

**Directives :**

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

- 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).
- **Assurez-vous d'inclure une copie du formulaire de demande d'une protection d'assurance collective établie par votre compagnie lorsque vous soumettez le présent formulaire Preuve d'assurabilité. S'il manque ces renseignements sur la protection dans votre demande, elle pourrait ne pas être traitée.**

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 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"> <li>• 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, emphysème, 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)</li> <li>• 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)</li> <li>• 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</li> <li>• 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></li> <li>• Cancer (n'importe quel type), tumeur (bénigne ou maligne), diabète, taux de glycémie anormal ou présence de glucose dans l'urine, hépatite ou lupus</li> <li>• 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></li> <li>• 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)</li> </ul>	<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>• Cécité</li> <li>• Cancer</li> <li>• Cardiomyopathie</li> <li>• Démence (y compris la maladie d'Alzheimer)</li> <li>• Diabète</li> <li>• Maladie cardiaque</li> <li>• Chorée de Huntington</li> <li>• Maladie du motoneurone (y compris la SLA ou la maladie de Lou Gehrig)</li> <li>• Sclérose en plaques</li> <li>• Maladie de Parkinson</li> <li>• Maladie polykystique des reins (ou toute autre insuffisance rénale chronique nécessitant une dialyse)</li> <li>• Accident vasculaire cérébral</li> <li>• ou toute autre maladie héréditaire</li> </ul>	<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 au MIB, LLC, un organisme sans but lucratif coordonnant l'échange de renseignements entre les compagnies d'assurance vie qui en sont membres. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie à une autre compagnie membre du MIB ou qu'une demande de règlement est présentée à une telle compagnie, le MIB transmettra à cette dernière, sur demande, les renseignements dont il dispose.

La Canada Vie ou ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements à toute autre compagnie d'assurance vie qui a reçu une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie de votre part ou à qui vous avez présenté 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, USA 02184-8734, Tél. : 781 751-6000

### Protection des renseignements personnels

À la Canada Vie, nous nous engageons à protéger vos renseignements personnels et à respecter votre vie privée. Vos renseignements personnels sont conservés dans des dossiers sécurisés et confidentiels. Le cas échéant, cela comprend des renseignements sur votre époux, votre conjoint de fait, vos personnes à charge et vos bénéficiaires. Les renseignements personnels que nous recueillons et conservons servent à l'administration de vos produits et services et ils nous aident à analyser et à optimiser le service à la clientèle et les processus d'affaires.

Les renseignements personnels peuvent être divulgués à tout fournisseur de soins de santé, au gestionnaire de régime, à d'autres compagnies d'assurance ou de réassurance, au MIB, LLC, à d'autres organisations ou fournisseurs de services qui travaillent avec la Canada Vie à échanger des renseignements personnels, ainsi qu'aux ministères et organismes gouvernementaux, au besoin, pour l'administration de vos produits ou services. Pour de plus amples renseignements, reportez-vous à nos Normes en matière de protection des renseignements personnels. Les renseignements personnels peuvent être recueillis ou communiqués à l'extérieur du Canada ou de la province où vous résidez dans le cadre des affaires quotidiennes.

Il est important que les renseignements personnels soient exacts et à jour. Vous pouvez accéder aux renseignements personnels et les modifier, sous réserve de certaines restrictions. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels, y compris le recours aux fournisseurs de services et vos droits en matière de protection des renseignements personnels, communiquez avec notre agent de la protection des renseignements personnels à l'adresse [privacy@canadavie.com](mailto:privacy@canadavie.com) ou consultez le site [canadavie.com/confidentialite](http://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 assurabilité 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 répandant 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](mailto:groupmed@canadavie.com)  
Service de relais des télécommunications :  
1 800 855-0511 (pour les malentendants)

