

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

**DIRECTIVES**

- Gestionnaire de régime :** 1. Remplir, signer et dater le formulaire Description de la protection.  
2. Garder une copie du formulaire dûment rempli dans vos dossiers.  
**Utiliser un stylo à l'ENCRE (bleue ou noire)**  
**Salarié :** 3. Transmettre l'original et le Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie au salarié.  
1. Relire, signer et dater le formulaire Description de la protection.  
2. Remplir le Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie et retourner les deux formulaires à la Great-West.

LA GREAT-WEST, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE  
SÉLECTION DES RISQUES MÉDICAUX, COLLECTIVE  
CP 6000  
WINNIPEG MB R3C 3A5  
Téléphone 204 946-8554  
Ligne ATS 1 800 990-6654  
(disponible pour les sourds et les malentendants)

Nom du titulaire de la police collective (Employeur)				Police collective n°	Division N°
<b>CEVA FREIGHT CANADA CORP. - UNION MEMBERS</b>				<b>161359</b>	<b>1</b>
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> . <input type="checkbox"/> Dre. <input type="checkbox"/> _____		Nom de famille du salarié	Prénom	Second prénom	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance		Rémunération annuelle du salarié : \$		Occupation	
Jour	Mois	Année			
Adresse postale du domicile			Rue	Ville	Province
					Code postal
Salarié : Meilleur moment pour appeler et numéro de téléphone		Conjoint : Meilleur moment pour appeler et numéro de téléphone		Adresse de courriel du salarié	
				Adresse de courriel du conjoint	
N° d'identification		Classe			
<b>OBJET DE LA PRÉSENTE DEMANDE D'ASSURANCE (Assurez-vous de ne remplir que les sections pertinentes.)</b>					
<input type="checkbox"/> <b>PROPOSANT RETARDATAIRE (PÉRIODE D'ATTENTE AUX FINS DE L'ADMISSIBILITÉ EXPIRÉE) :</b> <b>Veillez cocher la ou les cases correspondant à la protection faisant l'objet de la présente demande d'assurance</b>					
		<b>Salarié</b>	<b>Conjoint</b>	<b>Enfant</b>	
Assurance-vie de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance-maladie supplémentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*Assurance dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>*À noter :</b> Des restrictions peuvent s'appliquer à l'assurance dentaire.
Assurance invalidité de courte durée	<input type="checkbox"/>				Veillez vous reporter à votre livret du salarié ou à votre contrat d'assurance.
Assurance invalidité de longue durée	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/> <b>PROTECTION DEMANDÉE SUPÉRIEURE AU MAXIMUM SANS PREUVE D'ASSURABILITÉ :</b>			<input type="checkbox"/> <b>ASSURANCE-VIE COMPLÉMENTAIRE:</b>		
<b>Protection</b>	<b>Montant actuel</b>	<b>\$</b>	<b>Nouveau montant total demandé</b>	<b>\$</b>	
Assurance-vie	_____	\$	_____	\$	Montant actuel : _____ \$
Assurance invalidité de longue durée	_____	\$	_____	\$	Nouveau montant total demandé : _____ \$
Assurance invalidité de courte durée	_____	\$	_____	\$	<input type="checkbox"/> <b>AUTRE PROTECTION (VEUILLEZ PRÉCISER EN INCLUANT LE MONTANT) :</b> _____
<input type="checkbox"/> <b>ASSURANCE-VIE FACULTATIVE</b>					
ASSURANCE-VIE FACULTATIVE DU SALARIÉ		ASSURANCE-VIE FACULTATIVE DU CONJOINT		ASSURANCE-VIE FACULTATIVE DES ENFANTS	
Montant d'assurance-vie facultative actuel : _____ \$		Montant d'assurance-vie facultative actuel : _____ \$		Montant d'assurance-vie facultative actuel _____ \$	
Nouveau montant total demandé : _____ \$		Nouveau montant total demandé : _____ \$		Nouveau montant total demandé : _____ \$	
S'il s'agit d'un pourcentage de salaire, indiquez le pourcentage demandé : _____		S'il s'agit d'une option ou d'un choix, précisez-le/la : _____		S'il s'agit d'une option ou d'un choix, précisez-le/la : _____	
<b>DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE À L'ÉGARD DE L'ASSURANCE-VIE FACULTATIVE</b>					
Prénom		Nom de famille		Lien avec le salarié	
Le salarié est le bénéficiaire de l'assurance du conjoint et des enfants s'il est alors vivant. Autrement, la succession en sera le bénéficiaire. Par la présente, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et désigne la ou les personnes ci-nommées à titre de bénéficiaires.					
<b>À NOTER : Là où la loi du Québec s'applique,</b> et si vous avez désigné votre conjoint (personne à laquelle vous êtes marié ou uni civilement) comme bénéficiaire, la désignation sera irrévocable, à moins que vous ne cochiez la case « Révocable », ci-dessous.					
Par la présente, je demande que ma désignation de bénéficiaire soit :					
<input type="checkbox"/> Révocable, je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.					
La désignation irrévocable d'un bénéficiaire ne peut être modifiée sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable. La désignation révocable d'un bénéficiaire peut être modifiée en tout temps sans le consentement du bénéficiaire révocabl.					

