

AVIS IMPORTANT

Si l'assurance-vie facultative est en vigueur depuis moins de deux ans, aucune assurance ne sera payable si le décès résulte directement ou indirectement d'un suicide alors que la personne était saine d'esprit ou non.

Pour obtenir les dispositions complètes, veuillez consulter la Police maîtresse.

Les renseignements contenus dans votre demande d'adhésion pourront être transmis à quelconque compagnie à laquelle vous présentez une demande d'assurance-vie ou maladie ou une demande de règlement. Les renseignements fournis demeureront confidentiels. La compagnie d'assurance ou ses réassureurs peuvent cependant soumettre un bref rapport au Bureau des renseignements médicaux, organisme à but non lucratif composé de compagnies d'assurance-vie effectuant des échanges de renseignements au nom de ces membres. Si vous soumettez une proposition d'assurance-vie ou maladie ou une demande de règlement auprès d'une compagnie membre, le Bureau lui transmettra les renseignements qu'il détient sur vous. À votre demande, le Bureau prendra les dispositions nécessaires pour que vous soient transmis les renseignements figurant à votre dossier. (Les renseignements médicaux ne seront cependant fournis qu'à votre médecin traitant). Si vous mettez en doute l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander que des corrections soient apportées en contactant le Bureau des renseignements médicaux à l'adresse suivante: Suite 506, 330 University Avenue, Toronto, Ontario M5G 1R7 (416-597-0590).

La compagnie d'assurance peut également fournir les renseignements en sa possession à toute compagnie d'assurance-vie auprès de laquelle vous aurez soumis une proposition d'assurance-vie ou maladie ou une demande de règlement.


COUPEZ SUIVANT CETTE LIGNE

DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE - VIE FACULTATIVE COLLECTIVE

- Veuillez remplir et remettre ce formulaire au responsable du régime avec la mention 'privé & confidentiel'.
- La protection prendra effet sur réception de l'approbation écrite de l'assureur.

Détenteur du contrat et Nom de la division			No de la police d'assurance-vie		
Nom de l'employé (Nom de famille/Prénom/Initiale)		No d'assurance sociale / /	Date de naissance (J/M/A) / /		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Taille (pi-po)	Poids (lb)	Occupation de l'employé/Titre			Salaire de l'employé \$ par
Adresse du domicile (N° d'appartement, Rue, Ville, Province)				Code postal	Date d'embauche (J/M/A) / /
(A) Montant actuel d'assurance-vie facultative \$		(B) Montant additionnel d'assurance demandée \$		Total de (A) et (B) \$	
Si disponible, je désire adhérer à l'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident (DMA) facultative pour un montant égal au Total inscrit ci – haut. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquer le type de protection <input type="checkbox"/> Seule <input type="checkbox"/> Familiale					

- Vous pouvez nommer un bénéficiaire distinct pour l'assurance-vie facultative de l'employé. Le responsable de votre régime dispose des formulaires appropriés. A moins d'une nomination spécifique, le bénéficiaire de cette assurance sera le même que celui désigné pour l'assurance-vie collective de base.
- Remplissez le section suivante pour toute demande d'assurance-vie facultative sur la tête de votre conjoint. Il est à noter que le bénéficiaire de l'assurance-vie sur la tête du conjoint sera l'employé.

Nom du conjoint (Nom de famille/Prénom/Initiale)		No d'assurance sociale / /	Date de naissance (J/M/A) / /		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Taille (pi-po)	Poids (lb)	Occupation du conjoint/Titre			Salaire du conjoint \$ par
(A) Montant actuel d'assurance-vie facultative		(B) Montant additionnel d'assurance demandée		Total de (A) et (B)	

