

Envoyez le formulaire dûment rempli et signé à l'adresse suivante :
 Financière Manuvie
 Tarification médicale, Collective
 PO BOX 1650
 WATERLOO (ONTARIO) N2J 4V7

DIRECTIVES

1. **Veillez cocher (✓) la ou les case(s) appropriée(s).**
 Participant - Parties 1, 2 et 4. **Personnes à charge - Parties 1, 3 et 4.**

2. **Veillez vous assurer que toutes les parties pertinentes sont remplies.**

Partie 1 - Déclaration du promoteur de régime **Partie 3 - Déclaration sur les personnes à charge**

Partie 2 - Déclaration du participant **Partie 4 - Déclaration et autorisation**

• **Veillez écrire en caractères d'imprimerie.**

PARTIE 1 - DÉCLARATION DU PROMOTEUR DE RÉGIME

CONTRAT N°	COMPTE/DIVISION	CERTIFICAT N°	PROMOTEUR DE RÉGIME
G			
NOM DE L'EMPLOYEUR (s'il ne s'agit pas du promoteur de régime)			

PARTIE 2 - DÉCLARATION DU PARTICIPANT

1. PARTICIPANT (nom et prénom)	2. DATE DE NAISSANCE	3. SEXE	4. PROFESSION
	J M A	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
5. ADRESSE DU PARTICIPANT	N° Rue	App.	Ville Province Code postal
6. MÉDECIN PERSONNEL (nom et prénom)	N° de téléphone du médecin ()		
7. ADRESSE DU MÉDECIN PERSONNEL	N° Rue	Bureau	Ville Province Code postal
8. TAILLE _____ m _____ cm	9. POIDS <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	10. Avez-vous fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ou pris du tabac sous une autre forme au cours des 12 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Téléphone (dom.) () Téléphone (travail) ()
11. Avez-vous perdu ou pris plus de 10 livres au cours des 12 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez répondre à ce qui suit : Combien de livres ou kilos avez-vous perdus ou pris? _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb Raison : _____ S'agit-il d'une prise <input type="checkbox"/> ou d'une perte <input type="checkbox"/> de poids?			

SI VOUS RÉPONDEZ « OUI » À L'UNE DES QUESTIONS 12, 13 OU 14, VEUILLEZ PRÉCISER CI-DESSOUS.

12.	Pratiquez-vous actuellement des sports dangereux tels la plongée en scaphandre autonome, le pilotage d'avion, la course automobile, etc.? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Veillez préciser l'activité. _____		
13.	Avez-vous	
(a)	déjà demandé ou touché des prestations, des indemnités ou une pension en raison d'une maladie ou d'une blessure? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(b)	déjà demandé une assurance-vie ou une assurance-maladie qui a été refusée, différée ou modifiée? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(c)	été absent du travail pour des raisons médicales au cours des 5 dernières années? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(d)	des traitements à suivre en ce moment? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(e)	une affection quelconque qui pourrait nécessiter la consultation d'un médecin, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou un traitement psychiatrique? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(f)	des antécédents familiaux de maladies héréditaires ou congénitales (ex. : chorée de Huntington, diabète, troubles cardiaques ou rénaux)? _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14.	Avez-vous souffert des affections suivantes, consulté un médecin ou reçu des traitements à cet égard :	
(a)	maux de poitrine, troubles des vaisseaux sanguins ou cardiaques, crise cardiaque? _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(h) troubles intestinaux, de l'estomac ou du foie? _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(b)	hypertension artérielle, crise d'apoplexie? _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(i) cancer? _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(c)	allergies ou troubles de la peau, y compris excroissances, kystes et tumeurs? _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(j) troubles urinaires, rénaux ou des organes génitaux? _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(d)	troubles glandulaires, y compris troubles de la thyroïde et diabète? _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(k) arthrite ou rhumatisme? _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(e)	épilepsie, troubles nerveux ou mentaux ou affections émotives telles qu'angoisse ou état dépressif? _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(l) troubles musculaires ou osseux, y compris du dos, de la colonne vertébrale ou des articulations? _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(f)	usage abusif d'alcool ou de stupéfiants? _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(m) affections immuno-déficientes, y compris SIDA ou affections reliées au SIDA (ARS) ou hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques, ou avez-vous obtenu des résultats d'examen révélant que vous avez peut-être été exposé au virus du SIDA (par ex. virus humain T lymphotrope de type III LAV)? _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(g)	troubles pulmonaires? _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	(n) handicap physique, infirmité, amputation ou maladie non mentionnée ci-dessus? _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

N° DE LA QUESTION	DÉTAILS OU NOM DE L'AFFECTION	DATE ET DURÉE	TRAITEMENTS ET RÉSULTATS (RÉTABLISSEMENT OU SÉQUELLES)	NOM ET ADRESSE DES MÉDECINS ET DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX

NOTE : DANS TOUS LES CAS, IL FAUT SIGNER ET DATER LA PARTIE 4 AU VERSO.

