

Raison(s) motivant la présentation facultative d'une justification d'assurabilité

- Proposition tardive Majoration du capital assuré Assurance
 Exigence de police Excédent de capital assuré
 Perte de protection, veuillez préciser

Capital assuré excédentaire proposé

Assurance vie _____ \$ Assurance vie pour personne à charge _____ \$ Assurance vie complémentaire _____ \$ DMA _____ \$
 ILD _____ \$ ICD _____ \$

Directives

Veuillez vous assurer de remplir toutes les parties pertinentes.

Partie 1 – Déclaration de l'employeur

Partie 3 – Déclarations médicales de l'employé

Partie 5 – Déclarations médicales du conjoint/personne à charge

Partie 2 – Déclaration de l'employé

Partie 4 – Déclaration du conjoint/personne à charge

Partie 6 - Déclarations et autorisation

Écrire toutes les réponses en caractères d'imprimerie

Partie 1 – DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR	
Veuillez consulter renseignements WEBS.	

Partie 2 – DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ * Veuillez joindre les renseignements d'employé WEBS			
Nom de l'employé (Nom de famille, prénom, initiale)	Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Certificat/NAS
Adresse du domicile (Numéro, rue, ville, province)			Code postal
Taille <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi <input type="checkbox"/> po	Poids <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	N° de téléphone ()	
Nom du médecin de famille (Nom de famille, prénom)			
Adresse du médecin de famille (Numéro, rue, ville, province)			Code postal

Partie 3 – DÉCLARATION MÉDICALE DE L'EMPLOYÉ – Veuillez préciser, dans l'espace prévu au bas de la page, les détails de toutes les réponses affirmatives aux questions de la présente section.

(1) Êtes-vous actuellement employé activement à temps plein, travaillant au moins 30 heures par semaines ? Si non, préciser le nombre d'heures de travail prévues à votre horaire habituel Oui Non

(2) Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance qui a été refusée, reportée, tarifée ou modifiée de quelque façon que ce soit ? Oui Non

(3) Avez-vous été diagnostiqué ou avez-vous reçu des traitements pour le VIH, le SIDA ou tout autre trouble immunologique ? Oui Non

(4) Au cours des 5 dernières années, avez-vous demandé ou reçu des prestations d'assurance invalidité d'une source ou d'une autre ? Oui Non

(5) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé des produits à base de tabac, de la marijuana ou des produits à base de nicotine ? Oui Non

(6) Avez-vous consommé, au cours des 5 dernières années, des amphétamines, stupéfiants, barbituriques, drogues psychotropes ou de la marijuana ou avez-vous reçu des traitements pour consommation excessive d'alcool ou de drogue ? Oui Non

(7) Êtes-vous actuellement en état de grossesse ? Dans l'affirmative, date d'accouchement prévue _____ Oui Non

(8) Au cours des 5 dernières années, avez-vous été diagnostiqué, traité ou présenté des symptômes pour toute blessure, maladie ou trouble figurant ci-dessous ?

Oui	Non		Oui	Non	
		Troubles du cerveau, troubles du système nerveux, paralysie, épilepsie, convulsions ou évanouissements			Troubles du foie, de la vésicule biliaire, jaunisse, cirrhose ou hépatite
		Troubles des poumons, tuberculose, bronchite ou asthme			Cancer, tumeur, polype ou néoplasme
		Douleurs à la poitrine ou au cœur			Diabète
		Accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire ou angine			Arthrite, rhumatisme ou névrite
		Troubles du système circulatoire			Fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique
		Hypertension			Troubles des muscles, des os ou des articulations
		Sclérose en plaques			Maladie des yeux ou des oreilles
		Troubles à l'estomac, troubles digestifs ou œsophagite			Douleurs ou incapacité au dos ou au cou
		Hernie hiatale, hernie ombilicale ou tout autre type d'hernie			Maladie thyroïdienne
		Troubles de la vessie, de la prostate ou des reins			Troubles des organes génito-urinaires ou reproductifs
		Troubles des intestins, maladie de Crohn ou colite			Déficience mentale, troubles psychologiques ou émotifs

(9) Avez-vous déjà été diagnostiqué, traité ou présenté des symptômes pour tout autre trouble médical ne figurant pas à la liste précédente ? Oui Non

(10) Prenez-vous actuellement des médicaments ou êtes-vous sous les soins d'un médecin pour une maladie ou une affection quelconques ? Oui Non

(11) Dans les 12 prochains mois, prévoyez-vous voyager à l'extérieur de l'Amérique du nord pour une période de plus de 2 mois consécutifs ? Oui Non

Préciser ci-dessous toutes les réponses affirmatives aux questions 2 à 11 inclusivement.

