

PREUVE D'ASSURABILITÉ DESCRIPTION DE LA PROTECTION

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 :**
- Remplir, signer et dater le formulaire Description de la protection.
 - Garder une copie du formulaire dûment rempli dans vos dossiers.
 - Transmettre l'original et le Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie au salarié.
- Utiliser un stylo à l'ENCRE (bleue ou noire)**
- Salarié :**
- Relire, signer et dater le formulaire Description de la protection.
 - Remplir le Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie.
 - Garder une copie des deux formulaires dans vos dossiers et transmettre les **ORIGINAUX** 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°.
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> D ^r <input type="checkbox"/> D ^{re}	Nom de famille du salarié	Prénom	Second prénom	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance		Rémunération annuelle du salarié :	Numéro d'identification	Classe	
Jour	Mois	Année	\$		

OBJET DE LA PRÉSENTE DEMANDE D'ASSURANCE (Assurez-vous de ne remplir que les sections pertinentes.)

PROPOSANT RETARDATAIRE (PÉRIODE D'ATTENTE AUX FINS DE L'ADMISSIBILITÉ EXPIRÉE) :
Veuillez cocher la ou les cases correspondant à la protection faisant l'objet de la présente demande d'assurance

	Salarié	Conjoint	Enfant	
Assurance-vie de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance-maladie supplémentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
*Assurance dentaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	*À noter : Des restrictions peuvent s'appliquer à l'assurance dentaire.
Assurance invalidité de courte durée	<input type="checkbox"/>			Veuillez vous reporter à votre livret du salarié ou à votre contrat d'assurance.
Assurance invalidité de longue durée	<input type="checkbox"/>			

<input type="checkbox"/> PROTECTION DEMANDÉE SUPÉRIEURE AU MAXIMUM SANS PREUVE D'ASSURABILITÉ : <table style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th>Protection</th> <th>Montant actuel</th> <th>Nouveau montant total demandé</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Assurance-vie</td> <td>_____ \$</td> <td>_____ \$</td> </tr> <tr> <td>Assurance invalidité de longue durée</td> <td>_____ \$</td> <td>_____ \$</td> </tr> <tr> <td>Assurance invalidité de courte durée</td> <td>_____ \$</td> <td>_____ \$</td> </tr> </tbody> </table>	Protection	Montant actuel	Nouveau montant total demandé	Assurance-vie	_____ \$	_____ \$	Assurance invalidité de longue durée	_____ \$	_____ \$	Assurance invalidité de courte durée	_____ \$	_____ \$	<input type="checkbox"/> Assurance-vie supplémentaire : <input type="checkbox"/> Assurance-vie de base : Montant actuel : _____ \$ Nouveau total demandé : _____ \$ Nouveau montant total : _____ \$
Protection	Montant actuel	Nouveau montant total demandé											
Assurance-vie	_____ \$	_____ \$											
Assurance invalidité de longue durée	_____ \$	_____ \$											
Assurance invalidité de courte durée	_____ \$	_____ \$											

ASSURANCE-VIE FACULTATIVE

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 : _____ \$
Montant additionnel demandé : _____ \$	Montant additionnel demandé : _____ \$	Montant additionnel demandé : _____ \$
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 précisez-le/la : _____	S'il s'agit d'une option ou d'un choix, précisez-le/la : _____

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE À L'ÉGARD DE L'ASSURANCE-VIE FACULTATIVE

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.

À NOTER : Là où la loi du Québec s'applique, 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 :

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 révocable.

<input type="checkbox"/> AVANTAGES SOCIAUX FLEXIBLES FACULTATIFS			
ASSURANCE ILD FACULTATIVE DU SALARIÉ		ASSURANCE ICD FACULTATIVE DU SALARIÉ	
Montant \$		Montant \$	
Pourcentage actuel de la prestation mensuelle : _____ %		Pourcentage actuel de la prestation hebdomadaire : _____ %	
Nouvelle option : _____ % de la rémunération mensuelle		Nouvelle option : _____ % de la rémunération hebdomadaire	
Montant de la prestation mensuelle totale : _____		Montant de la prestation hebdomadaire totale : _____	

<input type="checkbox"/> ASSURANCE FACULTATIVE CONTRE LES MALADIES GRAVES			
Les nouveaux salariés et leurs conjoints peuvent, dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité, sélectionner une assurance facultative contre les maladies graves jusqu'à concurrence du maximum sans preuve d'assurabilité (MSPA) du régime collectif, et ce, sans avoir à fournir de preuves. Le MSPA doit être confirmé par le gestionnaire de régime. (Voir l'étape 4 ci-dessous).			
**Il n'est pas nécessaire de remplir le Questionnaire relatif aux renseignements médicaux si le montant d'assurance demandé correspond au MSPA. Le maximum global pour l'assurance facultative contre les maladies graves est de 250 000 \$.			
ASSURANCE CONTRE LES MALADIE GRAVES FACULTATIVE DU SALARIÉ		ASSURANCE CONTRE LES MALADIE GRAVES FACULTATIVE DU CONJOINT	
1. Montant d'assurance facultative contre les maladies graves actuel : _____ \$		1. Montant d'assurance facultative contre les maladies graves actuel : _____ \$	
2. Montant demandé : _____ \$		2. Montant demandé : _____ \$	
3. Nouveau montant demandé : _____ \$ (1+2)		3. Nouveau montant demandé : _____ \$ (1+2)	
4. Montant d'assurance admissible sans preuve d'assurabilité : _____ \$		4. Montant d'assurance admissible sans preuve d'assurabilité : _____ \$	
5. Montant demandé avec preuve d'assurabilité médicale : _____ \$ (3-4)		5. Montant demandé avec preuve d'assurabilité médicale : _____ \$ (3-4)	

