

## ASSURANCE CONTRE LES MALADIES GRAVES – DÉCLARATION DU DEMANDEUR

Veillez écrire en caractères d'imprimerie à l'encre. Les formulaires incomplets seront retournés.

Déclaration du demandeur	Numéro du régime <b>177914</b>	Numéro d'identification du participant de régime
--------------------------	-----------------------------------	--

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Genre <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non Spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional) —
--------------------------------	--	---

### RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE DE RÈGLEMENT ET RENSEIGNEMENTS CONNEXES

1. Veillez décrire la nature et l'étendue de la maladie grave dont vous êtes atteint :

---

---

---

---

À quelle date votre état de santé a-t-il fait l'objet d'un diagnostic ou la chirurgie a-t-elle été pratiquée?

Date (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

2. À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus? Date (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Veillez décrire ces symptômes :

---

---

3. À quelle date avez-vous consulté un médecin pour la première fois à l'égard de l'affection dont vous souffrez?

Date (jour, mois, année) \_\_\_\_\_

Veillez donner les nom et adresse du médecin consulté :

Nom

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)

---

---

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

4. Avez-vous subi des examens ou des investigations relativement au diagnostic? Dans l'affirmative, veuillez fournir des renseignements en incluant des dates :

---

---

---

---

5. Avez-vous souffert antérieurement d'un état de santé semblable ou connexe, ou avez-vous reçu un traitement à cet égard?

Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez donner des renseignements en incluant des dates :

---

---

---

---

## Consultations médicales

1. Veuillez fournir les nom et adresse de votre médecin personnel :

Nom

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)

Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)

2. Veuillez fournir des renseignements sur tout médecin que vous avez consulté relativement à votre maladie :

Nom	Adresse (numéro, rue, ville, province, code postal)	Numéro de téléphone (y compris l'indicatif régional)	Dates de consultation (jj/mm/aaaa)
		—	
		—	
		—	

3. Si vous avez été traité dans un hôpital ou dans un établissement semblable, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'hôpital	Ville	Date d'admission (jour, mois, année)	Date de sortie (jj/mm/aaaa)

4. Quel autre traitement avez-vous reçu et recevez-vous actuellement pour votre problème de santé? (Par ex. : médicaments, thérapie, etc.)

Type de traitement	Établissement	Médecin prescripteur	Dates (jj/mm/aaaa)

## Renseignements généraux

1. Est-ce que l'un de vos parents consanguins a souffert d'un état de santé semblable ou connexe?

Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer :

Lien de parenté	Nature de la maladie	Âge au premier diagnostic de la maladie

2. Détenez-vous une assurance relativement à cet état de santé auprès d'une autre compagnie?

Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez indiquer :

Nom de l'assureur	Type de garantie	Montant de la garantie	Demande de règlement soumise?
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3. Fumez-vous ou faites-vous usage de produits du tabac?

Oui Dans l'affirmative, indiquez la quantité quotidienne : \_\_\_\_\_ Depuis quand faites-vous usage de tabac? \_\_\_\_\_

Non Dans la négative, avez-vous déjà fait usage de produits du tabac antérieurement?  Oui  Non

À quelle date avez-vous cessé de fumer? (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

4. Veuillez fournir tout renseignement qui peut appuyer votre demande de règlement.

---

---

---

---

---

---

## Autorisations et Déclarations

J'autorise :

- la Canada Vie, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Canada Vie à échanger les renseignements personnels, au besoin, aux fins de l'évaluation de ma demande de règlement et de l'administration du régime collectif;
- la Canada Vie à divulguer des renseignements à propos de ma demande de règlement à un vérificateur autorisé par mon employeur, le répondant du régime ou leur agent et la Canada Vie, en tout temps, afin d'assurer la vérification de l'évaluation des demandes de règlement;
- la Canada Vie à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime.

Sauf à des fins de vérifications, la présente autorisation demeurera valide tant que ma demande de règlement n'aura pas pris fin ou jusqu'à ce que je la révoque.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Je déclare que les renseignements contenus dans le présent formulaire de demande de règlement et dans toute déclaration faite lors de toute rencontre personnelle ou par téléphone en ce qui concerne cette demande de règlement sont véridiques et complets.

Nom en caractères d'imprimerie : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

---

## Avis concernant le MIB, Inc.

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

---

## Protection de vos renseignements personnels

À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie), nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection de la vie privée.

### Vos renseignements personnels :

Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels, comme votre nom, vos coordonnées, ainsi que les produits et la protection que vous détenez auprès de nous. Selon les produits ou les services que vous demandez et obtenez, votre demande pourrait également comprendre des renseignements de nature médicale ou financière. Vos renseignements sont conservés dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels contenus dans votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada Vie.

### Qui a accès à vos renseignements?

Nous limitons l'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées de cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches de même qu'aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès. Pour nous aider à répondre aux fins précisées ci-dessous, il se peut que nous fassions appel à des prestataires de service situés au Canada ou à l'étranger. Vos renseignements personnels pourraient également être divulgués à des autorités publiques ou à d'autres personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

### Vos renseignements sont utilisés aux fins suivantes :

Nous recueillons vos renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité aux produits, aux services ou à la protection demandés, pour fournir et administrer les produits ou la protection détenus auprès de nous, et en assurer le service, et pour permettre à la Canada Vie et à ses sociétés affiliées de gérer les données internes et d'en effectuer l'analyse. Nous nous en servons notamment pour mener des enquêtes et évaluer les demandes de règlement et verser des prestations, ainsi que pour créer et tenir à jour les dossiers sur notre relation d'affaires. Le consentement donné dans le présent formulaire demeurera en vigueur jusqu'à ce que nous recevions un avis écrit indiquant que vous avez retiré ce consentement, sous réserve des restrictions juridiques et contractuelles pouvant s'appliquer. Par exemple, si vous retirez votre consentement, il se peut que nous ne puissions pas continuer à évaluer ou à administrer une demande de prestations.

### Si vous voulez en savoir plus :

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 en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez [www.canadavie.com](http://www.canadavie.com).

---

## Veillez retourner le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

**La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie**  
**Unité de l'assurance contre les maladies graves**  
330 avenue University  
Toronto ON M5G 1R8

OU

Numéro sans frais : 1 866 907-2395  
Numéro de télécopieur : 416 552-6557

Par courriel : [GroupCIClaims@canadavie.com](mailto:GroupCIClaims@canadavie.com)

### Communication par courriel – note importante :

**Internet n'est pas un moyen de communication sûr. Nous encourageons toute personne préoccupée par la possibilité qu'un tiers non autorisé intercepte son message à communiquer avec nous en se servant d'autres moyens.**