

**Veillez remplir le présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE, et l'envoyer à :** La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
Administration des dossiers des participants  
CP 6000  
Winnipeg MB R3C 3A5

<p><b>1. Renseignements généraux sur l'adhésion</b> La présente section doit être remplie par le participant de régime. Veillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.</p>	<p>Numéro de régime : _____ Numéro de division : _____ Numéro d'identification du participant de régime : _____</p> <p>Répondant de régime : _____</p> <p>Nom du participant de régime : _____ Nom de famille Prénom Initiale du second prénom</p>
<p><b>2. Renseignements sur le participant de régime</b> La présente section doit être remplie par le participant de régime. Veillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.</p>	<p>Adresse postale du participant de régime : _____</p> <p>Numéro et rue : _____</p> <p>Ville : _____ Province: _____ Code postal : _____</p>
<p><b>3. Déclaration de statut fumeur / non-fumeur</b> La présente section doit être remplie par l'assuré (participant de régime ou conjoint).</p>	<p>Nom de l'assuré : _____ Nom de famille Prénom Initiale du second prénom</p> <p>Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____</p> <p>i) 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>ii) Au cours des deux dernières années, avez-vous été traité pour une maladie du cœur, un accident vasculaire cérébral, un cancer ou toute affection ou maladie respiratoire, ou avez-vous eu des raisons de croire que vous souffriez de tels troubles? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>
<p><b>4. Confidentialité</b> La présente section explique l'engagement de la Canada Vie en matière de confidentialité.</p>	<p>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.</p> <p><b>Vos renseignements personnels :</b> 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.</p> <p><b>Qui a accès à vos renseignements?</b> 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 fournisseurs 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.</p> <p><b>Vos renseignements sont utilisés aux fins suivantes :</b> 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.</p> <p><b>Si vous voulez en savoir plus :</b> 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 conformité de la Canada Vie ou consultez le <a href="http://www.canadavie.com">www.canadavie.com</a>.</p>
<p><b>5. Autorisations et déclarations</b> La présente section doit être signée et datée, à l'ENCRE, par le participant de régime.</p>	<p>J'ai lu et compris la section intitulée « Confidentialité » du présent formulaire, et j'en accepte le contenu.</p> <p>J'autorise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la Canada Vie, tout prestataires de soins de santé, le gestionnaire de régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataires de services travaillant avec la Canada Vie ou avec ceux précités à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime.</li> </ul> <p>Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section <u>Autorisations et déclarations</u> est aussi valide que l'original.</p> <p>J'atteste que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.</p> <p>Signature du participant de régime : _____ Date : _____</p>