

CERTIFICAT MÉDICAL

AFFIDAVIT DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom de la personne examinée :

Date de l'examen :

Titre de la production :

Rôle de la personne examinée :

Société de production :

Acteur : Rôle principal Rôle de soutien Brève apparitionType de production : Long métrage Séries Autre Réalisateur Producteur Directeur photo Autre

Période de production :

Nombre de jours de travail :

La personne examinée doit fournir les renseignements demandés. Des réponses doivent être fournies à toutes les questions ci-dessous pour éviter des délais de traitement ou un refus de garantie :

1. Date de naissance : Âge : Sexe :
2. Veuillez *encercler* la lettre appropriée si on vous a déjà diagnostiqué une des conditions médicales suivantes ou si vous avez déjà consulté un médecin ou été traité pour une de ces conditions :
 - A. Convulsions, évanouissements, paralysie ou accident vasculaire cérébral, graves maux de tête ou maladies du cerveau ou du système nerveux.
 - B. Hypertension, crise cardiaque, douleur thoracique, rythme cardiaque irrégulier, angine de poitrine ou tout autre trouble associé au fonctionnement du cœur ou des vaisseaux sanguins.
 - C. Tuberculose, asthme, emphysème, pneumonie, bronchite chronique, toux persistante ou toute autre maladie ou anomalie des poumons ou du système respiratoire.
 - D. Ulcère gastroduodéal ou gastrique, colite, saignement rectal, jaunisse ou toute autre maladie ou anomalie de l'estomac, des intestins, du rectum, du foie, du pancréas ou de la vésicule biliaire, y compris une hernie.
 - E. Présence de sucre, d'albumine, de sang ou de pus dans l'urine, de pierres sur les reins ou toute autre pathologie associée au fonctionnement de la vessie, des reins ou du système génito-urinaire.
 - F. Diabète, goutte ou toute autre maladie ou anomalie associée au fonctionnement de la glande thyroïde, de la glande pituitaire, des surrénales, de la prostate ou autre glande.
 - G. Maladie, pathologie ou blessure des os, des jointures, des muscles, du dos, de la colonne vertébrale ou du cou.
 - H. Herpès buccal au cours des cinq dernières années.
 - I. Variation importante du poids (4,5 kg ou 10 lb ou plus, sauf dans le cas d'une grossesse) au cours de la dernière année.
 - J. Traitement pour consommation excessive d'alcool, de drogues ou de médicaments, peu importe sous quelle forme.
 - K. Maladie des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge; rhinite chronique, rhumes fréquents ou infections fréquentes des voies respiratoires supérieures, rhume des foins ou allergies.
 - L. Problème de santé mentale, y compris la dépression, les phobies, les troubles de l'alimentation, les attaques d'anxiété.
 - M. Maladie de la peau ou des glandes lymphatiques, kyste, zona, tumeur ou cancer.
 - N. Anémie ou autre trouble sanguin.

Veillez fournir les renseignements demandés pour les éléments encerclés à la question 2 : y compris les diagnostics, traitements, dates, résultats, degré de rétablissement ainsi que les nom et numéro de téléphone du médecin traitant et tout autre commentaire que vous souhaitez inclure :