Question n°	Détails et nom du trouble médical	Date et durée (nombre d'épisodes ou de crises)	Détails des traitements et résultats (Rétablissement ou troubles persistants)	Nom du médecin Nom de l'hôpital

Partie 6 – DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je (nous) certifie que tous les renseignements compris dans le présent formulaire sont complets, à jour et exacts au meilleur de mes (nos) connaissances et les renseignements susmentionnés feront partie intégrante de ma (nos) proposition d'assurance. L'assurance demandée dans le cadre de la présente proposition n'entrera pas en vigueur jusqu'à ce qu'elle soit approuvée par le siège social de la compagnie d'assurance et par ses représentants autorisés.

Je (nous) donne l'autorisation à tout médecin, tout professionnel de la santé, tout hôpital, tout établissement de la santé, toute clinique ou tout autre établissement de santé ainsi que toute compagnie d'assurance, tout courtier ou représentant d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux (BRM), toute institution financière ou toute autre corporation, organisme, institution, association ou toute personne possédant des renseignements, des dossiers ou des renseignements sur mon (notre) compte ou sur ma (notre) santé, à divulguer et à échanger avec AIG Vie, ses représentants autorisés ou ses réassureurs lesdits renseignements ou lesdits dossiers. J'autorise aussi AIG Vie du Canada, ses représentants autorisés, ses réassureurs, tout préposé aux renseignements personnels, toute agence ou organisme d'enquête embauché par AIG Vie ou par ses représentants autorisés, à se procurer des renseignements sur mon compte pour l'évaluation des risques ou l'étude d'une demande de règlement. Je (nous) comprends que cette autorisation sera valide pour la durée de ma (notre) relation avec AIG Vie et après mon (notre) décès afin d'évaluer et d'étudier toute demande de règlement présentée.

Je (nous) confirme la réception de « l'Avis de divulgation » concernant le Bureau de renseignements médicaux et j'accepte les dispositions à cet égard.

Je (nous) donne l'autorisation à AIG Vie du Canada, ses représentants autorisés ou ses réassureurs d'effectuer tous les tests, examens, radiographies, électrocardiogrammes, profils sanguins, tests sanguins pour dépister le SIDA exigés dans le cadre de l'étude par la tarification de la présente proposition d'assurance. Je (nous) consens à ce qu'AIG Vie du Canada, ses représentants autorisés ou ses réassureurs divulguent les résultats de tout test, tout rapport et tout renseignement personnel sur mon compte en sa possession à ses réassureurs, si ceux-ci participent au processus de tarification, à mon médecin traitant, au Bureau des renseignements médicaux et aux autres assureurs autorisés, et aussi de demander des renseignements dans le cadre de la tarification ou de l'étude d'une demande de règlement. **Une copie photographique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.**

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ	SIGNÉ LE	SIGNATURE DE LA PERSONNE À CHARGE (si âgée de 18 ans ou plus)	SIGNÉ LE
SIGNATURE DU CONJOINT	SIGNÉ LE	SIGNATURE DE LA PERSONNE À CHARGE (si âgée de 18 ans et plus)	SIGNÉ LE

***(exigible seulement si le présent formulaire comprend des renseignements liés à la justification d'assurabilité du conjoint et/ou de la personne à charge)**

**AVIS DE DIVULGATION (Veuillez détacher et garder cet avis)
BUREAU DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX**

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités confidentiellement sauf qu'AIG Vie du Canada peut faire un rapport sommaire auprès du Bureau des renseignements médicaux, un organisme sans but lucratif regroupant des compagnies d'assurance vie et ayant pour objet de favoriser l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement à une autre des compagnies membre du Bureau, ce dernier fournira sur demande les renseignements qu'il possède sur vous à la compagnie en question.

Sur réception d'une demande de votre part, le Bureau prendra des dispositions pour vous communiquer tous les renseignements qui figurent à votre dossier. Si vous doutez de l'exactitude des renseignements figurant à votre dossier, vous pouvez communiquer avec le Bureau pour demander une rectification. Voici l'adresse du Bureau des renseignements médicaux :

BUREAU DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX 330 University Avenue - Suite 102 Toronto (Ontario) M5G 1R7

La Compagnie d'Assurance-Vie AIG du Canada ou ses réassureurs peuvent également communiquer les renseignements figurant à votre dossier à d'autres compagnies d'assurance vie à qui vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement.