

**Directives : Veuillez écrire les réponses en caractères d'imprimerie au moyen d'un stylo à l'ENCRE bleue ou noire seulement.**

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

- Sections 1 à 3 : Elles doivent être remplies en premier par le gestionnaire de régime. Gardez une copie des sections dûment remplies pour vos dossiers.
- Section 3 : Elle doit être lue, signée et datée par l'employé; les déclarations sur le statut de fumeur/non-fumeur et les bénéficiaires (s'il y a lieu) doivent être remplies.
- Sections 4 à 5 : Elles doivent être remplies par l'employé ou son conjoint et envoyées à la Canada Vie. **Conservez une copie pour vos dossiers.**
- L'employé doit envoyer le formulaire directement à la Canada Vie (par la poste ou par courriel).

**1 Renseignements sur l'employé (à remplir par le gestionnaire de régime)**

Nom du titulaire de la police collective (employeur)		Numéro de police	Numéro de division	Numéro de classe
Nom de famille de l'employé		Prénom	Initiale du second prénom	Numéro d'identification
L'employé est-il actuellement en activité de service?		Dans la négative, veuillez indiquer pourquoi et préciser la date prévue du retour au travail.		JJ-MMM-AAAA
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Congé de maternité/paternité			
		<input type="checkbox"/> Demande de règlement en cours / congé pour raisons personnelles / autre		
Date d'embauche JJ-MMM-AAAA	Revenu annuel	Nom du gestionnaire de régime	Numéro de téléphone du gestionnaire de régime XXX XXX-XXXX	Courriel du gestionnaire de régime
Autorisation du gestionnaire de régime				Date d'autorisation JJ-MMM-AAAA
<input type="checkbox"/> Par les présentes, je certifie que les renseignements indiqués dans le présent formulaire Description de la protection sont exacts.				

**2 Raison de la demande d'assurance (à remplir par le gestionnaire de régime)**

- Nouvelle adhésion
- \* Candidat retardataire (période d'attente aux fins de l'admissibilité expirée) ..... Remplissez la section 3 (A) ..... \* Le formulaire Demande d'adhésion au régime collectif ou le Formulaire de modifications visant le régime collectif doit être inclus.
- Majoration de la protection ..... Remplissez la partie pertinente de la section 3 (B) ou (C)
- Adhésion annuelle - Date d'effet : JJ-MMM-AAAA Remplissez la partie pertinente de la section 3 (B) ou (C)

**3 Garanties demandées (à remplir par le gestionnaire de régime)**

**A Candidats retardataires**

	Employé	Conjoint	Enfant
Vie de base	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soins médicaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
*Soins dentaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Invalidité de courte durée	<input type="checkbox"/>		
Invalidité de longue durée	<input type="checkbox"/>		

\* Des restrictions peuvent s'appliquer à la garantie Soins dentaires. Veuillez vous reporter à votre livret de l'employé ou à votre contrat d'assurance.

**B Protection complémentaire**

	Montant actuel	Nouveau montant total demandé
Vie <input type="checkbox"/> De base <input type="checkbox"/> Supplémentaire		
Invalidité de courte durée		
Invalidité de longue durée		

### 3 Garanties demandées (suite)

#### C Protection facultative

Les nouveaux employés et leurs conjoints peuvent, dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité, sélectionner une assurance maladies graves facultative 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 3 ci-dessous.)

Candidat	(1) Montant actuel	(2) Nouveau montant total demandé	(3) Montant d'assurance admissible sans MSPA (Confirmez avec le gestionnaire de régime)	(4) Montant demandé avec preuve d'assurabilité médicale (étapes 2 et 3)	Si le régime correspond à un % du revenu : % du montant total demandé
<b>Employé</b>					
Vie facultative	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Maladies graves facultative	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Conjoint</b>					
Vie facultative	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Maladies graves facultative	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Enfant</b>					
Vie facultative	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**\*\* Aucun questionnaire médical n'est requis si le participant demande le montant du MSPA. Le maximum global pour l'assurance maladies graves facultative s'élève à 250 000 \$.**

#### ▶ Déclaration sur le statut de fumeur/non-fumeur (à remplir par le participant de régime)

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de produits contenant du tabac, de la nicotine ou un substitut nicotinique? *Cela inclut les cigarettes, les cigarettes électroniques, les vaporisateurs, les cigarillos, le tabac à pipe, les cigares, le tabac à chiquer, les timbres à la nicotine, la gomme à la nicotine, la chicha et tout autre produit semblable, sous quelque forme que ce soit.*

EMPLOYÉ :  Oui  Non    CONJOINT :  Oui  Non

#### ▶ Désignation de bénéficiaire à l'égard de l'assurance vie facultative (à remplir par le participant de régime)

La présente section doit être remplie pour désigner un bénéficiaire à l'égard de votre assurance vie, s'il y a lieu. **L'original du formulaire est exigé dans le cas d'une demande de règlement aux termes de l'assurance vie. Vous devez apposer vos initiales à côté de toute désignation de bénéficiaire rayée. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.**

Par les présentes, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et désigne la ou les personnes suivantes à titre de bénéficiaires.

Prénom	Nom de famille	Initiale du second prénom	Date de naissance JJ-MMM-AAAA	Part en pourcentage	Lien avec l'employé
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Les sommes dues doivent être divisées comme suit :  Selon les pourcentages indiqués ci-dessus, ou  En parts égales entre les survivants

L'employé est le bénéficiaire de l'assurance du conjoint et des enfants s'il est alors vivant. Autrement, la succession en sera le bénéficiaire. Par les présentes, 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 les présentes, 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.

#### ▶ Signature du participant de régime

Signature	Date
<input type="text"/>	JJ-MMM-AAAA

**Directives : Veuillez écrire les réponses en caractères d'imprimerie au moyen d'un stylo à l'ENCRE bleue ou noire seulement.**

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

- Sections 1 à 3 : Elles doivent être remplies en premier par le gestionnaire de régime. Gardez une copie des sections dûment remplies pour vos dossiers.
- Section 3 : Elle doit être lue, signée et datée par l'employé; les déclarations sur le statut de fumeur/non-fumeur et les bénéficiaires (s'il y a lieu) doivent être remplies.
- Sections 4 à 5 : Elles doivent être remplies par l'employé ou son conjoint et envoyées à la Canada Vie. **Conservez une copie pour vos dossiers.**
- L'employé doit envoyer le formulaire directement à la Canada Vie (par la poste ou par courriel).

**4 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 JJ-MMM-AAAA	
Adresse postale du domicile		Rue	Ville	Province	Code postal
Courriel			À NOTER : Si vous indiquez une adresse courriel, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous relativement à la présente demande d'assurance.		
Téléphone cellulaire XXX XXX-XXXX	Autre numéro de téléphone / poste XXX XXX-XXXX XXXX		À NOTER : Si vous indiquez un numéro de cellulaire, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous relativement à la présente demande d'assurance.		

**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	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 JJ-MMM-AAAA	
Adresse postale du domicile		Rue	Ville	Province	Code postal
Courriel			À NOTER : Si vous indiquez une adresse courriel, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous relativement à la présente demande d'assurance.		
Téléphone cellulaire XXX XXX-XXXX	Autre numéro de téléphone / poste XXX XXX-XXXX XXXX		À NOTER : Si vous indiquez un numéro de cellulaire, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous relativement à la présente demande d'assurance.		

**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 <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	Date de naissance JJ-MMM-AAAA
Enfant (1)				
Enfant (2)				
Enfant (3)				
Enfant (4)				

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

**Loi sur la non-discrimination génétique**

Vous ne devriez pas faire mention de tout test génétique (c'est-à-dire toute analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes) 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. Nous vous demanderons de nous fournir des renseignements complets sur vos antécédents familiaux, notamment sur les troubles d'origine génétique.

**Si vous répondez « Oui » à l'une des questions d'ordre médical, la Canada Vie aura besoin de renseignements supplémentaires pour pouvoir étudier votre dossier. Dans ce cas, un représentant de la Canada Vie vous appellera pour mener une évaluation de votre état de santé.**

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

<p><b>1. Quels sont votre taille et votre poids actuels?</b> <i>Veillez fournir les données exactes actuelles et non une estimation.</i></p>	<p><b>Taille</b></p>	<p><b>Poids</b></p>															
	Emp. _____ <input type="checkbox"/> pieds/pouces <input type="checkbox"/> m/cm Conj. _____ <input type="checkbox"/> pieds/pouces <input type="checkbox"/> m/cm	Emp. _____ <input type="checkbox"/> livres <input type="checkbox"/> kg Conj. _____ <input type="checkbox"/> livres <input type="checkbox"/> kg															
<p><b>2. Avez-vous déjà été soigné pour l'une des affections ou l'un des troubles ci-dessous, ou avez-vous déjà présenté des symptômes de l'une de ces affections ou de l'un de ces troubles?</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Affection ou problème touchant le cœur, le sang, la circulation sanguine (p. ex. hypertension artérielle, hypercholestérolémie), le système immunitaire (p. ex. VIH ou sida) ou la respiration (p. ex. tuberculose, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), apnée du sommeil, asthme – sauf l'asthme léger ou saisonnier chez les non-fumeurs – ou tout autre trouble touchant les poumons ou le système respiratoire)</li> <li>• Affection, problème ou blessure touchant le cerveau ou le système nerveux (p. ex. anévrisme, accident vasculaire cérébral, commotion, épilepsie, crises épileptiques, engourdissements, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA), chorée de Huntington, maladie de Parkinson)</li> <li>• Affection ou problème touchant l'œsophage, l'estomac, les intestins ou le côlon (p. ex. maladie de Crohn ou colite), le pancréas, le foie, la vésicule biliaire, le canal cholédoque, la vessie (sauf les infections urinaires traitées et ne présentant plus de symptômes), les reins, la prostate ou l'appareil génital</li> <li>• Perte de la parole, perte de la vue, perte de l'ouïe ou toute autre affection touchant vos yeux ou vos oreilles <i>(vous n'avez pas à nous transmettre de renseignements sur un aérateur tympanique, une correction de la vue au moyen de lunettes ou de lentilles de contact ou des infections mineures qui ont été traitées et qui ne présentent plus de symptômes)</i></li> <li>• Cancer (n'importe quel type), tumeur (bénigne ou maligne), diabète, taux de glycémie anormal ou présence de glucose dans l'urine, hépatite ou lupus</li> <li>• Affection ou problème touchant les os, les articulations, les muscles ou la peau (p. ex. arthrite, psoriasis, spondylarthrite ankylosante, maux de dos) qui a déjà nécessité la prise de médicaments ou tout autre traitement <i>(vous n'avez pas besoin de mentionner les problèmes musculaires, les problèmes osseux et les infections mineures dont vous vous êtes complètement remis)</i></li> <li>• Affection ou problème ayant une incidence sur le comportement ou la santé mentale (p. ex. anorexie nerveuse, boulimie, dépression, trouble bipolaire, automutilation, schizophrénie, ou encore stress ou anxiété qui a nécessité la prise de médicaments ou tout autre traitement ou qui a déjà entraîné une absence du travail ou de l'école)</li> </ul>	<p><b>Oui Non</b></p> Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																
<p><b>3. Mis à part les examens de santé habituels, avez-vous actuellement des rendez-vous ou des examens médicaux à venir ou à planifier? Attendez-vous de passer des tests ou de recevoir des résultats, ou vous a-t-on recommandé de passer des tests? Êtes-vous en attente d'un traitement, d'un acte médical (p. ex. intervention chirurgicale) relativement à un trouble de santé, à des symptômes ou à une affection?</b> <i>(pour toute autre raison qu'une grossesse sans complication, une vasectomie, une chirurgie dentaire, une chirurgie esthétique ou une blessure musculaire/articulaire/osseuse qui ne présente plus de symptômes; cette question vise ce qui suit, sans s'y limiter : biopsie, électrocardiogramme (ECG), radiographie, tomographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), analyse sanguine, échographie, endoscopie, colonoscopie, test Pap, mammographie)</i></p>		<p><b>Oui Non</b></p> Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>															
<p><b>4. Y a-t-il des membres de votre famille immédiate biologique (père, mère, frère, sœur, enfant) qui sont atteints ou ont déjà été atteints de l'une des affections indiquées ci-dessous?</b></p> <table border="0" style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;">• Maladie d'Alzheimer</td> <td style="width: 33%;">• Diabète</td> <td style="width: 33%;">• Maladie de Parkinson</td> </tr> <tr> <td>• Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig)</td> <td>• Cardiopathie</td> <td>• Polykystose rénale</td> </tr> <tr> <td>• Cancer</td> <td>• Chorée de Huntington</td> <td>• Rétinite pigmentaire</td> </tr> <tr> <td>• Myocardiopathie</td> <td>• Maladie des motoneurones</td> <td>• Accident vasculaire cérébral</td> </tr> <tr> <td>• Démence</td> <td>• Sclérose en plaques</td> <td>• Toute autre maladie héréditaire</td> </tr> </table>	• Maladie d'Alzheimer	• Diabète	• Maladie de Parkinson	• Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig)	• Cardiopathie	• Polykystose rénale	• Cancer	• Chorée de Huntington	• Rétinite pigmentaire	• Myocardiopathie	• Maladie des motoneurones	• Accident vasculaire cérébral	• Démence	• Sclérose en plaques	• Toute autre maladie héréditaire		<p><b>Oui Non</b></p> Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
• Maladie d'Alzheimer	• Diabète	• Maladie de Parkinson															
• Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig)	• Cardiopathie	• Polykystose rénale															
• Cancer	• Chorée de Huntington	• Rétinite pigmentaire															
• Myocardiopathie	• Maladie des motoneurones	• Accident vasculaire cérébral															
• Démence	• Sclérose en plaques	• Toute autre maladie héréditaire															
<p><b>5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de produits contenant du tabac, de la nicotine ou un substitut nicotinique?</b> <i>Cela inclut les cigarettes, les cigarettes électroniques, les vaporisateurs, les cigarillos, le tabac à pipe, les cigares, le tabac à chiquer, les timbres à la nicotine, la gomme à la nicotine, la chicha et tout autre produit semblable, sous quelque forme que ce soit.</i></p>		<p><b>Oui Non</b></p> Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>															
<p><b>6. Au cours des dix dernières années, avez-vous fait usage de drogues ou de stupéfiants (y compris le cannabis) ou avez-vous eu des problèmes de consommation abusive d'alcool (cela comprend le fait d'avoir été avisé de limiter ou de réduire votre consommation)?</b></p>		<p><b>Oui Non</b></p> Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>															
<p><b>7. Au cours des deux dernières années, avez-vous participé à une activité à risque élevé, ou encore planifiez-vous participer à une activité de ce type au cours des 12 prochains mois?</b> <i>Exemples d'activité à risque élevé : aviation (à titre de pilote ou de membre d'équipage), boxe, montgolfière, saut à l'élastique, deltaplane, hélicoptère, planche à neige, course à bord d'un véhicule motorisé (automobile, motocyclette, bateau, motoneige, etc.), escalade de rocher ou de paroi glacée, plongée en scaphandre, parachutisme ou tout autre type de saut en parachute et descente en eau vive.</i></p>		<p><b>Oui Non</b></p> Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>															

## 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, Téléphone : 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 écrit 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 [www.canadavie.com](http://www.canadavie.com).

## Autorisations et déclarations

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, hémogrammes 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 au numéro de cellulaire ou à l'adresse courriel que j'ai fournis;
- Le répondant du régime à déduire de ma rémunération et à remettre à la Canada Vie les cotisations salariales requises, s'il y a lieu, 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.

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 Canada Vie, je ne suis pas assurable pour une partie ou la totalité de la protection.

Signature de l'employé \_\_\_\_\_

Date de la signature \_\_\_\_\_  
JJ-MMM-AAAA

Signature du conjoint \_\_\_\_\_

Date de la signature \_\_\_\_\_  
JJ-MMM-AAAA

## Adresse postale

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

Courriel : [groupmed@canadavie.com](mailto:groupmed@canadavie.com)  
Service de relais des télécommunications :  
1 800 855-0511 (pour les malentendants)