RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'EMPLOYÉ - ASSURANCE COLLECTIVE

Police nº	Division nº	Nom de famille de l'employé, initiale du prénom

Toute référence à des tests, à des résultats ou à des analyses **exclut les tests génétiques**.

Un test génétique est défini comme l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de maladies ou de risques de transmission verticale, ou la surveillance, le diagnostic ou le pronostic; l'analyse génétique porte un sens similaire. Ne divulguez aucun renseignement sur des tests génétiques dans cette proposition ou tout autre questionnaire ou formulaire.

Dans ce formulaire, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, et le masculin est utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Veuillez écrire lisiblement en LETTRES MOULÉES et répondre entièrement à toutes les sections.

Effacer le formulaire

Nom du titulaire de la police d'assurance collective (employeur)

1.0 Renseignements sur l'employé

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)

Adresse (numéro, rue)	Ville	Province	Code postal

◯ Homme ◯ Femme	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Taille ◯ pi/po ◯ cm	Poids ◯ lb ◯ kg	Changement de poids depuis un an ◯ Gain ◯ Perte ◯ lb ◯ kg

Raison du changement de poids (s'il s'agit d'une grossesse, veuillez fournir la date d'accouchement prévue)	Emploi

Êtes-vous actuellement activement au travail et en mesure de réaliser toutes les tâches habituelles de votre poste auprès de votre employeur? ◯ oui ◯ non - si « non », veuillez fournir les détails à la section 2.6.

Numéro de téléphone personnel et confidentiel	Adresse de courriel personnelle et confidentielle

Toute correspondance relative à ce formulaire doit être envoyée au : ◯ domicile ◯ lieu de travail

Autorisez-vous l'Empire Vie à communiquer avec vous par courriel à propos de cette demande? ◯ oui ◯ non

2.0 Renseignements personnels

Avez-vous un médecin ou un infirmier clinicien habituel? ◯ oui ◯ non Si vous répondez « oui », veuillez fournir les détails suivants :

Nom du médecin ou de l'infirmier clinicien (prénom, nom de famille)

Adresse et numéro de téléphone du médecin ou de l'infirmier clinicien

Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)	Raison de la visite : ◯ Consultation/conseil ◯ Médication ◯ Visite annuelle ◯ Traitement/thérapie ◯ Référence ◯ Tests/examens

Détails et résultats de la dernière visite (y compris la médication courante et le dosage, le nom du spécialiste, du médecin ou du professionnel de la santé, le type de traitement, la raison de la référence, les visites à l'urgence) (plus d'espace à la section 2.6) :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu un médecin/infirmier clinicien dans une clinique ou un hôpital, autre que votre médecin habituel? ◯ oui ◯ non Si vous répondez « oui », veuillez fournir les détails suivants :

Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)	Raison de la visite : ◯ Consultation/conseil ◯ Médication ◯ Visite annuelle ◯ Traitement/thérapie ◯ Référence ◯ Tests/examens

Détails et résultats de la dernière visite (y compris la médication courante et le dosage, le nom du spécialiste, du médecin ou du professionnel de la santé, le type de traitement, la raison de la référence, les visites à l'urgence) (plus d'espace à la section 2.6) :

Empire Vie

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'EMPLOYÉ - ASSURANCE COLLECTIVE

Police n°	Division n°	Nom de famille de l'employé, initiale du prénom

2.1 Renseignements médicaux des membres de la famille

Est-ce que l'un de vos parents, frères ou sœurs biologiques, vivants ou décédés, a déjà souffert de l'une des conditions suivantes :

- Diabète
- Cancer (veuillez indiquer le type de cancer)
- Hypertension artérielle
- Accident vasculaire cérébral
- Maladie du cœur
- Maladie polykystique des reins
- Anémie aplastique
- Maladie du rein
- Maladie de Huntington
- Démence, y compris maladie d'Alzheimer
- Maladie du motoneurone, y compris, mais sans s'y limiter, la SLA (sclérose latérale amyotrophique) ou maladie de Lou Gehrig
- Maladie de Parkinson
- Maladie mentale
- Suicide
- Sclérose en plaques
- Sclérodermie généralisée
- Hépatite
- Autre maladie ou trouble héréditaire

☐ oui ☐ non

Si vous répondez « oui », veuillez fournir des détails ci-dessous. N'inscrivez aucun renseignement concernant un test génétique.

Lien	Maladie (Si « cancer », veuillez indiquer le type de cancer)	Âge au début de la maladie	Âge si en vie	Âge au décès

2.2 Renseignements médicaux

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.6. Nous vous prions d'indiquer la date, le diagnostic, le traitement, les résultats (sauf pour les tests génétiques), la durée et l'état actuel ainsi que les noms et adresses de tous les conseillers médicaux et établissements médicaux.

Avez-vous déjà souffert de l'une des conditions suivantes, ou vous a-t-on dit que vous en souffriez, ou avez-vous reçu tout traitement ou tout conseil pour l'une d'entre elles?

A Tête et système respiratoire

- Névrite optique
- Troubles de la vue
- Cécité/perte de vision
- Glaucome
- Surdité/perte auditive
- Acouphène
- Enrouement persistant
- Crachements de sang
- Perte de la parole
- Apnée du sommeil
- Tuberculose
- Sarcoïdose
- Fibrose kystique
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Bronchite
- Asthme
- Emphysème
- Autre trouble ou maladie des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge ou des poumons : _____

☐ oui ☐ non

B Système neurologique

- Épilepsie ou convulsions
- Évanouissements
- Maux de tête
- Étourdissements
- Tremblements
- Tumeur cérébrale bénigne
- Engourdissement ou paralysie
- Maladie de Parkinson
- Maladie du motoneurone (maladie de Lou Gehrig/SLA)
- Maladie d'Alzheimer
- Déficience intellectuelle
- Démence
- Faiblesse des extrémités
- Faiblesse musculaire
- Sclérose en plaques
- Fourmillement
- Perte d'équilibre
- Perte de la parole
- Paralysie cérébrale
- Autisme
- Trouble du développement
- Tout autre trouble ou problème neurologiques : _____

☐ oui ☐ non

C Troubles psychologiques

- Anxiété
- Dépression
- Trouble bipolaire
- Stress
- Crises de panique
- Schizophrénie
- Déficience mentale
- Épuisement professionnel
- Tentative de suicide ou idées suicidaires
- Trouble de l'alimentation
- Tout autre problème ou trouble émotionnel, comportemental ou psychiatrique : _____

☐ oui ☐ non

D Cœur et système circulatoire

- Douleurs thoraciques
- Angine
- Essoufflement
- Crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- Accident vasculaire cérébral
- Pontage ou angioplastie
- ECG anormal
- Pouls irrégulier
- Palpitations
- Souffle cardiaque
- Stimulateur cardiaque
- Hypertension artérielle
- Hypercholestérolémie
- Hypertrophie du cœur (cardiomyopathie)
- Trouble des valvules cardiaques
- Accident ischémique transitoire (AIT)
- Maladie vasculaire périphérique
- Enflure des chevilles
- Caillot sanguin
- Embolie pulmonaire
- Hypertension artérielle pulmonaire primitive
- Tout autre problème ou trouble cardiaque, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire : _____

☐ oui ☐ non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'EMPLOYÉ - ASSURANCE COLLECTIVE

Police n°	Division n°	Nom de famille de l'employé, initiale du prénom

2.2 Renseignements médicaux (suite)

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.6. Nous vous prions d'indiquer la date, le diagnostic, le traitement, les résultats (sauf pour les tests génétiques), la durée et l'état actuel ainsi que les noms et adresses de tous les conseillers médicaux et établissements médicaux.

Avez-vous déjà souffert de l'une des conditions suivantes, ou vous a-t-on dit que vous en souffriez, ou avez-vous reçu tout traitement ou tout conseil pour l'une d'entre elles?

E Foie, estomac, vessie, reins et système reproducteur

- Hépatite
- Porteur de l'hépatite
- Cirrhose
- Jaunisse
- Ulcère
- Côlon irritable
- Maladie de Crohn
- Colite
- Diverticulite
- Saignements du rectum
- Diarrhée chronique
- Sang dans les selles
- Calculs biliaires ou troubles de la vésicule biliaire
- Maladie du rein, pierres aux reins ou néphrite
- Pancréatite
- Sang, protéines ou sucre dans l'urine
- Prostatite
- Infection transmissible sexuellement
- Résultat anormal au test Pap
- Résultat anormal au test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique

Tout autre problème ou trouble de :

- Estomac
- Pancréas
- Foie
- Intestins
- Reins
- Vessie ou uretères
- Prostate ou organes reproducteurs de l'homme
- Utérus, ovaires ou col utérin

Veuillez spécifier : _____

☐ oui ☐ non

F Seins (homme ou femme)

- Biopsie, mammographie, imagerie par résonance magnétique ou échographie mammaire anormales
- Maladie fibrokystique
- Kystes ou bosses
- Tout autre changement ou anomalie des seins : _____

☐ oui ☐ non

G Systèmes sanguin, endocrinien et glandulaire

- Anomalies de la thyroïde, de l'hypophyse, des glandes lymphatiques ou surrénales
- Goitre
- Diabète
- Glycémie anormale
- Anémie
- Trouble de saignement
- Hémophilie
- Tout autre problème ou trouble sanguin ou glandulaire : _____

☐ oui ☐ non

H Systèmes musculaire et osseux

- Rhumatisme
- Goutte
- Polyarthrite rhumatoïde
- Arthrose ou tout autre type d'arthrite
- Fibromyalgie
- Fatigue chronique
- Douleur chronique
- Lupus érythémateux disséminé ou toute forme de lupus
- Dystrophie musculaire
- Paralysie
- Amputation
- Sclérodermie généralisée
- Autre blessure, maladie ou trouble de la colonne vertébrale, du dos ou du cou, des os, des articulations ou des muscles : _____

☐ oui ☐ non

I Cancer

- Tumeur
- Polype
- Kyste
- Nodule
- Hypertrophie des ganglions lymphatiques
- Syndrome du nævus dysplasique
- Nævus ou lésions de forme irrégulière qui ont changé d'apparence
- Carcinome basocellulaire
- Mélanome malin
- Leucémie
- Lymphome
- Toute autre forme d'affection ou de croissance maligne : _____

☐ oui ☐ non

J Troubles immunologiques

- Tout trouble immunologique, y compris le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (sida)
- Avez-vous déjà passé un test pour le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), ou vous a-t-on recommandé de le faire?
- Toute infection inexpliquée

☐ oui ☐ non

2.3 Suivez-vous actuellement des traitements ou prenez-vous des médicaments phytothérapeutiques, holistiques ou sur ordonnance? Si vous répondez « oui », veuillez fournir les détails à la section 2.6. ☐ oui ☐ non

2.4 A Avez-vous déjà fait usage de : (Si vous répondez « oui » à l'une des questions ci-contre, veuillez fournir les détails à la section 2.6.)

- Cocaïne
- Héroïne
- LSD
- Marijuana
- Hachisch
- Excitants
- Hallucinogènes
- Amphétamines
- Narcotiques
- Barbituriques
- Tranquillisants
- Autre médicament ou drogue sans ordonnance ou pris d'une façon différente que prescrit

☐ oui ☐ non

B Consommez-vous des boissons alcoolisées? Si vous répondez « oui », veuillez indiquer la quantité consommée et la fréquence de la consommation à la section 2.6. ☐ oui ☐ non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'EMPLOYÉ - ASSURANCE COLLECTIVE

Police n°	Division n°	Nom de famille de l'employé, initiale du prénom

2.4

C Avez-vous déjà :

• décidé ou vous a-t-on déjà recommandé de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues?	☐ oui ☐ non
• subi un traitement ou adhéré à un organisme en raison de votre consommation d'alcool ou de drogues?	☐ oui ☐ non
• été condamné pour conduite avec facultés affaiblies ou conduite « au-delà de la limite légale » prévue à l'article 253 a) ou b) du Code criminel?	☐ oui ☐ non

D Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de : (Si vous répondez « oui » à l'une des questions ci-contre, veuillez fournir les détails à la section 2.6.)

• Cigarettes	• Petits cigares	• Tabac à priser	☐ oui ☐ non
• Cigarillos	• Hachisch	• Marijuana	
• Cigarette électronique	• Tabac à chiquer	• Noix de bétel	
• Gros cigares	• Substituts de nicotine (incluant gomme ou timbres)	• Pipe	

2.5 Renseignements supplémentaires requis

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.6.

A	Avez-vous déjà souffert de tout trouble, toute blessure ou toute maladie non inclus dans la liste ci-dessus, ou avez-vous été hospitalisé pour l'un d'eux, ou avez-vous subi tout traitement ou tout test pour l'un d'eux?	☐ oui ☐ non
B	Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on déjà recommandé d'avoir une consultation, un examen médical ou un test diagnostique, incluant une imagerie par résonance magnétique, une tomographie par ordinateur, un électrocardiogramme, une radiographie ou une analyse sanguine (à l'exception des tests génétiques)?	☐ oui ☐ non
C	Avez-vous constaté, ou vous plaignez-vous de, tout symptôme concernant votre santé pour lequel vous n'avez pas encore consulté un professionnel de la santé?	☐ oui ☐ non
D	Avez-vous déjà été invalide ou reçu des prestations de revenu d'invalidité?	☐ oui ☐ non
E	Êtes-vous actuellement enceinte? Si vous répondez « oui », veuillez fournir des détails concernant toute complication à la section 2.6.	☐ oui ☐ non
F	Au cours des 3 dernières années, avez-vous fait des vols à titre de pilote, d'élève pilote ou de membre d'équipage (ou prévoyez-vous de le faire)?	☐ oui ☐ non
G	Au cours des 5 dernières années, avez-vous pratiqué l'une des activités suivantes ou prévoyez-vous pratiquer l'une d'entre elles : plongée sous-marine ou autonome, alpinisme, deltaplane, héliski, ski hors-piste, « cat-skiing », parachutisme, vol en ultraléger, course de tout autre véhicule motorisé, ou tout autre sport ou activité extrême ou dangereux?	☐ oui ☐ non
H	Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie, maladies graves ou invalidité, ou offert une assurance moyennant des restrictions ou une surprime?	☐ oui ☐ non
I	Au cours des 5 dernières années, vous êtes-vous absenté du travail pendant 15 jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure?	☐ oui ☐ non

2.6 Détails

Utilisez cette section pour fournir des détails concernant les réponses aux questions portant sur les renseignements médicaux, incluant les dates des événements, la durée, le traitement, le diagnostic, l'état actuel, les dates et les résultats de tout test effectué (à l'exception des tests génétiques) ainsi que les noms et les adresses de tous les professionnels de la santé et établissements médicaux.

N° de la question	Détails

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'EMPLOYÉ - ASSURANCE COLLECTIVE

Police n°	Division n°	Nom de famille de l'employé, initiale du prénom

3.0 Déclaration et autorisation

Collecte, utilisation et divulgation de mes renseignements personnels

Je fais une demande d'adhésion au régime d'assurance collective de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (« Empire Vie »). Je comprends que l'Empire Vie a besoin de mes renseignements médicaux et financiers ainsi que de renseignements sur mon emploi et toute autre information me concernant nécessaire à l'évaluation de cette demande et à l'administration de mon régime d'assurance collective (« renseignements personnels »).

Collecte :

J'autorise l'Empire Vie à recueillir des renseignements personnels de toute personne ou organisation qui possède des renseignements pertinents pour cette demande et/ou ce régime d'assurance collective.

J'autorise les personnes ou les organisations suivantes qui possèdent des renseignements personnels à divulguer ces renseignements à l'Empire Vie :

- mon employeur et l'administrateur du régime d'assurance collective;
- le courtier et/ou le conseiller en assurance de mon employeur (dans la mesure permise par mon employeur);
- mon médecin et d'autres professionnels de la santé ou praticiens (p. ex., mon pharmacien ou mon dentiste);
- les hôpitaux, les cliniques, les agences de services sociaux et toute autre agence similaire qui m'ont fourni des services;
- les organismes professionnels (p. ex., l'Ordre des pharmaciens);
- les agences gouvernementales ou d'enquête (p. ex., l'Agence du revenu du Canada);
- les autres assureurs auprès desquels j'ai ou j'avais une protection;
- le MIB, Inc. (un échange de données coopératif créé par le secteur de l'assurance vie et santé); et
- les tiers fournisseurs de services qui fournissent des services en lien avec mon régime d'assurance collective (p. ex., paie, adhésion, services de traitement des demandes de règlement, fournisseurs d'un programme d'assistance d'urgence en cours de voyage ou fournisseurs de services paramédicaux).

J'autorise également la collecte de mes renseignements personnels par des tiers fournisseurs de services aux fins de l'évaluation de cette demande et de l'administration de mes demandes de règlement, de celles de mes personnes à charge ou de mes bénéficiaires.

Je comprends que l'Empire Vie ne demandera pas aux participants de subir tout test génétique ni de fournir les résultats de tout test génétique dans le cadre de la proposition ou de toute demande prestations en vertu de ce régime d'assurance collective.

Utilisation :

J'autorise l'Empire Vie à conserver les renseignements personnels dans ses dossiers et à les utiliser aux fins suivantes :

- évaluation du risque sur une base continue et décision relative à l'établissement ou au renouvellement d'une police d'assurance collective en vertu de laquelle je pourrais être assuré ou devenir assuré;
- calcul de la prime payable pour une telle assurance;
- administration du régime d'assurance collective, y compris la tenue d'audits et d'enquêtes; et
- offre de garanties et évaluation de mes demandes de règlement, ou de celles des personnes à ma charge ou de mes bénéficiaires;
- conformité aux lois applicables.

Accès/divulgation :

Je comprends que :

- l'Empire Vie conservera les renseignements personnels dans ses dossiers;
- les membres du personnel de l'Empire Vie, ses représentants, ses réassureurs et ses tiers fournisseurs de services autorisés auront accès au dossier aux fins précitées;
- les renseignements personnels peuvent être échangés avec les personnes et organismes susmentionnés, si nécessaire, aux fins précitées. Cependant, les détails relatifs à des problèmes de santé ne seront pas divulgués à mon employeur;
- dans tous les cas, l'Empire Vie limite la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation des renseignements personnels à ce qui est nécessaire aux fins précitées;
- l'Empire Vie peut utiliser des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de renseignements personnels. Les renseignements personnels qui sont traités ou stockés dans une autre juridiction peuvent être assujettis aux lois de cette juridiction, ce qui peut permettre leur divulgation aux tribunaux, aux autorités d'application de la loi ou aux autres autorités gouvernementales de cette juridiction dans certaines circonstances; et
- j'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels contenus dans le dossier, tel qu'autorisé ou exigé par la loi, et, s'il y a lieu, de faire corriger les renseignements inexacts. Je peux consulter la plus récente Politique en matière de protection des renseignements personnels de l'Empire Vie au www.empire.ca.

Autre :

Je comprends ce qui suit :

- les déclarations dans la présente demande d'adhésion font partie de la demande soumise en contrepartie de l'assurance demandée;
- le sens et l'importance de toutes les questions posées dans ce formulaire de demande, et que toute présentation erronée des faits ou non-divulgation de renseignements dans cette déclaration peut entraîner l'annulation de ma protection;
- le sens des énoncés contenus dans le Préavis concernant MIB, Inc. ci-dessous. Par ailleurs, j'autorise l'Empire Vie et les autres parties indiquées dans le préavis à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels aux fins indiquées dans ce préavis.

Je confirme que les renseignements fournis dans cette déclaration et tout autre document justificatif sont exacts et complets.

Une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

4.0 Signature

Nom de l'employé (en lettres moulées)

Signature de l'employé X	Date (jj/mm/aa) ____ / ____ / 20____
Ville	Province

Veuillez retourner le tout à :

Empire Vie
Sélection des risques médicaux, Assurance collective
Personnel et confidentiel
259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8
Service à la clientèle, Assurance collective : 1 800 267-0215 Télécopieur : 1 888 220-2717
Courriel : groupmedicalunderwriting@empire.ca

Préavis concernant MIB, Inc.

Sauf lorsque la loi l'exige, nous traiterons les renseignements concernant votre assurabilité de manière strictement confidentielle. L'Empire Vie ou ses réassureurs peuvent cependant en faire un bref rapport à MIB, Inc. (MIB). MIB est un organisme sans but lucratif dont font partie les assureurs vie qui s'occupe de l'échange de renseignements pour le compte de ses membres. Si vous demandez une assurance vie, maladie ou invalidité auprès d'une autre société membre de MIB ou que vous soumettez une demande de règlement à cette autre société, MIB donnera à cette société, si elle le demande, les renseignements qu'il a versés à son dossier.

Si vous lui en faites la demande, MIB vous donnera tous les renseignements qu'il a dans votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements que renferme le dossier de MIB, vous pouvez communiquer avec MIB pour demander une rectification. L'adresse du centre de renseignements de MIB est la suivante :

MIB, Inc.
330, avenue University, suite 501
Toronto ON M5G 1R7
Téléphone : 416 597-0590
Site Web : www.mib.com

L'Empire Vie ou ses réassureurs peuvent aussi communiquer des renseignements de leurs dossiers à d'autres assureurs vie auxquels vous vous adressez pour obtenir de l'assurance vie, maladie ou invalidité ou demander des indemnités.

Veuillez faire une photocopie de ce préavis et le conserver dans vos dossiers.

[MD] Marque déposée de **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.