3. À remplir si l'artiste est une femme :
Avez-vous déjà souffert d'un trouble du cycle menstruel, de la grossesse ou des organes féminins, y compris les seins? OUI
 NON
À votre connaissance, êtes-vous enceinte? OUI NON Dans l'affirmative, depuis combien de mois?
Date prévue de l'accouchement : Combien de grossesses avez-vous eues?
Des complications?
Nom et numéro de téléphone de l'obstétricien-gynécologue :
4. Au cours des cinq dernières années, avez-vous été sous les soins d'un médecin ou admis dans un hôpital ou un centre de traitement pour une condition physique ou mentale? OUI NON
Dans l'affirmative, veuillez préciser :
5. Y a-t-il une autre condition, médicale ou autre, qui pourrait vous empêcher d'assumer vos responsabilités pendant cette production :
 OUI NON
Dans l'affirmative, veuillez préciser :
6. Selon vous, êtes-vous en bonne santé et sans maladie ou déficience physique?
 OUI NON
Si vous avez répondu NON, veuillez expliquer :
7. Quand avez-vous passé pour la dernière fois un examen médical complet?
Quels ont été les résultats?
8. Nom et adresse de votre médecin :
9. Avez-vous, au cours des cinq dernières années, pris un congé d'invalidité à la suite d'une maladie ou d'une blessure pendant le tournage d'un film ou à une étape de la production? OUI NON
Dans l'affirmative, précisez les circonstances, le nom de la production et les dates :
10. Participez-vous ou participerez-vous pendant la production au tournage de tout autre film ou à toute production théâtrale ou tout autre engagement professionnel? OUI NON
Dans l'affirmative, fournissez tous les renseignements à ce sujet et les dates :
11. Prendrez-vous part à des activités physiques spéciales pendant cette production ou toute autre production précisée à la question 10 ci-dessus (courir, grimper, utiliser des armes, participer à des scènes de combat ou à des activités aériennes, etc.)?
 OUI NON
Dans l'affirmative, veuillez expliquer :
12. Utilisez-vous en ce moment ou avez-vous utilisé au cours des 12 derniers mois :
- A. Des médicaments (sous ordonnance ou non)? OUI NON
- B. Des narcotiques, des neurodépresseurs, des antidépresseurs, des stimulants ou des drogues psychédéliques (comme le LSD), de l'héroïne ou de la cocaïne, que ces produits aient été prescrits par un médecin ou non : OUI NON
Si vous avez répondu par l'affirmative aux questions A ou B ci-dessus, veuillez expliquer :
- C. Du tabac? OUI NON Quantité/Fréquence
- D. De l'alcool? OUI NON Quantité/Fréquence
13. Participerez-vous à des activités ou sports potentiellement dangereux pendant vos temps libres à l'étape de la préproduction ou lorsque les principales scènes seront tournées (courses d'automobiles ou de motos, activités équestres, vol/vol à voile, parachutisme, escalade, plongée autonome, ski nautique ou sur neige, etc.): OUI NON
Dans l'affirmative, veuillez préciser les activités et indiquer à quelle fréquence vous les pratiquez (quotidiennement, hebdomadairement, etc.) :

14. À votre connaissance, une compagnie d'assurance a-t-elle refusé de vous assurer ou vous a-t-elle imposé des conditions spéciales avant d'accorder la garantie des artistes/de la distribution, la garantie pour absence d'une vedette et l'assurance vie, maladie et accidents? OUI NON
Dans l'affirmative, veuillez expliquer :
15. Une date de fin d'engagement a-t-elle été incluse dans votre contrat? OUI NON Dans l'affirmative, veuillez indiquer cette date :
16. À quel endroit le tournage aura-t-il lieu?
Veuillez indiquer les vaccins administrés pour les tournages effectués à l'étranger :

AFFIDAVIT ET AUTORISATION VISANT LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS

Je déclare et j'affirme que je suis la première personne nommée dans les présentes; que les déclarations faites dans les présentes sont véridiques, exactes et complètes; et que je n'ai dissimulé aucun renseignement qui pourrait, à ma connaissance, modifier ou être en contradiction avec les déclarations que j'ai faites.

Je comprends qu'une police d'assurance peut être établie sur la foi des déclarations que j'ai faites dans les présentes. Si une police est établie et qu'une réclamation est payée en vertu du contrat d'assurance, je comprends que l'assureur me tiendra personnellement responsable et cherchera à récupérer les sommes payées auprès de moi ou de ma succession si on détermine que les déclarations faites dans les présentes ne sont pas véridiques, exactes ou complètes ou, encore, que j'ai dissimulé des renseignements qui modifient ou entrent en contradiction avec ces déclarations.

Je consens également à coopérer si une enquête est lancée à la suite d'une réclamation et à être réexaminée par les médecins désignés par l'assureur.

J'autorise de plus tout médecin, praticien autorisé, hôpital, centre médical ou autre établissement de santé, assureur ou réassureur ou, encore, toute compagnie de production ayant des renseignements pertinents sur un diagnostic, un traitement et un pronostic pour une condition physique ou mentale ou l'issue d'un traitement de les communiquer à Intact Assurance, et ses sociétés affiliées, agents ou courtiers, pour l'évaluation du risque et le règlement des sinistres. Je sais que je peux demander une copie de cette autorisation. Il est entendu que cette autorisation sera valide pendant une période de deux ans à compter de la date de sa signature ou jusqu'à ce qu'une réclamation me concernant et mettant en jeu la garantie des artistes/de la distribution ait été réglée. Je consens également à ce qu'Intact Compagnie d'assurance communique les renseignements obtenus à toute compagnie de production qui considère ma candidature pour un rôle.

SIGNATURE DE LA PERSONNE EXAMINÉE OU DU TUTEUR LÉGAL (précisez la relation entre le tuteur légal et la personne examinée)

Signé le :

DÉCLARATION RELATIVE AUX MÉDICAMENTS
(à remplir par la personne dont le nom est indiqué ci-dessus)

JE CONFIRME QUE je prends les médicaments énumérés ci-dessous et tels que prescrits par le médecin dont le nom est indiqué ci-dessous pour la condition ou les conditions médicale(s) indiquées :

Par :	pour	Tel que prescrit	*
Par :	pour	Tel que prescrit	*
Par :	pour	Tel que prescrit	*

* Veuillez inclure le nom des médecins prescripteurs et la ville où ils pratiquent (avec numéros de téléphone, si possible)

JE DÉCLARE ET J’AFFIRME que je suis la personne désignée ci-dessus et que je continuerai de prendre tous les médicaments et de suivre tous les traitements qui m’ont été prescrits pendant que je participerai à la production indiquée ci-dessus.

JE COMPRENDS qu’une police d’assurance peut être établie au nom de la compagnie de production sur la foi de la déclaration ci-dessus. Si une réclamation est payée sur la foi des renseignements fournis ci-dessus et qu’il est déterminé plus tard que la déclaration ci-dessus n’a pas été respectée, **Intact Compagnie d’assurance** et ses sociétés affiliées chercheront à récupérer les sommes payées auprès de moi et de ma succession.

SIGNATURE DE LA PERSONNE EXAMINÉE

Nom de la personne examinée (caractères d'imprimerie) : _____ Date _____

SIGNATURE DU TUTEUR/RELATION AVEC PERSONNE EXAMINÉE

Nom en caractères d'imprimerie _____ Date _____

EXAMEN DU MÉDECIN

Nom du médecin :

Numéro de téléphone du médecin :

Numéro de télécopieur du médecin :

APPARENCE GÉNÉRALE DE L’ARTISTE

Taille :	Poids :	Temp. :	T.A. :
Pouls :	YONG* :	Cœur :	Poumons :
Abdomen :	Dos :	Niveau de condition physique :	

* Yeux, oreilles, nez, gorge

Si la personne examinée a moins de neuf ans, veuillez indiquer les maladies infantiles qu’elle a eues et fournir le carnet de vaccination :

Veuillez fournir des précisions pour les éléments encadrés à la question 2 (de A à N) ou pour toute réponse affirmative fournie aux questions 3 à 17 du Certificat médical, y compris toute conclusion ou recommandation inhabituelles :

J’ai examiné l’artiste dont le nom figure ci-dessus et, selon moi, cette personne est n’est pas en bonne santé et libre de toute maladie, sous réserve des remarques indiquées ci-dessus, et en état de respecter ses engagements pendant la production.

SIGNATURE DU MÉDECIN

Signé le :

