

**Directives : Décrire toutes vos réponses aux questions en caractères d'imprimerie à l'ENCRE (bleue ou noire).**

**Assurez-vous de remplir toutes les parties requises. Un formulaire incomplet peut entraîner un retard dans le traitement de votre demande d'assurance.**

- ▶ Parties 1 et 2 : Elles doivent être remplies par l'employé ou son conjoint; les documents originaux doivent être soumis à la Canada Vie. Conservez une copie pour vos dossiers.
- ▶ L'employé doit envoyer le formulaire directement à la Canada Vie.

### Partie 1 Renseignements sur le participant et les personnes à charge À remplir par le participant de régime

Renseignements sur l'employé				
Nom du titulaire de la police collective (employeur)				Numéro de police
Nom de famille de l'employé		Prénom	Initiale du second prénom	Genre
				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre
Date de naissance	Profession	Fonctions		
JJ-MMM-AAAA				
Adresse postale du domicile		Rue	Ville	Province Code postal
Adresse de courriel				
<b>À NOTER : Si vous indiquez une adresse de courriel, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous relativement à la présente demande d'assurance.</b>				
Téléphone au domicile	Meilleur moment pour appeler	Autre numéro de téléphone	Poste	Meilleur moment pour appeler
XXX-XXX-XXXX	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir	XXX-XXX-XXXX	XXXX	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir
Renseignements sur le conjoint (s'il y a lieu) – uniquement si vous demandez la protection à l'égard des personnes à charge.				
Nom de famille du conjoint		Prénom du conjoint	Initiale du second prénom	Genre
				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre
Date de naissance	Profession	Fonctions		
JJ-MMM-AAAA				
Adresse de courriel				
<b>À NOTER : Si vous indiquez une adresse de courriel, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous relativement à la présente demande d'assurance.</b>				
Téléphone au domicile	Meilleur moment pour appeler	Autre numéro de téléphone	Poste	Meilleur moment pour appeler
XXX-XXX-XXXX	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir	XXX-XXX-XXXX	XXXX	<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir
Renseignements sur les enfants (s'il y a lieu) – uniquement si vous demandez la protection à l'égard des personnes à charge.				
	Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant	Genre	Date de naissance
Enfant (1)			<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	JJ-MMM-AAAA
Enfant (2)			<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	JJ-MMM-AAAA
Enfant (3)			<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	JJ-MMM-AAAA
Enfant (4)			<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	JJ-MMM-AAAA

**Directives : Décrire toutes vos réponses aux questions en caractères d'imprimerie à l'ENCRE (bleue ou noire).**

**Assurez-vous de remplir toutes les parties requises. Un formulaire incomplet peut entraîner un retard dans le traitement de votre demande d'assurance.**

- ▶ Parties 1 et 2 : Elles doivent être remplies par l'employé ou son conjoint; les documents originaux doivent être soumis à la Canada Vie. Conservez une copie pour vos dossiers.
- ▶ L'employé doit envoyer le formulaire directement à la Canada Vie.

**VOUS NE DEVRIEZ RIEN NOUS DIRE AU SUJET DE TOUT TEST GÉNÉTIQUE QUE VOUS POURRIEZ AVOIR SUBI. VOUS DEVREZ TOUTEFOIS NOUS INDIQUER SI VOUS SUIVEZ UN TRAITEMENT POUR UN TROUBLE D'ORIGINE GÉNÉTIQUE OU SI VOUS PRÉSENTEZ DES SYMPTÔMES LIÉS À CE TROUBLE**

**Partie 2 Renseignements sur les antécédents médicaux et les habitudes de vie**

Veillez donner des précisions concernant toute réponse affirmative dans l'espace ci-dessous. **Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez remplir la page 5, Renseignements supplémentaires, à la fin du présent document et indiquer le numéro de la question.**

**Emp. = Employé Conj. = Conjoint  
Enf. = Enfant**

1. Êtes-vous atteint ou avez-vous déjà été atteint de l'une des maladies suivantes : cancer, maladie cardiaque, diabète, arthrite, tout trouble neurologique, psychiatrique, intestinal ou respiratoire ou toute maladie chronique?	Oui Non Emp. <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. Avez-vous déjà eu un résultat positif au test de dépistage de l'hépatite ou du VIH?	Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer les tests, la raison et la date.
3. Avez-vous déjà passé une IRM ou une tomodensitométrie?	Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer l'année approximative, les raisons et les résultats.
4. Avez-vous déjà été hospitalisé?	Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 reçu des indemnités pour accident du travail ou des prestations de maladie ou d'invalidité pendant plus de sept jours consécutifs?	Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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.
6. Avez-vous été absent du travail ou des études pendant plus de dix jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure autre que celles décrites à la question 5?	Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer la date et décrire l'affection médicale si elle n'a pas déjà été décrite ci-dessus.
7. Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance qui a été refusée ou modifiée?	Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 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 des raisons de croire que vous aurez besoin de soins médicaux ou chirurgicaux au cours des 12 prochains mois?	Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer la raison.
9. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments sur ordonnance?	Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez fournir le nom des médicaments, la dose, la durée et l'affection médicale pour laquelle vous prenez ou avez pris ces médicaments.
10. 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 (y compris de la marijuana) pour des raisons non médicales?	Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez fournir des précisions, y compris les dates de consommation, le type de produit et la fréquence de consommation par semaine.
11. Consommez-vous de l'alcool?	Oui Non Emp. <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.
12. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé des cigarettes, des cigarettes électroniques, des cigarillos, la pipe, des cigares ou fait usage de timbres ou de gommes à la nicotine, de tabac à chiquer, de houka, de tabac ou de nicotine?	Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer quel produit ainsi que la quantité ou le nombre par jour.

**Partie 2 Renseignements sur les antécédents médicaux et les habitudes de vie ...suite**

Veillez donner des précisions concernant toute réponse affirmative dans l'espace ci-dessous. **Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez remplir la page 5, Renseignements supplémentaires, à la fin du présent document et indiquer le numéro de la question.**

**Emp. = Employé Conj. = Conjoint  
Enf. = Enfant**

13. Votre poids a-t-il fluctué de plus de dix livres au cours des 12 derniers mois?	Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez indiquer s'il s'agit d'une prise ou d'une perte de poids, le nombre de livres prises ou perdues et la raison de cette prise ou de cette perte de poids.
14. Taille et poids actuels : EMPLOYÉ : _____ m/cm ou _____ pieds/pouces _____ kg ou _____ livres CONJOINT : _____ m/cm ou _____ pieds/pouces _____ kg ou _____ livres		
15. Avez-vous un prestataire de soins de santé habituel? Dans l'affirmative, veuillez indiquer (dans la partie à droite) son nom et son adresse ainsi que la date et la raison de la dernière consultation.	Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
16. Avez-vous été recommandé à un spécialiste médical au cours des deux dernières années?	Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Veillez préciser le nom du spécialiste, le type de spécialité et la raison médicale de la consultation.
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 Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <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. Indiquez, pour chaque demandeur, si les parents, les frères et sœurs, le conjoint ou les enfants sont atteints ou ont déjà été atteints de l'une des affections ci-dessous :

- Maladie d'Alzheimer
- Cancer
- Maladie du cœur
- Maladie de Parkinson
- Accident vasculaire cérébral
- Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig)
- Cardiomyopathie
- Maladie de Huntington
- Maladie polykystique des reins
- Toute autre maladie héréditaire
- Démence
- Maladie du motoneurone
- Maladie rétinienne pigmentaire
- Sclérose en plaques
- Rétinite pigmentaire

▶ **Employé :**  Oui  Non ▶ **Conjoint :**  Oui  Non ▶ **Enfants :**  Oui  Non  
**Dans l'affirmative, remplissez la section qui convient, ci-dessous. Joignez une feuille si nécessaire.**

Employé (membre de la famille / lien de parenté) :	Genre	Âge actuel, si la personne est toujours en vie	Âge au décès	Âge approx. à l'apparition de la maladie	Maladie (précisez le type de la maladie, s'il est connu)
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Autre				
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Autre				
Conjoint (membre de la famille / lien de parenté) :	Genre	Âge actuel, si la personne est toujours en vie	Âge au décès	Âge approx. à l'apparition de la maladie	Maladie (précisez le type de la maladie, s'il est connu)
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Autre				
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Autre				
Enfant (membre de la famille / lien de parenté) :	Genre	Âge actuel, si la personne est toujours en vie	Âge au décès	Âge approx. à l'apparition de la maladie	Maladie (précisez le type de la maladie, s'il est connu)
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Autre				
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Autre				

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

## Avis concernant le MIB, Inc.

### AVIS IMPORTANT

Vos renseignements personnels seront traités confidentiellement. Cependant, la Canada Vie 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 Canada Vie 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 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, Tél. 416 597-0590**

### Protection de vos renseignements personnels

À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie), nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection de la vie privée.

#### Vos renseignements personnels :

Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels, comme votre nom, vos coordonnées, ainsi que les produits et la protection que vous détenez auprès de nous. Selon les produits ou les services que vous demandez et obtenez, votre demande pourrait également comprendre des renseignements de nature médicale ou financière. Vos renseignements sont conservés dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels contenus dans votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada Vie.

#### Qui a accès à vos renseignements?

Nous limitons l'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches de même qu'aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès. Pour nous aider à répondre aux fins précisées ci-dessous, il se peut que nous fassions appel à des prestataires de service situés au Canada ou à l'étranger. Vos renseignements personnels pourraient également être divulgués à des autorités publiques ou à d'autres personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

#### Vos renseignements sont utilisés aux fins suivantes :

Nous recueillons vos renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité aux produits, aux services ou à la protection demandés, pour fournir et administrer les produits ou la protection détenus auprès de nous, et en assurer le service, et pour permettre à la Canada Vie et à ses sociétés affiliées de gérer les données internes et d'en effectuer l'analyse. Nous nous en servons notamment pour mener des enquêtes et évaluer les demandes de règlement et verser des prestations, ainsi que pour créer et tenir à jour les dossiers sur notre relation d'affaires.

*Le consentement donné dans le présent formulaire demeurera en vigueur jusqu'à ce que nous recevions un avis indiquant que vous avez retiré ce consentement, sous réserve des restrictions juridiques et contractuelles pouvant s'appliquer. Par exemple, si vous retirez votre consentement, il se peut que nous ne puissions pas continuer à évaluer ou à administrer une demande de prestations.*

#### Si vous voulez en savoir plus :

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez le [www.canadavie.com](http://www.canadavie.com).

### Authorization and Declarations

J'autorise :

- la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, le MIB, Inc., les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie à échanger les renseignements personnels, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime collectif;
- la Canada Vie 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 Canada Vie à divulguer les renseignements contenus dans mes dossiers médicaux au prestataire 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 Canada Vie 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 Canada Vie 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 MIB, Inc., 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 Canada Vie doit être déclaré à la Canada Vie. Il est entendu que le défaut de le faire pourrait entraîner l'annulation de ma protection..

I declare that to the best of my knowledge, all of the above answers to the questions are complete and true. I understand that if any answer is incomplete or false, any coverage granted may be void. I understand that I may be refused for coverage for all or part of any benefit if, in the opinion of Canada Life, I am not insurable for all or part of that benefit.

Signature de l'employé \_\_\_\_\_ Date de la signature \_\_\_\_\_ JJ-MMM-AAAA

Signature du conjoint \_\_\_\_\_ Date de la signature \_\_\_\_\_ JJ-MMM-AAAA

### Adresse postale

Sélection des risques médicaux, Client collectif  
La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
CP 6000  
Winnipeg MB R3C 3A5

Courriel : [groupmed@canadalife.com](mailto:groupmed@canadalife.com)  
Ligne ATS 1 800 990-6654 (disponible pour les  
sourds et les malentendants)

**Renseignements supplémentaires**

Utilisez cette feuille si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour répondre à une question.  
Indiquez le numéro de la question concernée.

Emp. = Employé   Conj. = Conjoint  
Enf. = Enfant

Numéro de la question	Renseignements