

**Veillez remplir le présent formulaire en caractères d'imprimerie,  
à l'ENCRE, et l'envoyer à :**

La Great-West, compagnie d'assurance-vie  
Administration des dossiers des participants  
CP 6000  
Winnipeg MB R3C 3A5

### 1. Renseignements généraux sur l'adhésion

La présente section doit être remplie par le participant de régime.

**Veillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.**

Numéro de régime : \_\_\_\_\_

Répondant de régime : \_\_\_\_\_

Nom du participant de régime : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

Numéro de division : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification du participant de régime : \_\_\_\_\_

### 2. Renseignements sur le participant de régime

La présente section doit être remplie par le participant de régime.

**Veillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.**

Adresse postale du participant de régime :

Numéro et rue : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

### 3. Déclaration de situation fumeur / non-fumeur

La présente section doit être remplie par l'assuré (participant de régime ou conjoint).

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

Date de naissance : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

- 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?  Oui  Non
- 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?  Oui  Non

### 4. Confidentialité

La présente section explique l'engagement de la Great-West en matière de confidentialité.

#### Protection de vos renseignements personnels

À La Great-West, compagnie d'assurance-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 contenant vos renseignements personnels qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Certains droits d'accès et de rectification vous sont conférés à l'égard des renseignements personnels qui sont contenus dans votre dossier. Vous pouvez exercer ces droits en soumettant une demande écrite à la Great-West. La Great-West peut avoir recours à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. 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. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous recueillons ces renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime collectif, y compris aux fins des enquêtes sur les demandes de règlement et de l'évaluation de celles-ci, ainsi que pour la constitution et la tenue de dossiers visant notre relation d'affaires. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et nos pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou reportez-vous à l'adresse [www.lagreatwest.com](http://www.lagreatwest.com).

### 5. Autorisations et déclarations

La présente section doit être signée et datée, à l'ENCRE, par l'assuré (participant de régime ou conjoint).

J'ai lu et compris et j'accepte le contenu de la section intitulée « Protection de vos renseignements personnels » du présent formulaire.

J'autorise :

- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon 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 fournisseur de services travaillant avec la Great-West, 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.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section « Autorisations et déclarations » est aussi valide que l'original.

J'atteste que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.

Signature de l'assuré : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_