	Employé	Conjoint
1. Avez-vous des raisons de croire que vous n'êtes pas en parfaite santé ou que vous avez les symptômes d'une maladie ou d'une affection quelconque ?		
2. Quand avez-vous consulté votre médecin pour la dernière fois ? (Indiquez la date)		
3. Avez-vous déjà dû faire un séjour dans un hôpital, sanatorium ou autre centre médical pour subir des tests ou des traitements, ou avez-vous consulté un médecin ou autre praticien médical pour une raison autre au cours des 5 dernières années?		
4. Prenez-vous actuellement des médicaments sur ordonnance ?		
5a. Avez-vous déjà fumé de la cigarette ? (Si oui, indiquez le nombre par jour)		
5b. Avez-vous fumé de la cigarette au cours des 12 derniers mois ?		
6. Une assurance-vie ou invalidité vous a-t-elle déjà été refusée ou offerte après une modification quelconque ? (Si oui, précisez par quel assureur et pour quelle raison)		
7a. Avez-vous déjà effectué ou projetez-vous d'effectuer des vols aériens en tant que pilote ou membre d'équipage ?		
7b. Avez-vous déjà pratiqué ou projetez-vous de pratiquer des activités ou des sports dangereux (course automobile, plongées sous-marines, vol libre, etc.) ?		
8a. Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on dit que vous aviez l'une des affections suivantes ? - Maladie pulmonaire (asthme, bronchite, tuberculose, etc.) - Troubles cardiaques (douleurs thoraciques, essoufflement, hypertension, etc.) - Troubles gastriques (ulcère, appendicite, hernie, vésicule biliaire ou autres troubles digestifs) - Diabète, maladie rénale, maladie vénérienne ou anomalie urinaire - Cancer, kyste, tumeur, excroissance ou troubles sanguins - Épilepsie, paralysie, étourdissements, troubles nerveux ou mentaux - Névrite, arthrite, rhumatisme ou troubles du dos, de la colonne vertébrale, des os, des articulations ou des muscles - Maladie quelconque, trouble ou malformation non cités plus haut		
8b. Avez-vous déjà fait usage de drogues autrement que pour des raisons médicales ou vous a-t-on conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou avez-vous été soumis à une cure de désintoxication ?		
8c. Avez-vous pris ou perdu du poids au cours des dernières années ? (Si oui, indiquez le nombre de livres et s'il s'agit d'une perte ou d'un gain de poids)		
9. Depuis votre enfance, avez-vous subi une blessure ou souffert d'une maladie grave non-mentionnée à la question no 8 ?		
10. Avez-vous souffert du Syndrome d'Immunodéficience Acquise (SIDA), hypertrophie persistante d'un ganglion lymphatique, infection rare ou toute autre anomalie du système immunologique, ou fait l'objet d'un test en rapport avec le SIDA dont les résultats ont été positifs ?		

- Si vous avez répondu "oui" à une quelconque question, fournissez des détails supplémentaires ci-dessous.

Question No	Nature du trouble, durée et résultats du traitement / examens	Date	Nom & adresse du médecin traitant / hôpital
<input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Conjoint			
<input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Conjoint			
<input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Conjoint			
<input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Conjoint			

Par la présente, je demande à adhérer à l'assurance facultative prévue sous le programme d'assurance collective de mon employeur et j'autorise ce dernier à prélever la prime requise sur mon salaire. J'ai pris connaissance de l'avis important figurant sur la première partie du présent formulaire que j'ai détaché et conservé. J'autorise par la présente tout organisme, tout établissement ou toute personne, y compris tout praticien médical et tout établissement ayant rapport à la pratique de la médecine, toute compagnie d'assurance et le Bureau des renseignements médicaux possédant des dossiers ou des renseignements sur ma personne ou sur mon état de santé à fournir à la compagnie d'assurance ou à ses réassureurs les renseignements en question. Une photocopie de la présente autorisation aura la même valeur que l'original. Je consens à ce que la compagnie d'assurance-vie obtienne ou fasse préparer un rapport du consommateur sur ma personne. Je déclare que les renseignements contenus dans la présente demande sont complets et véridiques et qu'ils feront partie de la proposition d'assurance.

Signature de l'employé

Date de l'apposition de la signature

Signature du conjoint

Date de l'apposition de la signature