

PREUVE D'ASSURABILITÉ

Demandes d'une protection facultative et d'une protection complémentaire

Directives :

Veillez vous assurer de remplir toutes les sections obligatoires. Un formulaire incomplet pourrait retarder le traitement de la demande.

- Description de la protection – À remplir en premier par le gestionnaire de régime.
- Renseignements sur le participant et la personne à charge; questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie; autorisation et déclarations – à remplir par l'employé / le conjoint.
- Désignation de bénéficiaire à l'égard de l'assurance vie facultative – À remplir par l'employé (s'il y a lieu).

Si vous remplissez le formulaire par voie électronique au moyen du service de signature électronique DocuSign, la Canada Vie recevra automatiquement votre formulaire lorsque vous aurez terminé le processus numérique. Si vous imprimez le formulaire pour le remplir manuellement, veuillez écrire clairement les réponses en caractères d'imprimerie au moyen d'un stylo à l'ENCRE bleue ou noire seulement.

Renseignements sur le régime collectif et l'employé (à remplir par le gestionnaire de régime)

Adresse courriel du gestionnaire de régime _____	Numéro(s) de police _____
Nom du titulaire de la police collective (employeur) _____	Numéro de division _____
Nom de famille de l'employé _____	Classe de garantie _____
Prénom de l'employé _____	Date d'emploi (date d'embauche) _____
Numéro d'identification de l'employé _____	Rémunération annuelle _____

Quelle est la situation professionnelle actuelle de l'employé?

- En activité de service Congé de maternité/paternité Demande de règlement en cours / congé pour raisons personnelles / autre

Demande de garanties collectives (à remplir par le gestionnaire de régime)

Protection complémentaire ou garanties flexibles facultatives

Utilisez cette section lorsqu'un changement dans le salaire d'un employé donne lieu à un nouveau montant de prestation admissible (protection complémentaire) ou à des changements aux options de garanties flexibles.

	Employé		Conjoint		Enfant	
	Montant actuel (\$) ou numéro de l'option	Nouveau montant total (\$) ou numéro de l'option demandée	Montant actuel (\$) ou numéro de l'option	Nouveau montant total (\$) ou numéro de l'option demandée	Montant actuel (\$) ou numéro de l'option	Nouveau montant total (\$) ou numéro de l'option demandée
Assurance vie de base						
Assurance vie supplémentaire						
Assurance invalidité de courte durée						
Assurance invalidité de longue durée						
Assurance maladies graves						

Protection facultative

Utilisez cette section pour présenter une demande de protection supplémentaire/facultative.

	Employé			Conjoint			Enfant		
	Montant actuel (\$) * ou numéro de l'option	Nouveau montant total (\$) ou numéro de l'option ou pourcentage du salaire	MSPA (montant offert sans preuve d'assurabilité)	Montant actuel (\$) * ou numéro de l'option	Nouveau montant total (\$) ou numéro de l'option ou pourcentage du salaire	MSPA (montant offert sans preuve d'assurabilité)	Montant actuel (\$) * ou numéro de l'option	Nouveau montant total (\$) ou numéro de l'option ou pourcentage du salaire	MSPA (montant offert sans preuve d'assurabilité)
Assurance vie facultative									
Assurance maladies graves facultative									

* Si la personne présente une demande de protection facultative pour la première fois, le montant actuel ne s'applique pas ou correspond à 0 \$.
 ** Il n'est pas nécessaire de remplir le Questionnaire relatif aux renseignements médicaux si le montant d'assurance demandé correspond au MSPA.

Renseignements sur le participant et le conjoint

Nom du titulaire de la police collective (employeur) _____

Numéro(s) de police _____

Employé

Nom de famille _____

Prénom _____

Second prénom ou initiale _____

Date de naissance _____

Genre Masculin Féminin Non spécifié Autre

Adresse postale à domicile _____

Numéro d'appartement ou d'unité (le cas échéant) _____

Ville _____

Province _____

Code postal _____

Adresse courriel _____

Meilleur numéro pour joindre la personne (cellulaire de préférence) _____

Conjoint

Nom de famille _____

Prénom _____

Second prénom ou initiale _____

Date de naissance _____

Genre Masculin Féminin Non spécifié Autre

Adresse courriel _____

Meilleur numéro pour joindre la personne (cellulaire de préférence) _____

À noter : Si vous nous fournissez votre adresse courriel ou votre numéro de téléphone cellulaire, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous au sujet de cette demande.

Renseignements sur la personne à charge (Vous trouverez plus de renseignements à ce sujet à la page 5.)

	Nom de famille	Prénom	Date de naissance	Genre
Enfant (1)				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Autre
Enfant (2)				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Autre
Enfant (3)				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Autre
Enfant (4)				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Autre

Désignation de bénéficiaire à l'égard de l'assurance vie facultative

La présente section doit être remplie pour désigner un bénéficiaire à l'égard de votre assurance vie facultative, le cas échéant. L'original ou une copie de ce formulaire sera exigé pour une demande de règlement aux termes de l'assurance vie. Vous devez apposer vos initiales à côté de toute désignation de bénéficiaire rayée. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.

Par les présentes, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure à l'égard de cette assurance vie facultative et désigne la ou les personnes suivantes à titre de bénéficiaires :

Prénom	Nom de famille	Date de naissance	Pourcentage attribué	Lien avec l'employé

La protection du conjoint ou de l'enfant prend fin lorsque l'employé n'est plus couvert par le régime de garanties collectives. Le bénéficiaire de la protection du conjoint ou des enfants est l'employé s'il est alors vivant. Autrement, la succession en sera le bénéficiaire en cas de décès simultané.

Vous pouvez modifier la présente désignation de bénéficiaire en tout temps en avisant la Canada Vie. Si vous désirez effectuer une désignation de bénéficiaire irrévocable (ce qui signifie que vous ne pourrez pas modifier la désignation ni apporter certains changements à votre protection aux termes du régime sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable), veuillez remplir le formulaire M6348.

À noter : Là où la loi du Québec s'applique, la désignation du conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, à moins que vous ne cochiez la case « Révocable » ci-dessous.

Par les présentes, je demande que ma désignation de bénéficiaire soit : Révocable – Je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

Signature _____

Date de la signature _____

Renseignements sur les antécédents médicaux personnels et habitudes de vie

Loi sur la non-discrimination génétique

Vous ne devriez rien nous dire au sujet de tout test génétique (c'est-à-dire toute analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes) que vous pourriez avoir subi. Toutefois, vous devrez nous indiquer si vous suivez un traitement pour un trouble d'origine génétique ou si vous présentez des symptômes liés à ce trouble. Nous vous demanderons de nous fournir des renseignements complets sur vos antécédents familiaux, notamment tout trouble d'origine génétique.

Si vous répondez « oui » à l'une des questions d'ordre médical, la Canada Vie aura besoin de renseignements supplémentaires pour pouvoir étudier votre dossier. Dans ce cas, un représentant de la Canada Vie vous appellera pour mener une évaluation de votre état de santé.

Emp. = Employé Conj. = Conjoint Enf. = Enfant(s)

<p>1. Quels sont votre taille et votre poids actuels? <i>Veillez fournir les données exactes actuelles et non une estimation.</i></p>	<p>Taille Emp. _____ <input type="checkbox"/> pieds/pouces <input type="checkbox"/> m/cm Conj. _____ <input type="checkbox"/> pieds/pouces <input type="checkbox"/> m/cm</p>	<p>Poids Emp. _____ <input type="checkbox"/> livres <input type="checkbox"/> kg Conj. _____ <input type="checkbox"/> livres <input type="checkbox"/> kg</p>
<p>2. Avez-vous déjà été soigné pour l'une des affections ou l'un des troubles ci-dessous, ou avez-vous déjà présenté des symptômes de l'une de ces affections ou de l'un de ces troubles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Affection ou problème touchant le cœur, le sang, la circulation sanguine (p. ex. hypertension artérielle, hypercholestérolémie), le système immunitaire (p. ex. VIH ou sida) ou la respiration (p. ex. tuberculose, emphyseme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), apnée du sommeil, asthme – sauf l'asthme léger ou saisonnier chez les non-fumeurs – ou tout autre trouble touchant les poumons ou le système respiratoire) • Affection, problème ou blessure touchant le cerveau ou le système nerveux (p. ex. anévrisme, accident vasculaire cérébral, commotion, épilepsie, crises épileptiques, engourdissements, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA), chorée de Huntington, maladie de Parkinson) • Affection ou problème touchant l'œsophage, l'estomac, les intestins ou le côlon (p. ex. maladie de Crohn ou colite), le pancréas, le foie, la vésicule biliaire, le canal cholédoque, la vessie (sauf les infections urinaires traitées et ne présentant plus de symptômes), les reins, la prostate ou l'appareil génital • Perte de la parole, perte de la vue, perte de l'ouïe ou toute autre affection touchant vos yeux ou vos oreilles <i>(vous n'avez pas à nous transmettre de renseignements sur un aérateur tympanique, une correction de la vue au moyen de lunettes ou de lentilles de contact ou des infections mineures qui ont été traitées et qui ne présentent plus de symptômes)</i> • Cancer (n'importe quel type), tumeur (bénigne ou maligne), diabète, taux de glycémie anormal ou présence de glucose dans l'urine, hépatite ou lupus • Affection ou problème touchant les os, les articulations, les muscles ou la peau (p. ex. arthrite, psoriasis, spondylarthrite ankylosante, maux de dos) qui a déjà nécessité la prise de médicaments ou tout autre traitement <i>(vous n'avez pas besoin de mentionner les problèmes musculaires, les problèmes osseux et les infections mineures dont vous vous êtes complètement remis)</i> • Affection ou problème ayant une incidence sur le comportement ou la santé mentale (p. ex. anorexie nerveuse, boulimie, dépression, trouble bipolaire, automutilation, schizophrénie, ou encore stress ou anxiété qui a nécessité la prise de médicaments ou tout autre traitement ou qui a déjà entraîné une absence du travail ou de l'école) 	<p>Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>3. Mis à part les examens de santé habituels, avez-vous actuellement des rendez-vous ou des examens médicaux à venir ou à planifier? Attendez-vous de passer des tests ou de recevoir des résultats, ou vous a-t-on recommandé de passer des tests? Êtes-vous en attente d'un traitement, d'un acte médical (p. ex. intervention chirurgicale) relativement à un trouble de santé, à des symptômes ou à une affection? <i>(À l'exception d'une grossesse sans complications, d'une vasectomie, d'une chirurgie dentaire, d'une chirurgie esthétique ou d'une lésion musculaire/articulaire ou osseuse dont vous vous êtes pleinement rétabli, cela comprend notamment ce qui suit : biopsie, électrocardiogramme (ECG), radiographie, tomodensitogramme, imagerie par résonance magnétique (IRM), analyse sanguine, échographie, endoscopie, colonoscopie, test Pap, mammographie)</i></p>	<p>Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>4. Y a-t-il des membres de votre famille immédiate biologique (père, mère, frère, sœur, enfant) qui sont atteints ou ont déjà été atteints de l'une des affections indiquées ci-dessous?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 33%;">• Cécité <li style="width: 33%;">• Maladie cardiaque <li style="width: 33%;">• Maladie de Parkinson <li style="width: 33%;">• Cancer <li style="width: 33%;">• Chorée de Huntington <li style="width: 33%;">• Maladie polykystique des reins (ou toute autre insuffisance rénale chronique nécessitant une dialyse) <li style="width: 33%;">• Cardiomyopathie <li style="width: 33%;">• Maladie du motoneurone (y compris la SLA ou la maladie de Lou Gehrig) <li style="width: 33%;">• Accident vasculaire cérébral <li style="width: 33%;">• Démence (y compris la maladie d'Alzheimer) <li style="width: 33%;">• Sclérose en plaques <li style="width: 33%;">• • ou toute autre maladie héréditaire <li style="width: 33%;">• Diabète 	<p>Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de produits contenant du tabac, de la nicotine ou un substitut nicotinique? <i>Cela inclut les cigarettes, les cigarettes électroniques, les vaporisateurs, les cigarillos, le tabac à pipe, les cigares, le tabac à chiquer, les timbres à la nicotine, la gomme à la nicotine, la chicha et tout autre produit semblable, sous quelque forme que ce soit.</i></p>	<p>Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>6. Au cours des dix dernières années, avez-vous fait usage de drogues ou de stupéfiants (y compris le cannabis) ou avez-vous eu des problèmes de consommation abusive d'alcool (cela comprend le fait d'avoir été avisé de limiter ou de réduire votre consommation)?</p>	<p>Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	
<p>7. Au cours des deux dernières années, avez-vous participé à une activité à risque élevé, ou encore planifiez-vous participer à une activité de ce type au cours des 12 prochains mois? <i>Par exemple, aviation (à titre de pilote ou de membre d'équipage), boxe, montgolfière, saut à l'élastique, deltaplane, héliski, planche à neige, course à bord d'un véhicule motorisé (automobile, motocyclette, bateau, motoneige, etc.), escalade de rocher ou de paroi glacée, plongée en scaphandre, parachutisme ou tout autre type de saut en parachute et descente en eau vive.</i></p>	<p>Oui Non Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>	

Avis concernant le MIB, LLC.

AVIS IMPORTANT

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

La Canada Vie ou l'un de ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements de votre dossier à toute autre compagnie d'assurance vie à qui vous avez soumis une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie, ou une demande de règlement. Cependant, la compagnie ne révélera ni à une autre compagnie ni au MIB 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 le MIB :

MIB, LLC. 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-8734, Téléphone : 781 751-6000

Protection des renseignements personnels

Protection de vos renseignements personnels. À la Canada Vie, nous sommes soucieux de protéger vos renseignements personnels et de respecter votre vie privée. Les renseignements personnels sont des informations qui, seules ou combinées à d'autres, permettent d'identifier une personne. Ils comprennent notamment votre nom et adresse, ainsi que d'autres informations plus sensibles, comme des renseignements médicaux et financiers. Sont compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux, votre conjoint de fait et vos enfants.

Comment nous utilisons vos renseignements personnels. Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous offrir des produits et services et pour améliorer nos activités d'exploitation. Ils sont notamment utilisés pour vérifier votre identité, tenir votre profil à jour et vous renseigner sur les caractéristiques des produits que vous avez auprès de nous. De plus, l'utilisation de vos renseignements personnels nous permet de vous offrir des conseils, d'évaluer votre admissibilité à certains produits, de tarifier nos produits, d'obtenir de la rétroaction sur notre service à la clientèle et de traiter les demandes de règlement ainsi que d'autres transactions financières. Cette utilisation nous permet aussi de vous protéger, tout comme nous, contre des risques, comme la cybercriminalité et la fraude, et de respecter nos obligations légales. Si vous avez fourni votre numéro d'assurance sociale (NAS), nous l'utiliserons à des fins de déclaration fiscale. Votre NAS sert également à lier vos produits et à séparer vos renseignements de ceux d'autres clients ayant des noms semblables.

Avec qui communiquons-nous les renseignements personnels. Nous transmettons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous offrir des services. Cela comprend notamment votre conseiller et les personnes qui travaillent avec lui, nos filiales canadiennes et d'autres organisations qui nous offrent des services, comme des fournisseurs d'examen paramédicaux, des laboratoires médicaux, MIB, LLC., des fournisseurs de protections spécialisées, des médecins examinateurs indépendants et des gestionnaires de demandes de règlement électroniques pour médicaments. Nous pouvons aussi divulguer vos renseignements à des vérificateurs de demandes de règlement, à des fournisseurs d'assistance aux voyageurs, à des fournisseurs de services technologiques, à d'autres compagnies d'assurance et de réassurance, à d'autres institutions financières et à des agences d'évaluation du crédit. Dans le cadre de nos activités quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes gouvernementaux. Ils peuvent également être communiqués à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. Nous prenons au sérieux la protection de vos renseignements personnels et nous ne les vendrons jamais à qui que ce soit.

Vous êtes en contrôle de vos renseignements personnels. Nous respectons vos préférences en matière de protection des renseignements personnels et nous nous y conformons lorsque nous les utilisons. Tout au long de votre relation avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en mettant à jour vos préférences dans votre [compte en ligne](#) ou en présentant une demande par l'entremise de notre [centre de protection des renseignements personnels](#) à l'adresse [canadavie.com/confidentialite](#). Vous pouvez notamment déterminer si vous souhaitez recevoir des sondages sur l'expérience client et si votre NAS peut être utilisé à d'autres fins que la déclaration fiscale. Vous pouvez aussi préciser si et comment vous voulez recevoir des informations et des offres de la Canada Vie, en fonction des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de votre relation avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits en matière de protection des renseignements personnels, tel qu'accéder à vos renseignements personnels ou les corriger, en présentant une demande à cet effet par l'entremise de notre centre de protection des renseignements personnels.

Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.

Vous voulez en savoir plus? Veuillez consulter le site [canadavie.com/confidentialite](#).

Consentement en matière de protection des renseignements personnels, autorisations et déclarations

- Par la présente, je demande les prestations et la protection indiquées sur ce formulaire.
- J'ai lu et compris la section intitulée « Protection des renseignements personnels » du présent formulaire, et j'en accepte le contenu.

J'autorise :

- la Canada Vie, tout prestataire de soins de santé, le gestionnaire de régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, le MIB, LLC., les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme de garanties, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime;
- la Canada Vie à effectuer les tests, les examens, y compris les profils sanguins et les analyses d'urine (sans s'y limiter) au besoin afin de déterminer mon admissibilité relativement à la présente demande d'assurance;
- la Canada Vie à divulguer les renseignements contenus dans mes dossiers médicaux au prestataire de soins de santé habituel ou à la clinique habituelle dont le nom figure dans la présente demande d'assurance, y compris les résultats d'examen obtenus au cours du processus de demande;
- la Canada Vie à communiquer avec moi au sujet de cette demande et de tous les autres produits, services ou protections auxquels je suis admissible au moyen de messages électroniques en utilisant le numéro de cellulaire ou l'adresse courriel que j'ai fournis;
- le répondant de régime à déduire de ma rémunération et à remettre à la Canada Vie les cotisations salariales requises aux termes du régime, le cas échéant.

Je certifie ou confirme ce qui suit :

- Je suis en activité de service à la date à laquelle la présente demande d'assurance est signée.
- J'ai lu l'Avis important décrivant les pratiques du MIB, LLC, et j'en accepte le contenu.
- J'ai conservé une copie de la présente demande.
- Si je présente une demande de protection à l'égard de mes personnes à charge, j'ai l'autorisation d'agir en leur nom.
- Une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Les déclarations et les réponses contenues dans le présent formulaire serviront à déterminer votre assurabilité, à vous informer des produits, des services ou des protections auxquels vous pouvez être admissible et pour vous offrir des garanties aux termes du régime. Tout changement dans l'exactitude des déclarations et des réponses dans le formulaire entre la date de signature du formulaire et la date d'effet de toute protection approuvée par la Canada Vie doit être déclaré à la Canada Vie. Je comprends que si je ne le fais pas, toute protection accordée pourrait être annulée.

Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les réponses aux questions ci-dessus ainsi que toutes les déclarations et réponses que j'ai fournies dans le cadre de la présente demande sont complètes et véridiques. Je comprends que si une réponse ou une déclaration se révélait incomplète ou fautive, toute protection accordée pourrait être annulée. Il est convenu que l'on peut refuser de m'accorder la protection dans sa totalité ou en partie si, de l'avis de la Canada Vie, je ne suis pas assurable pour une partie ou la totalité de la protection.

J'autorise la Canada Vie à utiliser les renseignements recueillis pendant le processus de demande pour déterminer si je suis admissible à d'autres produits ou services de la Canada Vie et à communiquer avec moi si je suis admissible. Cela peut réduire ou éliminer la nécessité de poser d'autres questions d'ordre médical ou de passer d'autres tests médicaux pour être admissible à des produits ou à des services supplémentaires.

Signature de l'employé _____

Date de la signature _____

Signature du conjoint _____

Date de la signature _____

Adresse postale

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Sélection des risques médicaux, Client collectif
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5

Courriel : groupmed@canadavie.com
Service de relais des télécommunications :
1 800 855-0511 (pour les malentendants)