<input type="checkbox"/> <b>AVANTAGES SOCIAUX FLEXIBLES FACULTATIFS</b>	
ASSURANCE ILD FACULTATIVE DU SALARIÉ Pourcentage actuel de la prestation mensuelle : _____ % Nouvelle option : _____ % de la rémunération mensuelle Montant de la prestation mensuelle totale : _____ \$	ASSURANCE ICD FACULTATIVE DU SALARIÉ Pourcentage actuel de la rémunération hebdomadaire _____ % Nouvelle option : _____ % de la rémunération hebdomadaire Montant de la prestation hebdomadaire totale : _____ \$
<input type="checkbox"/> <b>ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES</b>	
ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES DU SALARIÉ Montant d'assurance contre les maladies graves actuel : _____ \$ Nouveau montant total demandé : _____ \$	ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES DU CONJOINT Montant d'assurance contre les maladies graves actuel : _____ \$ Nouveau montant total demandé : _____ \$
<input type="checkbox"/> <b>PROTECTION ÉGIDEE</b>	
<input type="checkbox"/> Salarié <input type="checkbox"/> Conjoint	
Signature du gestionnaire de régime : _____ Date : _____	
Nom du gestionnaire de régime en caractères d'imprimerie : _____	Numéro de téléphone du gestionnaire de régime : _____
Signature du salarié : _____ Date : _____	

## 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 PARMIS 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 AU DOSSIER.

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 :

BUREAU 501  
330 AVENUE UNIVERSITY  
TORONTO ON M5G 1R7  
Téléphone 416 597-0590

### Protection de vos renseignements personnels

À La Great-West, compagnie d'assurance-vie, 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 contenant vos renseignements personnels qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels consignés à votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Great-West. La Great-West peut faire appel à des fournisseurs de services installés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres de l'effectif 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. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous utiliserons les renseignements personnels recueillis pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime collectif, y compris aux fins des enquêtes sur les demandes de règlement et de l'évaluation de celles-ci, ainsi que pour la constitution et la tenue de dossiers visant notre relation d'affaires. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la vérification de la conformité ou consultez l'adresse [www.lagreatwest.com](http://www.lagreatwest.com).

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

**DIRECTIVES Salarié :** 1. Remplir, signer et dater le formulaire Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie.  
Utiliser un stylo à l'ENCRE (bleue ou noire)  
2. Fournir les renseignements sur le conjoint uniquement si vous demandez la protection à l'égard des personnes à charge.  
3. 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  
CP 6000  
WINNIPEG MB R3C 3A5  
Téléphone 204 946-8554  
Ligne ATS 1 800 990-6654  
(disponible pour les sourds et les malentendants)

Nom du titulaire de la police collective (employeur) <b>CEVA FREIGHT CANADA CORP. - UNION MEMBERS</b>		Police collective no . <b>161359</b>	Division no <b>1</b>
Nom de famille du salariée Prénom		Second prénom	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme

Date de naissance : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

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

	PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	Sexe	Date de naissance		
				Jour	Mois	Année
Conjoint			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme			
Enfant (1)			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme			
Enfant (2)			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme			
Enfant (3)			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme			

**Renseignements sur les antécédents médicaux personnels et habitudes de vie**

Veillez donner des précisions concernant toute réponse affirmative dans l'espace ci-dessous. Joindre une feuille séparée si vous avez besoin de plus d'espace et indiquer le numéro de la question concernée.

