

NOTE : Aux fins de la *Loi sur les sociétés d'assurances (Canada)*, ce document a été établi dans le cadre des opérations d'assurance au Canada de La Compagnie d'Assurance Saint-Paul.

Nom de l'artiste: _____

Fonction de l'artiste: Acteur Réalisateur Directeur photo

Autre (veuillez préciser): _____

Si votre rôle dans cette production est acteur, quel est le nom du personnage que vous allez interpréter?

Combien de temps allez-vous travailler dans cette production (ex. jours, semaines)? _____

Titre de la production: _____

Maison de production: _____

DÉCLARATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ARTISTE

(Cette déclaration doit être remplie par l'artiste mentionné ci-dessus)

1. Nom, adresse et numéro de téléphone de votre médecin personnel: (Si aucun, le mentionner): _____

2. Quand avez-vous été examiné pour la dernière fois? _____ Pourquoi? _____

Résultats: _____

3. Au meilleur de votre connaissance, êtes-vous en bon état de santé et exempt de toute maladie ou déficience physique? Oui Non

4. Si «non», veuillez expliquer: _____

5. **Si vous répondez «oui», à l'une ou plusieurs des questions suivantes, veuillez fournir des explications en utilisant l'espace à la section «Commentaires»:**

Au meilleur de votre connaissance et pour autant que vous le sachiez, avez-vous déjà eu ou avez-vous déjà été informé que vous avez:

(a) Des allergies, une anémie ou une maladie du sang? Oui Non

(b) Toute maladie, affection ou blessure aux os, aux articulations, aux muscles, au dos, à la colonne vertébrale ou au cou? Oui Non

(c) Toute maladie de la peau, des glandes lymphatiques, du système immunitaire, kyste, tumeur ou cancer? Oui Non

(d) Toute infection ou maladie des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge au cours des cinq (5) années? Oui Non

(e) Des boutons de fièvre sur les lèvres ou le visage au cours des cinq (5) dernières années? Oui Non

(f) Convulsions, paralysie ou accident vasculaire cérébral, syncope, migraines sévères ou maladie du cerveau ou du système nerveux? Oui Non

(g) Diabète, goutte ou tout trouble ou malformation de la thyroïde ou d'autres glandes? Oui Non

(h) Ulcère duodéal ou gastrique, colite, ou tout autre maladie ou malformation de l'estomac, des intestins, du rectum, du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire ou hernie? Oui Non

(i) Hypertension, crise cardiaque, douleur dans la poitrine, ou toute autre maladie du coeur ou des vaisseaux sanguins? Oui Non

(j) Sucre, albumine, sang ou pus dans l'urine, calculs rénaux, ou tout autre trouble de la vessie, des reins ou du système génito-urinaire? Oui Non

(k) Tuberculose, asthme, emphysème, toux persistante ou toute autre maladie ou anomalie des poumons ou du système respiratoire? Oui Non

DÉCLARATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE L'ARTISTE (Suite)

(Cette déclaration doit être remplie par l'artiste mentionné ci-dessus)

- (l) Au meilleur de vos connaissances est-ce que les membres de votre famille immédiate sont en bonne santé et exempt de toute affection ou blessure mettant leur vie en danger? Oui Non
6. Au cours de la dernière année, votre masse corporelle a-t-elle subi des changements significatifs (c.-à-d., plus de 20 livres ou 10%)? Oui Non
7. Au cours des vingt-et-un (21) derniers jours, avez-vous des raisons de croire que vous avez été exposé à toute maladie infectieuse ou contagieuse? Oui Non
8. Prenez-vous présentement ou avez-vous pris au cours des douze (12) derniers mois:
- (a) Des médicaments, avec ou sans ordonnance? Oui Non
- (b) Des narcotiques, des antidépresseurs, des stimulants, ou des drogues psychodysléptiques, de l'héroïne ou de la cocaïne, prescrits ou non par un médecin? Oui Non
- (c) Du tabac? Oui Non
- (d) De l'alcool? Oui Non
9. À un moment quelconque **au cours** des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté un médecin, été suivi par un médecin, reçu un avis chirurgical, reçu un traitement ou séjourné à l'hôpital? Oui Non
10. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été absent de votre travail à la suite d'une maladie ou d'une blessure tandis que vous travailliez dans le tournage d'un film ou d'une représentation théâtrale? Oui Non
11. Êtes-vous présentement ou serez-vous à un moment quelconque pendant la période de production impliqué dans un travail d'acrobatie ou serez-vous employé dans ou pour jouer dans tout autre film, ou tout engagement théâtral ou professionnel?
Si «oui», nom de la production?
-
12. Êtes-vous présentement ou serez-vous à un moment quelconque pendant la période de production impliqué dans toutes activités physiques potentiellement risquées? Oui Non
13. Une compagnie d'assurance a-t-elle refusé de vous assurer ou vous a imposé des conditions spéciales concernant votre admission à une assurance de distribution, une assurance de non apparition ou une assurance accidents, maladie ou assurance vie? Oui Non
14. Souffrez-vous de phobies ou êtes-vous sujet à des problèmes de santé mentale qui pourraient vous empêcher d'effectuer vos activités de production programmées? Oui Non
15. Existe-t-il d'autres conditions (médicales ou autres) qui pourraient affecter votre capacité à remplir vos obligations dans cette production? Oui Non
16. À remplir si l'artiste est une femme:
- (a) Avez-vous eu des anomalies menstruelles, de grossesse, des organes féminins ou des seins? Oui Non
- (b) Au meilleur de votre connaissance, êtes-vous enceinte? Oui Non
Si «oui», de combien de mois? _____