<input type="checkbox"/> PROTECTION ÉGIDE	
<input type="checkbox"/> Salarié	<input type="checkbox"/> Conjoint

Signature du gestionnaire de régime : _____	Date : _____
	jj/mm/aaaa
Nom du gestionnaire de régime en caractères d'imprimerie : _____	Numéro de téléphone du gestionnaire de régime : _____
Signature du salarié : _____	Date : _____
	jj/mm/aaaa

AVIS CONCERNANT LE MIB, INC.

Avis important

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SERONT TRAITÉS CONFIDENTIELLEMENT. CEPENDANT, LA GREAT-WEST OU L'UN DE SES RÉASSUREURS PEUVENT ADRESSER UN BREF RAPPORT À CE SUJET AU MIB, INC., ORGANISME SANS BUT LUCRATIF COORDONNANT L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS ENTRE LES COMPAGNIES D'ASSURANCE-VIE QUI EN SONT MEMBRES. LORSQUE VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE D'ASSURANCE-VIE OU D'ASSURANCE-MALADIE À UNE AUTRE COMPAGNIE MEMBRE DU MIB OU QUE VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT À UNE TELLE COMPAGNIE, LE MIB TRANSMET À CETTE DERNIÈRE, SUR DEMANDE, LES RENSEIGNEMENTS CONTENUS DANS VOTRE DOSSIER.

LA GREAT-WEST OU L'UN DE SES RÉASSUREURS PEUVENT ÉGALEMENT TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS DE VOTRE DOSSIER À TOUTE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE À QUI VOUS AVEZ SOUMIS 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 MIB, 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 MIB :

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.

QUESTIONNAIRE RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET AUX HABITUDES DE VIE

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.
 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)			Police collective n°	Division n°
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> D ^r <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> D ^{re} <input type="checkbox"/> _____	Nom de famille du salarié	Prénom	Second prénom	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance		Profession : _____	Adresse courriel : À NOTER : Si vous indiquez une adresse courriel, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous relativement à la présente demande d'assurance.	
Jour	Mois	Année		
Adresse postale du domicile		Rue	Ville	Province
Téléphone au domicile _____		Téléphone au travail _____		
Meilleur moment pour appeler <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		Meilleur moment pour appeler <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT (s'il y a lieu)

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> D ^r <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> D ^{re} <input type="checkbox"/> _____	Nom de famille du conjoint	Prénom	Second prénom	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance		Profession : _____	Adresse courriel : À NOTER : Si vous indiquez une adresse courriel, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous relativement à la présente demande d'assurance.	
Jour	Mois	Année		
Téléphone au domicile _____		Téléphone au travail _____		
Meilleur moment pour appeler <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		Meilleur moment pour appeler <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		

RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS (s'il y a lieu). Si l'espace fourni ne suffit pas, remplissez un formulaire supplémentaire.

	PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	Sexe	Date de naissance		
				Jour	Mois	Année
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. Sal.=Salarié Conj.=Conjoint Enf.=Enfant

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?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.

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

4. Avez-vous déjà été hospitalisé?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veuillez 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?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veuillez indiquer les tests, la raison et la date.
6. Avez-vous déjà passé une IRM ou une tomodensitométrie?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veuillez 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?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veuillez 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?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veuillez indiquer la date approximative à laquelle vous avez cessé de travailler, la durée de votre absence au travail et l'affection médicale.
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?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veuillez 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?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veuillez 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?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veuillez indiquer la raison.
12. Avez-vous un médecin de famille attiré? Dans l'affirmative, veuillez indiquer (dans la colonne de droite) son nom, son adresse ainsi que la date et la raison de la dernière consultation.	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
13. Avez-vous été recommandé à un spécialiste médical au cours des deux dernières années?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veuillez 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. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé des cigarettes, de la marijuana, du hachisch, des cigares, la pipe, des cigarillos ou fait usage de tabac à chiquer, de timbres ou de gomme à la nicotine, de noix d'arec ou de tabac ou de nicotine sous quelque autre forme que ce soit?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veuillez indiquer quel produit ainsi que la quantité ou le nombre par jour.
16. Consommez-vous de l'alcool?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <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?	Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veuillez 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, est-ce que 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 polykystique des reins, diabète, maladie mentale, toxicomanie ou maladie chronique ou héréditaire?

Salarié : Oui Non **Conjoint :** Oui Non **Enfant :** Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir la ou les parties appropriées ci-dessous. Au besoin, annexe une feuille supplémentaire.

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

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

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

Veuillez 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;
- la Great-West à divulguer les renseignements contenus dans mes dossiers médicaux au fournisseur de soins de santé habituel ou à la clinique habituelle dont le nom figure dans la présente demande d'assurance, y compris les résultats d'examens obtenus au cours du processus de demande;
- la Great-West à communiquer avec moi concernant la présente demande d'assurance à l'adresse courriel que j'ai fournie;
- 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 : _____
jj/mm/aaaa

Signature du conjoint : _____ Date de la signature : _____
jj/mm/aaaa