

La présente demande d'assurance deux formulaires : Preuve d'assurabilité – Description de la protection et Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie.

- DIRECTIVES Salarié :**
- Remplir, signer et dater le formulaire Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie.
 - Fournir les renseignements sur le conjoint uniquement si vous demandez la protection à l'égard des personnes à charge.
 - Envoyer à la Great-West les originaux du formulaire Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie et du formulaire Preuve d'assurabilité – Description de la protection.

LA GREAT-WEST, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE
SÉLECTION DES RISQUES MÉDICAUX,
COLLECTIVE
C. P. 6000
WINNIPEG (MANITOBA) R3C 3A5
TÉLÉPHONE : 204 946-8554
LIGNE ATS (disponible pour les sourds et les malentendants) 1 800 990-6654

Nom du titulaire de police collective (employeur)		Police collective n° 158626 + 158627	Division n°
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> D ^{re} <input type="checkbox"/> _____	Nom du salarié	Prénom	Second prénom
Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____ Taille du salarié? _____ <input type="checkbox"/> m/cm <input type="checkbox"/> pi/po Poids du salarié? _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb			

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT OU LES ENFANTS (s'il y a lieu). Si l'espace ci-dessous ne suffit pas, remplissez un formulaire supplémentaire.

	PRÉNOM	NOM	Sexe	Date de naissance			Taille	Poids
				Jour	Mois	Année		
Conjoint			<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin				<input type="checkbox"/> m/cm <input type="checkbox"/> pi/po	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb
Enfant (1)			<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin				<input type="checkbox"/> m/cm <input type="checkbox"/> pi/po	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb
Enfant (2)			<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin				<input type="checkbox"/> m/cm <input type="checkbox"/> pi/po	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb
Enfant (3)			<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin				<input type="checkbox"/> m/cm <input type="checkbox"/> pi/po	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb

**VOUS DEVEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS CI-DESSOUS À L'ÉGARD DE CHAQUE PERSONNE À ASSURER.
POUR TOUTE RÉPONSE AFFIRMATIVE À UNE QUESTION, DONNEZ DES PRÉCISIONS DANS LA SECTION RÉSERVÉE À CET EFFET À LA FIN DU QUESTIONNAIRE. (Si l'espace fourni ne suffit pas, annexe une feuille.)**

Profession du conjoint : _____

Avez-vous, vous-même, votre conjoint ou votre enfant, déjà été atteint de l'un des troubles ou de l'une des affections suivantes, ou vécu l'une des situations suivantes?

	SALARIÉ		CONJOINT		ENFANTS	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1. au cours des cinq dernières années, malaise, blessure ou maladie ayant occasionné une absence du travail ou de l'école pendant au moins dix jours;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. hypertension ou hypotension artérielle, douleurs ou oppression thoraciques, ou tout autre trouble cardiaque, y compris des troubles du système circulatoire;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. cancer, troubles sanguins, diabète, hépatite, troubles du foie, affections rénales, respiratoires ou intestinales;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. convulsions, pertes de connaissance, évanouissements, violents maux de tête, dépression nerveuse, troubles mentaux, anxiété, états dépressifs, syndrome de fatigue chronique, paralysie cérébrale, accident cérébrovasculaire ou tout autre trouble du système nerveux;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. maux de dos, fièvre rhumatismale, rhumatisme, arthrite, paralysie, fibromyalgie ou troubles musculaires ou osseux, y compris des articulations, de la colonne vertébrale et de la peau;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. maladies des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. SIDA ou toute autre affection du système immunitaire, ou exposition au virus du SIDA (VIH) d'après des résultats d'examen;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. admission dans un hôpital, un sanatorium ou tout autre établissement aux fins de traitement ou d'observation;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. toute raison de croire que vous aurez besoin de soins médicaux ou chirurgicaux au cours des 12 prochains mois;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. consommation de médicaments ou de drogues, autrement que pour des raisons médicales, recommandation de réduire votre consommation d'alcool ou traitement pour alcoolisme ou toxicomanie;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. depuis l'enfance, toute grave maladie ou blessure qui n'est pas indiquée ci-dessus;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. au cours des cinq dernières années, radiographies ou électrocardiogrammes, analyses de sang ou autres examens spéciaux, sauf dans le cadre d'un examen médical complet de routine (indiquez ci-dessous les résultats des tests);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. présentation d'une demande de règlement ou obtention d'une rente, de paiements, ou d'une indemnisation par suite d'un accident ou d'une maladie;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. présentation d'une demande d'assurance qui a été refusée, remise à plus tard ou modifiée de quelque façon que ce soit;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. participation à la conduite d'un aéronef ou pratique de sports dangereux comme la course automobile ou de motocyclettes, le deltaplane, le parachutisme, la plongée en apnée ou en scaphandre autonome (dans l'affirmative, encerclez le sport visé);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. consommation de cigarettes au cours des 12 derniers mois;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. variation de poids depuis l'an dernier (dans l'affirmative, à qui s'applique la réponse?);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gain : _____ Perte : _____ Raison : _____

