

ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES – DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Veillez écrire en caractères d'imprimerie à l'encre. Les formulaires incomplets seront retournés.

Déclaration du demandeur	Numéro du régime	Numéro de division	Numéro d'identification du participant de régime
--------------------------	------------------	--------------------	--

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Genre <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) — —
--------------------------------	--	--

RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT ET RENSEIGNEMENTS CONNEXES

1. Veillez décrire la nature et l'étendue de la maladie grave dont vous êtes atteint : _____

À quelle date votre état de santé a-t-il fait l'objet d'un diagnostic ou la chirurgie a-t-elle été pratiquée?

Date (jj/mm/aaaa) _____

2. À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus? Date (jj/mm/aaaa) _____

Veillez décrire ces symptômes : _____

3. À quelle date avez-vous consulté un médecin pour la première fois à l'égard de l'affection dont vous souffrez?

Date (jour, mois, année) _____

Veillez donner les nom et adresse du médecin consulté :

Nom	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) — —
-----	--

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

4. Avez-vous subi des examens ou des investigations relativement au diagnostic? Dans l'affirmative, veuillez fournir des renseignements en incluant des dates :

5. Avez-vous souffert antérieurement d'un état de santé semblable ou connexe, ou avez-vous reçu un traitement à cet égard?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez donner des renseignements en incluant des dates : _____

Consultations médicales

1. Veuillez fournir les nom et adresse de votre médecin personnel :

Nom

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

2. Veuillez fournir des renseignements sur tout médecin que vous avez consulté relativement à votre maladie :

Nom	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)	Dates de consultation (jj/mm/aaaa)
		— —	
		— —	
		— —	

3. Si vous avez été traité dans un hôpital ou dans un établissement semblable, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'hôpital	Ville	Date d'admission (jour, mois, année)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)

4. Quel autre traitement avez-vous reçu et recevez-vous actuellement pour votre problème de santé? (Par ex. : médicaments, thérapie, etc.)

Type de traitement	Établissement	Médecin prescripteur	Dates (jj/mm/aaaa)

Renseignements généraux

1. Est-ce que l'un de vos parents consanguins a souffert d'un état de santé semblable ou connexe?

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer :

Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic de la maladie

2. Détenez-vous une assurance relativement à cet état de santé auprès d'une autre compagnie?

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer :

Nom de l'assureur	Type de garantie	Montant de la garantie	Demande de règlement soumise?
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3. Fumez-vous ou faites-vous usage de produits du tabac?

Oui Dans l'affirmative, indiquez la quantité quotidienne : _____ Depuis quand faites-vous usage de tabac? _____

Non Dans la négative, avez-vous déjà fait usage de produits du tabac antérieurement? Oui Non

À quelle date avez-vous cessé de fumer? (jj/mm/aaaa) _____

4. Veuillez fournir tout renseignement qui peut appuyer votre demande de règlement.

Autorisations et Déclarations :

J'autorise :

- la Canada Vie, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Canada Vie à échanger les renseignements personnels, au besoin, aux fins de l'évaluation de ma demande de règlement et de l'administration du régime collectif;
- la Canada Vie à divulguer des renseignements à propos de ma demande de règlement à un vérificateur autorisé par mon employeur, le répondant du régime ou leur agent et la Canada Vie, en tout temps, afin d'assurer la vérification de l'évaluation des demandes de règlement;
- la Canada Vie à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime.

Sauf à des fins de vérifications, la présente autorisation demeurera valide tant que ma demande de règlement n'aura pas pris fin ou jusqu'à ce que je la révoque.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Je déclare que les renseignements contenus dans le présent formulaire de demande de règlement et dans toute déclaration faite lors de toute rencontre personnelle ou par téléphone en ce qui concerne cette demande de règlement sont véridiques et complets.

Nom en caractères d'imprimerie : _____ Signature : _____

Date : _____ Numéro de téléphone : _____

Protection de vos renseignements personnels

À la Canada 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 qui est conservé dans les bureaux de la Canada Vie 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 Canada Vie 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.

Avis concernant MIB, Inc.

Avis important

Vos renseignements personnels seront traités confidentiellement. Cependant, la Canada Vie et ses réassureurs peuvent adresser un bref rapport à ce sujet à MIB, Inc., un organisme sans but lucratif coordonnant l'échange de renseignements entre les compagnies d'assurance qui en sont membres. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie à une autre compagnie membre de MIB, Inc., ou qu'une demande de règlement est présentée à une telle compagnie membre, MIB, Inc. transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans votre dossier.

La Canada Vie et ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements de votre dossier à toute autre compagnie d'assurance-vie qui a reçu une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie de votre part ou à qui une demande de règlement est présentée. Cependant, la compagnie ne révélera, ni à une autre compagnie, ni à MIB, Inc., 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 MIB, Inc. :

Bureau 501
330, avenue University
Toronto ON M5G 1R7
Téléphone : 416 597-0590

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie Unité de l'assurance contre les maladies graves

330 avenue University
Toronto ON M5G 1R8
Numéro sans frais : 1 866 907-2395
Numéro de télécopieur : 416 552-6557

www.canadavie.com