PARTIE 3 - DÉCLARATION SUR LES PERSONNES À CHARGE À remplir si des personnes à charge demandent l'adhésion à la couverture.

1. NOM COMPLET DES PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES	SEXE	LIEN AVEC LE PARTICIPANT	DATE DE NAISSANCE			TAILLE		POIDS	
			J	M	A	m pi	cm po	kg	lb
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin								
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin								
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin								
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin								

2. NOM DU MÉDECIN PERSONNEL DE LA OU DES PERSONNE(S) À CHARGE (nom et prénom)	N° de téléphone du médecin ()
-------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------

3. ADRESSE DU MÉDECIN PERSONNEL	N°	Rue	Bureau	Ville	Province	Code postal
---------------------------------	----	-----	--------	-------	----------	-------------

4. Votre conjoint(e) a-t-il (elle) fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ou pris du tabac sous une autre forme au cours des 12 derniers mois? Oui Non

SI VOUS RÉPONDEZ « OUI » À L'UNE DES QUESTIONS 5, 6 OU 7, VEUILLEZ PRÉCISER CI-DESSOUS.

5. L'une des personnes à votre charge devant être assurée pratique-t-elle actuellement des sports dangereux tels la plongée en scaphandre autonome, le pilotage d'avion, la course automobile, etc.? Veuillez préciser l'activité. Oui Non

6. L'une des personnes à votre charge a-t-elle
 (a) une affection quelconque qui pourrait nécessiter la consultation d'un médecin, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou un traitement psychiatrique? Oui Non

(b) des antécédents familiaux de maladies héréditaires ou congénitales (ex. : chorée de Huntington, diabète, troubles cardiaques ou rénaux)? Oui Non

(c) déjà demandé une assurance-vie ou une assurance-maladie qui a été refusée, différée ou modifiée? Oui Non

7. A-t-on déjà informé l'une des personnes à votre charge admissibles qu'elle souffrait de l'une ou l'autre des affections énumérées ci-dessous, ou a-t-elle déjà consulté un médecin ou suivi un traitement à cet égard :

- | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (a) maux de poitrine, troubles des vaisseaux sanguins ou cardiaques, crise cardiaque? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | (h) troubles intestinaux, de l'estomac ou du foie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| (b) hypertension artérielle, crise d'apoplexie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | (i) cancer? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| (c) allergies ou troubles de la peau, y compris excroissances, kystes et tumeurs? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | (j) troubles urinaires, rénaux ou des organes génitaux? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| (d) troubles glandulaires, y compris troubles de la thyroïde et diabète? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | (k) arthrite ou rhumatisme? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| (e) épilepsie, troubles nerveux ou mentaux ou affections émotives telles qu'angoisse ou état dépressif? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | (l) troubles musculaires ou osseux, y compris du dos, de la colonne vertébrale ou des articulations? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| (f) usage abusif d'alcool ou de stupéfiants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | (m) affections immuno-déficientes, y compris SIDA ou affections reliées au SIDA (ARS) ou hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques, ou a-t-elle obtenu des résultats d'examen révélant qu'elle a peut-être été exposée au virus du SIDA (par ex. virus humain T lymphotrope de type III LAV)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| (g) troubles pulmonaires? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | (n) handicap physique, infirmité, amputation ou maladie non mentionnée ci-dessus? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

N° DE LA QUESTION	NOM DE LA PERSONNE Y COMPRIS LE PRÉNOM	DÉTAILS OU NOM DE L'AFFECTION	DATE ET DURÉE	TRAITEMENTS ET RÉSULTATS (RÉTABLISSMENT OU SÉQUELLES)	NOM ET ADRESSE DES MÉDECINS ET DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX

PARTIE 4 - DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je certifie que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets.

J'autorise tout professionnel de la santé, toute autre compagnie d'assurance, toute commission des accidents du travail, le promoteur du régime, ou d'autres personnes à divulguer et à échanger des renseignements demandés par la Financière Manuvie lorsqu'ils sont nécessaires au traitement de ma proposition d'assurance. Je reconnais qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Si mon numéro de certificat correspond à mon numéro d'assurance sociale, j'autorise son utilisation à des fins d'identification et d'administration de mon assurance collective.

SIGNATURE DU PARTICIPANT	DATE DE LA SIGNATURE J M A
SIGNATURE DU CONJOINT (nécessaire seulement si une preuve concernant l'assurabilité du conjoint est fournie dans le présent formulaire)	DATE DE LA SIGNATURE J M A

La Financière Manuvie reconnaît l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Les renseignements fournis seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie et maladie. Seules les personnes suivantes ont accès aux renseignements versés dans votre dossier :

- les employés et les représentants de service de la Financière Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que vous avez autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés dans votre dossier et, au besoin, de corriger tout renseignement inexact.