PRÉCISIONS

QUES. NO.	NOM	TEST, BLESSURE, MALADIE, INTERVENTION CHIRURGICALE OU COMPLICATIONS	DATE		PRÉCISIONS (Y COMPRIS LES NOM ET ADRESSE DES MÉDECINS)
			DÉBUT	RÉTABLISSEMENT	

AUTORISATION ET DÉCLARATIONS

J'autorise :

- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, l'administrateur de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, le Bureau de renseignements médicaux, les administrateurs des programmes de l'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime collectif;
- la Great-West à effectuer des tests, examens, profils sanguins et analyses d'urine au besoin afin de déterminer mon assurabilité relativement à la présente demande d'assurance;
- le titulaire du régime à déduire de ma rémunération et à remettre à la Great-West les cotisations salariales requises aux termes du régime, s'il y a lieu.

Je certifie ou confirme ce qui suit :

- j'étais effectivement au travail à la date à laquelle la présente demande d'assurance a été signée;
- j'ai lu et j'accepte l'Avis important décrivant les pratiques du Bureau de renseignements médicaux;
- je conserve une copie de la présente demande d'assurance;
- si je demande la protection des personnes à ma charge, je suis autorisé à agir en leur nom;
- une photocopie ou une copie sous forme électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Les déclarations et réponses contenues dans le présent formulaire serviront à déterminer votre assurabilité et à offrir des garanties aux termes du régime. Tout changement dans l'exactitude des déclarations et des réponses entre la date de signature du formulaire et la date à laquelle la Great-West prend une décision doit être déclaré à la Great-West. Il est entendu que le défaut de le faire pourrait entraîner l'annulation de la protection.

Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et exactes. Je comprends que si une réponse se révélait incomplète ou fautive, toute protection accordée pourrait être annulée. Il est convenu que l'on peut refuser de m'accorder la protection dans sa totalité ou en partie si, de l'avis de la Great-West, je ne suis pas assurable pour une partie ou la totalité de la protection.

Date de la signature : _____ Date de la signature : _____

Signature du conjoint : _____ Date de la signature : _____

AVIS AU SUJET DU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Avis important

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SERONT TRAITÉS CONFIDENTIELLEMENT. CEPENDANT, LA GREAT-WEST OU L'UN DE SES RÉASSUREURS PEUVENT SOUMETTRE UN COMPTE RENDU AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, UNE ASSOCIATION SANS BUT LUCRATIF CRÉÉE PAR DES COMPAGNIES D'ASSURANCE-VIE POUR ÉCHANGER DES RENSEIGNEMENTS PARMI SES MEMBRES. SI VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE D'ASSURANCE-VIE OU D'ASSURANCE-MALADIE, OU UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT AUPRÈS D'UNE AUTRE COMPAGNIE MEMBRE DE CE BUREAU, CELUI-CI TRANSMET À CETTE DERNIÈRE, SUR DEMANDE, LES RENSEIGNEMENTS QU'IL POSSÈDE DANS SES DOSSIERS.

LA GREAT-WEST OU L'UN DE SES RÉASSUREURS PEUVENT AUSSI TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS À TOUTE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE AUPRÈS DE LAQUELLE VOUS SOUMETTEZ UNE PROPOSITION D'ASSURANCE-VIE OU D'ASSURANCE-MALADIE, OU UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT. CEPENDANT, LA COMPAGNIE NE RÉVÉLERA, NI À UNE AUTRE COMPAGNIE, NI AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, LA DÉCISION PRISE QUANT À VOTRE DEMANDE D'ASSURANCE ACTUELLE.

SI VOUS SOUHAITEZ CONSULTER LES RENSEIGNEMENTS À VOTRE DOSSIER OU DEMANDER À CE QU'ILS SOIENT RECTIFIÉS, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, AU :

330, AVENUE UNIVERSITY, BUREAU 501, TORONTO (ONTARIO) M5G 1R7; 416 597-0590.

Protection de vos renseignements personnels

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Nous nous servons de ces renseignements personnels pour déterminer votre assurabilité et pour administrer le régime collectif.