de dos, de cou ou des épaules, l'arthrite, le rhumatisme ou d'autres troubles? Oui Non

5. (suite)

- j) les yeux, comme la réduction de l'acuité visuelle ou du pouvoir de réfraction, une maladie de la rétine ou d'autres troubles? Oui Non
Dans l'affirmative, dioptrie : Œil gauche Œil droit
- k) les oreilles, comme des troubles auditifs, de l'inflammation ou d'autres troubles? Oui Non
- l) d'autres maladies, troubles ou problèmes non mentionnés ci-dessus, comme des malformations congénitales, des anomalies, des tumeurs, le cancer, etc.? Oui Non

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une ou plusieurs des questions en 5 ci-dessus, veuillez fournir des précisions complètes sur la nature de chaque affection. Indiquez notamment à quel moment elle est survenue, si elle est guérie ou non, ainsi que le nom et l'adresse du médecin traitant.

6. Avez-vous déjà eu des accidents, des blessures ou des empoisonnements ayant nécessité une hospitalisation ou une opération? Oui Non

Nom et adresse du médecin traitant : _____

7. a) Avez-vous déjà passé des examens, reçu un traitement ou subi une opération dans un hôpital ou une institution similaire? Oui Non
- b) Vous a-t-on déjà conseillé de prendre du repos, de suivre une diète, d'entreprendre une cure de désintoxication ou toute autre cure, ou prévoyez-vous vous soumettre à une telle cure? Oui Non
- c) Une hospitalisation ou une opération est-elle prévue? Oui Non
- d) Avez-vous été soigné par un des spécialistes suivants ou consulté un de ceux-ci au cours des cinq dernières années :
psychothérapeutes (p. ex., psychiatres, psychologues), chiropraticiens, physiothérapeutes? Oui Non
- e) Vous a-t-on déjà donné ou prescrit des médicaments pour une période de plus de quatre semaines? Oui Non
- f) Avez-vous déjà été traité par radiothérapie (traitement par rayons X ou par substances radioactives)? Oui Non
- g) Avez-vous déjà tenté de vous suicider? Oui Non

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une ou plusieurs des questions en 7 ci-dessus, veuillez fournir des précisions complètes sur la nature de chaque affection. Indiquez notamment à quel moment elle est survenue, si elle est guérie ou non, ainsi que le nom et l'adresse du médecin traitant.

8. Avez-vous subi des examens ou des tests particuliers au cours des cinq dernières années, comme des radiographies, une tomodensitométrie, une IRM (imagerie par résonance magnétique), des ultrasons, une échographie, un électrocardiogramme, un électroencéphalogramme, une endoscopie ou d'autres tests? Oui Non

Si vous avez répondu par l'affirmative à la question 8, veuillez indiquer à quel test médical vous vous êtes soumis, la date à laquelle il a eu lieu, les raisons et les symptômes qui ont justifié ce test ainsi que les résultats de celui-ci.

9. Avez-vous subi un test de dépistage du SIDA dont les résultats indiquaient une séropositivité au VIH confirmée ou possible? Oui Non

10. a) Pratiquez-vous des sports? Oui Non Dans l'affirmative, lesquels et à quelle fréquence? _____

b) Fumez-vous (cigarettes, cigares, pipe, etc.)? Oui Non Dans l'affirmative, combien par jour? _____

c) Consommez-vous de l'alcool? Oui Non Dans l'affirmative, quelle quantité par jour, par semaine? _____

d) Prenez-vous des analgésiques, des somnifères, des tranquillisants ou d'autres médicaments? Oui Non

Dans l'affirmative, depuis quand? _____ Combien par semaine? _____

Nom du médicament : _____

e) Prenez-vous ou avez-vous déjà pris des stupéfiants (drogues)? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le type de stupéfiant : _____

11. a) Nom et adresse du dernier médecin que vous avez consulté : _____

Quand l'avez-vous consulté? _____ Pourquoi? _____

b) Nom et adresse du médecin qui connaît le mieux vos antécédents médicaux (faites un choix, ci-dessous) :

Médecin précisé en 11 a) Inconnu Autre (Nom et adresse) _____

c) Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté un médecin qui n'a pas été mentionné ci-dessus? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez son nom et son adresse : _____

12. À l'intention des candidates à l'assurance :

a) Êtes-vous enceinte? Oui Non Date prévue de l'accouchement : _____

À noter : Les frais médicaux relativement à la grossesse, à l'accouchement, ainsi qu'aux soins au nouveau-né et de puériculture (c.-à-d. les services de routine et de prévention) engagés jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de 15 jours ne sont pas couverts si l'accouchement est prévu dans moins de 10 mois suivant la date d'effet de votre protection.

La grossesse se déroule-t-elle normalement jusqu'à présent? Oui Non Dans la négative, veuillez préciser : _____

Nom et adresse du médecin traitant : _____

b) Avez-vous déjà eu des troubles gynécologiques ou une maladie du sein? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les précisions complètes sur la nature de l'affection. Indiquez notamment à quel moment elle est survenue, si elle est guérie ou non, ainsi que le nom et l'adresse du médecin traitant. S'il vous faut davantage d'espace, veuillez joindre une feuille séparée. _____

Déclaration

Je déclare par la présente que j'ai répondu aux questions ci-dessus honnêtement et intégralement. Je comprends que la non-divulgence ou une fausse déclaration de faits importants rendra l'assurance nulle et non avenue. Je comprends que le fait de signer la présente demande ne m'oblige pas à souscrire l'assurance, mais, dans l'éventualité où une protection d'assurance était fournie, je consens à ce que la présente demande, et les déclarations qui y sont faites, forment la base de l'assurance.

À noter : Par fait important, on entend un fait susceptible d'influer sur l'acceptation ou l'évaluation de la présente demande par l'assureur. Si vous n'êtes pas sûr de ce qui constitue un fait important, veuillez communiquer avec votre représentant de la Great-West.

Signature du candidat à l'assurance : _____ Lieu et date : _____

(Si le candidat à l'assurance est âgé de moins de 18 ans, signature du parent ou du tuteur.)

Autorisation

Par la présente, j'autorise tout médecin, tout praticien, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou paramédical autorisés, de même que toute compagnie d'assurance, tout autre organisme, toute autre institution ou toute autre personne détenant des dossiers ou des renseignements sur moi ou mon état de santé à les divulguer à MSH INTERNATIONAL.

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du candidat à l'assurance : _____ Lieu et date : _____

(Si le candidat à l'assurance est âgé de moins de 18 ans, signature du parent ou du tuteur.)

Veuillez retourner le présent formulaire à : Coordinateur, Ambassadeur



Administration, Grands comptes, Collective
Unité responsable des produits spécialisés
C.P. 6000

Winnipeg MB R3C 3A5

Télécopieur : 204 946-4594 Courriel : specialtyproductsunit@gwl.ca