SI VOUS AVEZ RÉPONDU «OUI» À UNE DES QUESTIONS, VEUILLEZ FOURNIR DES DÉTAILS INCLUANT LE DIAGNOSTIQUE, LE TRAITEMENT, LES RÉSULTATS, LES DATES DES PÉRIODES D'INVALIDITÉ, LE DEGRÉ DE RÉCUPÉRATION ET LE NOM ET LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU MÉDECIN DANS LA SECTION «COMMENTAIRES».

COMMENTAIRES DE L'ARTISTE:

AFFIDAVIT

Je déclare que je suis bien la personne nommée ci-dessus, que les déclarations faites par moi sur les pages de cette Déclaration de l'état de santé de l'artiste sont véridiques, correctes et complètes, et que je n'ai pas dissimulé des informations connues de moi qui pourraient altérer ou entrer en conflit de quelque manière que ce soit avec les déclarations faites par moi dans cette Déclaration.

Je déclare que, pendant la période de cette production, je continuerai de prendre toute médication ou de suivre tout traitement en cours qui m'ont été prescrits par mon médecin particulier tel qu'indiqué dans cette Déclaration.

Je comprends que la couverture d'assurance sera accordée en vertu des représentations et des faits déclarés comme véridiques par moi dans cette Déclaration. Dans l'éventualité où la couverture d'assurance est accordée et qu'une indemnité est payée conformément à la police, et que plus tard il est déterminé que les faits déclarés dans les présentes n'étaient pas véridiques, l'assureur pourra chercher à se dédommager auprès de moi ou de mon patrimoine pour une telle indemnité et me tenir, moi ou mon patrimoine, personnellement responsable des montants. Je conviens en plus de collaborer à toute enquête sur les sinistres et d'être examiné par les médecins de l'assureur en cas de réclamation.

AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS

Par la présente je charge, j'autorise et je demande à tout médecin, praticien, hôpital, laboratoire, fournisseur de soins de santé ou compagnie d'assurance de permettre à l'assureur ou à son représentant, société par actions, société de production, courtier en assurance, ou leurs agents de passer en revue et de faire des copies de tous les rapports médicaux, rayons X, représentation graphique, documents et autres données en la possession ou sous le contrôle de détenteurs des dossiers médicaux qui se réfèrent de quelque manière que ce soit à mon historique médical, ma condition physique ou mentale, soins et/ou traitement. Le détenteur des dossiers médicaux est aussi autorisé à discuter de tels renseignements ou de fournir un rapport écrit le cas échéant. Les renseignements doivent être utilisés dans le but de traiter, vérifier, enquêter et/ou évaluer une demande d'assurance, une demande d'indemnisation d'assurance ou la responsabilité de paiement ou la responsabilité civile associée à la production susdite. Cette autorisation sera considérée valide pour vingt-quatre (24) mois à compter de la date où elle aura été signée. Une copie de cette autorisation sera considérée comme aussi valide que l'originale, et je suis autorisé à recevoir une copie de cette autorisation sur demande.

Signature de l'artiste/gardien officiel déclaré: _____ Date: _____

Nom(s) en lettres moulées: _____ Date de naissance: _____

Âge: _____ Sexe: _____

Date de l'examen: _____
Lieu de l'examen: _____
Médecin examinateur: _____
Adresse du médecin: _____
Téléphone du médecin: _____
Apparence générale de l'artiste examiné: _____
Taille: _____ Poids: _____ Temp.: _____ Pouls: _____
Pression artérielle: _____ EENT: _____ Coeur: _____
Poumons: _____ Abdomen: _____

COMMENTAIRES DU MÉDECIN:

(Veuillez effectuer tout examen supplémentaire que vous jugez nécessaire à la suite des résultats de l'examen ou de l'historique de l'Examiné et faire des commentaires sur toute condition révélée par l'artiste. Veuillez inclure les remarques sur l'examen et toute conclusion inhabituelle ainsi que les recommandations. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez utiliser des feuilles additionnelles.)

Selon mon avis professionnel, l'artiste est n'est pas en bon état de santé et exempt de maladies et il/elle est apte /n'est pas apte , indépendamment de toute réserve exprimée ci-dessus, à remplir son rôle/production/engagement.

Signature du médecin: _____ Date: _____

Qualifications professionnelles/permis du médecin: _____

RÉSERVÉ À LA COMPAGNIE D'ASSURANCE

Date de réception: _____ Souscripteur: _____

Autorisation de couverture: Accident seulement Couverture sans restriction Couverture avec restrictions

Restrictions: _____

Tampon date:
