

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

DIRECTIVES

- Administrateur du régime :**
- Remplir, signer et dater le formulaire Description de la protection.
 - Garder une copie du formulaire dûment rempli dans vos dossiers.
 - Transmettre la copie originale et le Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie au salarié.
- Salarié :**
- Relire, signer et dater le formulaire Description de la protection.
 - 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
TARIFICATION MÉDICALE, COLLECTIVE
CASE POSTALE 6000
WINNIPEG (MANITOBA) R3C 3A5
TÉLÉPHONE : (204) 946-8554
LIGNE ATS (*disponible pour les sourds et les malentendants*)
Numéro sans frais : 1 800 990-6654

Nom du titulaire de police collective (employeur)		Police collective n°	Division n°
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> D' <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> D ^o <input type="checkbox"/> _____	Nom du salarié	Prénom	Second prénom
Adresse du domicile		Rue	Ville Province
Code postal	Date de naissance Jour Mois Année	Téléphone domicile ()	Téléphone bureau () poste
Gains annuels du salarié: \$	N° d'identification	Classe	Profession
Est-ce que ce salarié est présentement assuré aux termes d'autres garanties dans le cadre du présent régime d'assurance collective : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Dans l'affirmative, veuillez préciser le type et le montant de protection (le cas échéant) :			
Vie de base _____ \$ ILD _____ \$ ICD _____ \$			
Assurance-maladie supplémentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Assurance dentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
OBJECTIF DE LA PRÉSENTE PROPOSITION (Assurez-vous de ne remplir que les sections applicables.)			
<input type="checkbox"/> CANDIDAT RETARDATAIRE (PÉRIODE D'ATTENTE AUX FINS D'ADMISSIBILITÉ EXPIRÉE) : Veuillez cocher la case correspondant à la protection faisant l'objet de la présente proposition			
	Salarié	Conjoint	Enfants
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"/>
Invalidité de courte durée	<input type="checkbox"/>		
Invalidité de longue durée	<input type="checkbox"/>		
<i>* À noter : Des restrictions peuvent s'appliquer à l'assurance dentaire. Veuillez vous reporter à votre livret d'employé ou à votre contrat de police.</i>			
<input type="checkbox"/> PROTECTION DEMANDÉE SUPÉRIEURE AU MAXIMUM SANS PREUVE D'ASSURABILITÉ (MSPA) :		<input type="checkbox"/> ASSURANCE-VIE SUPPLÉMENTAIRE :	
Montant Protection actuel	Nouveau montant total demandé	Montant actuel : _____ \$ Nouveau montant total demandé : _____ \$	
Assurance-vie	\$ _____	<input type="checkbox"/> AUTRE PROTECTION (VEUILLEZ PRÉCISER EN INCLUANT LE MONTANT) :	
Invalidité de longue durée	\$ _____		
Invalidité de courte durée	\$ _____		
<input type="checkbox"/> 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 : _____ \$	
Nouveau montant total demandé : _____ \$	Nouveau montant total demandé : _____ \$	Nouveau montant total demandé : _____ \$ (par enfant)	
S'il s'agit d'un pourcentage de salaire, indiquez le pourcentage demandé : _____ Sinon, indiquez l'option ou le choix pertinent : _____			
DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE À L'ÉGARD D'UNE ASSURANCE-VIE FACULTATIVE		À NOTER : LÀ OÙ LE CODE CIVIL DU QUÉBEC S'APPLIQUE, toute désignation de votre conjoint à titre de bénéficiaire est irrévocable (par « conjoint », on entend toute personne qui, aux yeux de la loi et dans le cadre du présent contexte, est réputée être votre conjoint), à moins que vous ne déclariez la désignation révoquable, en cochant la case applicable. Par les présentes, je déclare la désignation : <input type="checkbox"/> révoquable <input type="checkbox"/> irrévocable La désignation irrévocable d'un bénéficiaire ne peut être modifiée sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable. La désignation révoquable d'un bénéficiaire peut être modifiée à tout moment sans le consentement du bénéficiaire révoquable.	
Prénom	Nom	Lien avec le salarié	
Le salarié, s'il est vivant, sera le bénéficiaire de la protection du conjoint ou de l'enfant à charge. Autrement, la succession sera le bénéficiaire.			
Fiduciaire – recommandé pour tout bénéficiaire âgé de moins de 18 ans ou incapable de donner décharge valide. NE PAS UTILISER LA PRÉSENTE SECTION SI UN CONTRAT DE FIDUCIE ÉCRIT EXISTE.			
Je nomme _____			
Lien avec la personne à assurer _____			
fiduciaire pour recevoir, en fiducie, les prestations payables en vertu de la police collective précitée établie par la Great-West. Cette nomination s'applique aux prestations payables à tout bénéficiaire désigné aux termes de la police qui, au moment de recevoir les prestations, est mineur ou n'a pas les capacités légales nécessaires pour donner décharge valide conformément aux lois du domicile du bénéficiaire. Tout versement fait au fiduciaire libérera la Great-West de ses engagements jusqu'à concurrence du montant versé.			
J'autorise le fiduciaire, à sa seule discrétion, à employer ces prestations pour l'entretien ou l'instruction du bénéficiaire et à exercer les droits contractuels du bénéficiaire aux termes de la police collective. Le fiduciaire peut, en plus des placements que les fiduciaires sont autorisés à faire, investir les prestations dans tout produit de la Great-West ou de ses établissements financiers affiliés ou offert par eux. La fiducie établie pour tout bénéficiaire prendra fin lorsque ce bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité et aura également les capacités légales nécessaires pour donner décharge valide, et j'ordonne au fiduciaire de verser à ce moment-là au bénéficiaire l'actif détenu en fiducie pour ce bénéficiaire. Je me réserve le droit, personnellement ou par l'entremise de mon représentant personnel (au Québec : mon tuteur, curateur, liquidateur ou mandataire en cas d'incapacité), de nommer par écrit un nouveau fiduciaire qui remplacera l'ancien.			
<input type="checkbox"/> Aucune nomination de fiduciaire voulue			
<input type="checkbox"/> AVANTAGES FLEXIBLES FACULTATIFS			
ASSURANCE ILD FACULTATIVE DU SALARIÉ :		ASSURANCE ICD FACULTATIVE DU SALARIÉ :	
% actuel de la prestation mensuelle : _____ %		Prestation hebdomadaire actuelle : _____ \$	
Nouvelle option : _____ % des gains mensuels		Nouvelle option : _____ % des gains hebdomadaires	
Montant de la prestation mensuelle totale : _____ \$		Montant de la prestation hebdomadaire totale : _____ \$	
Signature de l'administrateur du régime : _____		Date : _____	
Nom de l'administrateur du régime en caractères d'imprimerie : _____			
N° de téléphone de l'administrateur du régime : _____			
Signature du salarié : _____		Date : _____	

La présente proposition comprend 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 des renseignements sur le conjoint et les enfants à charge uniquement si vous demandez la protection à l'égard des personnes à charge.**
 - Envoyer les originaux du formulaire Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie et du formulaire Preuve d'assurabilité - Description de la protection à la Great-West.

LA GREAT-WEST, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE
TARIFICATION MÉDICALE, COLLECTIVE
CASE POSTALE 6000
WINNIPEG (MANITOBA) R3C 3A5
TÉLÉPHONE : (204) 946-8554
LIGNE ATS (*disponible pour les sourds et les malentendants*)
Numéro sans frais : 1 800 990-6654

Veillez écrire en caractères d'imprimerie

Nom du titulaire de police collective (employeur)		Police collective n°	Division n°
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> D ^o <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/LES ENFANTS (s'il y a lieu). Si cet espede ne suffit pas, remplir un formulaire supplémentaire.

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

VOUS DEVEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE PERSONNE POUR LAQUELLE ON DEMANDE UNE PROTECTION. POUR TOUTE RÉPONSE AFFIRMATIVE AUX QUESTIONS QUI SUIVENT, DONNEZ LES DÉTAILS DANS LA SECTION RÉSERVÉE À CETTE FIN PLUS LOIN (joindre une feuille si l'espace est insuffisant) :

Avez-vous, vous-même, votre conjoint ou vos enfants :	PROFESSION DU CONJOINT :		SALARIÉ		CONJOINT		ENFANTS	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1. au cours des cinq dernières années, été absent du travail ou de l'école pendant au moins dix jours par suite d'un malaise, d'une blessure ou d'une maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. déjà souffert d'hypertension ou d'hypotension artérielle, de douleurs ou d'oppression thoraciques, ou de 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. déjà souffert du cancer, de troubles sanguins, du diabète, de l'hépatite, de troubles du foie, d'affections rénales, respiratoires ou intestinales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. déjà souffert de convulsions, de pertes de connaissance, d'évanouissements, de violents maux de tête, de dépression nerveuse, de troubles mentaux, d'anxiété, d'états dépressifs, du syndrome de la fatigue chronique, de paralysie cérébrale, d'accident cérébrovasculaire ou de tout autre trouble du système nerveux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. déjà souffert de maux de dos, de fièvre rhumatismale, de rhumatisme, d'arthrite, de paralysie, de fibromyalgie ou de troubles musculaires ou osseux, y compris des jointures, 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. déjà souffert de 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. le SIDA ou toute autre affection du système immunitaire, ou été exposé 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. déjà été admis 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. des raisons 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. pris des médicaments ou des drogues, autrement que pour des raisons médicales, été avisé de réduire votre consommation d'alcool ou été traité pour alcoolisme ou toxicomanie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. depuis l'enfance, souffert d'une 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. au cours des cinq dernières années, passé des radiographies ou subi des électrocardiogrammes, des analyses de sang ou d'autres examens spéciaux, sauf dans le cadre d'un examen médical complet de routine? (Indiquez les résultats des tests ci-dessous.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. déjà présenté une demande de règlement ou reçu une rente, des paiements, ou 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. déjà présenté 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. déjà participé à la conduite d'un aéronef ou pratiqué des sports dangereux comme la course de voitures 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. fumé des 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. subi des variations 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gain : _____		Perte : _____		Raison : _____				

DÉTAILS	QUEST. N°	NOM	TEST, BLESSURE, MALADIE, OPÉRATION OU COMPLICATIONS	DATES		DÉTAILS (Y COMPRIS LES NOMS ET ADRESSES DES MÉDECINS)
				DÉBUT	GUÉRISON	

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 gouvernementaux 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, 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 aux fins de déterminer mon assurabilité en rapport avec la présente proposition.

Je certifie ou confirme que :

- je suis effectivement au travail à la date à laquelle la présente proposition a été signée;
- j'ai lu et j'accepte l'Avis important décrivant les procédures du Bureau de renseignements médicaux;
- j'ai conservé une copie de la présente proposition;
- si je demande la protection de mes personnes à 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 sur 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'au meilleur de ma connaissance, toutes les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et exactes. Je comprends que si une réponse s'avérait 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 : _____

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 RÉGLEMENT 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 RÉGLEMENT. CEPENDANT, LA COMPAGNIE NE RÉVÉLERA, NI À UNE AUTRE COMPAGNIE, NI AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, LA DÉCISION PRISE QUANT À VOTRE DEMANDE ACTUELLE D'ASSURANCE.

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, SOIT EN ÉCRIVANT AU :

BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, 330, AVENUE UNIVERSITY, BUREAU 501, TORONTO (ONTARIO) M5G 1R7, SOIT EN COMPOSANT LE (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.