1. Souffrez-vous ou avez-vous déjà eu l'une des maladies suivantes : cancer, maladie cardiaque, diabète, arthrite, tout trouble neurologique, psychiatrique ou affection intestinale, respiratoire ou chronique?	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer la maladie et préciser la date de l'apparition de celle-ci et la durée.
2. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments sur ordonnance?	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez fournir le nom du médicament, la dose, la durée et la maladie pour laquelle vous prenez ou avez pris ces médicaments.
3. Au cours des dix dernières années, votre médecin vous a-t-il déjà recommandé de réduire votre consommation d'alcool ou avez-vous consommé des drogues pour des raisons non médicales?	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ainsi que les dates.
4. Avez-vous déjà été hospitalisé?	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer l'année approximative, la durée du séjour et le diagnostic médical.
5. Avez-vous déjà eu un résultat positif au test de dépistage de l'hépatite ou du VIH?	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer les tests, la raison et la date.
6. Avez-vous déjà passé une IRM ou une tomodensitométrie?	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer l'année approximative, les raisons et les résultats.
7. Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance-vie ou d'assurance invalidité qui a été refusée ou modifiée?	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer l'année approximative et les raisons.
8. Avez-vous déjà reçu des indemnités pour accident du travail ou des prestations de maladie ou d'invalidité pendant plus de sept jours consécutifs?	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Sal. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer la date approximative à laquelle vous avez cessé de travailler, la durée de votre absence au travail et l'affection médicale.

**Renseignements sur les antécédents médicaux personnels et habitudes de vie (suite)**

9. Avez-vous été absent du travail ou des études pendant plus de dix (10) jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure autre que celles décrites à la question 8?	Sal. <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer la date et décrire l'affection si elle n'a pas déjà été décrite ci-dessus.
10. Votre poids a-t-il fluctué de plus de 10 livres (4,5 kg) au cours des douze derniers mois?	Sal. <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer le gain ou la perte de poids et la raison.
11. Avez-vous des raisons de croire que vous aurez besoin de soins médicaux ou chirurgicaux au cours des douze prochains mois?	Sal. <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer la raison.
12. Avez-vous un médecin de famille attiré?	Sal. <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer son nom et le nom de la clinique ainsi que la date approximative et la raison de la dernière consultation.
13. Avez-vous été recommandé à un spécialiste médical au cours des deux dernières années?	Sal. <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Veillez préciser le nom du spécialiste, le type de spécialité et la raison médicale de la consultation.
14. Taille et poids actuels : SALARIÉ : _____ m/cm ou _____ pieds/pouces _____ kg ou _____ livres CONJOINT : _____ m/cm ou _____ pieds/pouces _____ kg ou _____ livres			
15. Avez-vous fait usage de tabac au cours de la dernière année?	Sal. <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Veillez préciser le nombre de cigarettes par jour.
16. Consommez-vous de l'alcool?	Sal. <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Précisez le genre de boissons alcoolisées consommées et votre consommation hebdomadaire.
17. Pratiquez-vous ou comptez-vous pratiquer des sports dangereux comme le saut en parachute, du deltaplane, une activité liée à l'aviation, de la plongée en scaphandre autonome, de la course de voitures ou de motocyclettes?	Sal. <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Veillez décrire le type d'activité et la fréquence.
18. Veuillez décrire les exercices physiques effectués durant une semaine y compris le type d'activité, la durée et la fréquence.			

**Antécédents familiaux**

19. Pour chaque proposant, si l'un de vos parents, frères ou sœurs, conjoint ou enfant souffre ou a déjà souffert d'une ou de plusieurs des affections suivantes : cancer, maladie cardiaque, chorée de Huntington, maladie kystique des reins, diabète, maladie mentale, toxicomanie ou maladie chronique ou héréditaire, veuillez remplir la partie ci-dessous. Au besoin, annexe une feuille supplémentaire.

Salarié (membre de la famille / lien de parenté) :	Sexe	Âge approx. à l'apparition	Âge actuel si la personne est toujours en vie	Âge au décès	Maladie

Conjoint (membre de la famille / lien de parenté) :	Sexe	Âge approx. à l'apparition	Âge actuel si la personne est toujours en vie	Âge au décès	Maladie

Enfant (membre de la famille / lien de parenté) :	Sexe	Âge approx. à l'apparition de la maladie	Âge actuel si la personne est toujours en vie	Âge au décès	Maladie

Veillez ajouter tout élément d'information qui vous semble important :

## AUTORISATION ET DÉCLARATIONS

J'autorise :

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

Je certifie ou confirme ce qui suit :

- je suis en activité de service à la date à laquelle la présente demande d'assurance est signée;
- j'ai lu l'Avis important décrivant les pratiques du Bureau de renseignements médicaux, et j'en accepte le contenu;
- j'ai conservé une copie de la présente demande d'assurance;
- si je demande la protection à l'égard de mes personnes à charge, j'ai l'autorisation d'agir en leur nom;
- une photocopie ou une copie 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 d'effet de toute protection approuvée par la Great-West doit être déclaré à la Great-West. Il est entendu que le défaut de le faire pourrait entraîner l'annulation de ma protection.

Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques. 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.

Signature du salarié : \_\_\_\_\_ Date de la signature : \_\_\_\_\_

Signature du conjoint : \_\_\_\_\_ Date de la signature : \_\_\_\_\_