

DIRECTIVES

1. Veuillez remplir toutes les sections du formulaire.
2. Veuillez signer et dater votre demande.
3. Veuillez retirer l'avis du Bureau de renseignements médicaux, en page 4. Conservez-le à titre informatif.
4. Pour vous assurer que les renseignements donnés dans ce formulaire seront traités de manière confidentielle, veuillez nous faire parvenir votre demande directement, à l'adresse qui suit.
5. Si nous avons besoin de précisions, nous communiquerons avec vous directement.
6. Toute information que vous avez fournie est conservée à notre siège social :

The Wawanesa Life Insurance Company
 Division assurances collectives
 200, rue Main, bureau 400,
 Winnipeg, MB R3C 1A8

Qui remplit cette demande ? (Veuillez remplir l'une des suivantes.)

Employé(e) – Veuillez fournir:

 Nom de famille

 Prénom

 Initiales

 No de certificat

Conjoint(e) – Veuillez fournir:

 Nom de famille

 Prénom

 Initiales

 Nom de l'employé(e)

 No de certificat

RÉSERVÉ AU SIÈGE SOCIAL

Souscription	Assurance-vie facultative des employés	Assurance-vie facultative du conjoint	Décision
Montant			
Commentaires :			

IDENTIFICATION

Titulaire de police		No de police collective	
_____		_____	
Nom		Date de naissance	
_____		_____	
Prénoms complets		Nom de famille	
_____		_____	
Adresse du domicile		Date de naissance	
_____		_____	
Rue et numero de rue		Ville ou village	
_____		_____	
Province		Code postal	
_____		_____	
Numéro de téléphone:	Domicile	Frère	
_____	_____	_____	
Profession (avec tâches détaillées)		Lieu de naissance	
_____		_____	
		Province Pays	

Montant:	Bénéficiaire:	(Le bénéficiaire du régime d'assurance du CONJOINT est l'employé, si celui-ci est vivant, ou la succession de l'employé.)	
_____	_____	_____	
		Prénoms complets Nom de famille Lien	

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – PARTIE 1

1. Nom du médecin personnel _____ Numéro de téléphone du médecin _____
 Adresse du médecin personnel _____

Rue et numero de rue
Ville ou village
Province
Code postal

2. (a) Taille ___ Mètres ___ cm (b) Poids actuel _____ kg (c) Prise de poids ___ Perte de poids _____ Au cours de la dernière année.
3. Avez-vous consommé des produits à base de tabac ou de nicotine, tels que la cigarette, le cigarillo, le colt, le cigare, la pipe, le tabac à chiquer, le tabac sans fumée, la gomme à mâcher à base de nicotine, les timbres à la nicotine ou toute autre thérapie de remplacement de la nicotine dans les derniers 12 mois ? Oui Non Si « Oui », combien ? _____
4. (a) Consommez-vous des boissons alcoolisées ? Oui Non Si « Oui », combien ? _____
 (b) Avez-vous déjà suivi un traitement ou vous a-t-on déjà conseillé un traitement ou un examen médical en raison de votre consommation d'alcool ? Oui Non
5. (a) Faites-vous, ou avez-vous déjà fait, l'usage de drogues illicites ? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui », veuillez identifier la ou les drogues consommées et indiquer la quantité consommée, la fréquence et la ou les dates de consommation. _____

- (b) Avez-vous déjà suivi un traitement ou vous a-t-on déjà conseillé un traitement ou un examen médical en raison de votre consommation d'alcool ? Oui Non
6. (a) Votre permis de conduire a-t-il déjà été suspendu ou révoqué ? Oui Non
 Au cours des dix dernières années, avez-vous été reconnu coupable de conduite en état d'ébriété, de conduite dangereuse ou de plus de trois infractions au code de la route ? Oui Non
7. Pratiquez-vous un sport dangereux comme la plongée sous-marine, le pilotage aérien, le parachutisme, la course automobile, etc. ? Oui Non
 Si vous avez répondu « Oui », veuillez identifier cette activité et indiquer à quelle fréquence vous la pratiquez. _____
8. Avez-vous:
 - (a) Avez-vous déjà demandé ou reçu des prestations, une compensation ou une rente en raison d'une maladie ou d'une blessure ? Oui Non
 - (b) Une demande d'assurance-vie ou d'assurance-maladie a-t-elle déjà été refusée, remise ou modifiée ? Oui Non
 - (c) Au cours des cinq dernières années, vous êtes-vous absenté du travail pendant plus de sept jours consécutifs pour des raisons médicales ? Oui Non
 - (d) Votre état pourrait-il exiger un examen médical, une hospitalisation ou un futur traitement chirurgical ou psychiatrique ? Oui Non
9.

Numéro de la question	Veuillez fournir toute information pertinente à l'égard des réponses positives données ci-dessus.

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – PARTIE 2

POUR TOUTE RÉPONSE POSITIVE, ENCERCLEZ LA MALADIE APPROPRIÉE ET DONNEZ-EN PLUS DE DÉTAILS À LA SECTION 15.

Un membre de votre famille (vivant ou décédé) souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de ce qui suit : hypertension, maladie du cœur, accident cérébrovasculaire, cancer ou autre tumeur (précisez le type de cancer ou tumeur), diabète, polykystose rénale ou autre maladie des reins, maladie mentale, chorée de Huntington, maladie du motoneurone (incluant la SLA/maladie de Lou Gehrig), sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson ou autre maladie héréditaire ? Oui Non

	Maladie	Âge au moment du diagnostic	Âge (si la personne est vivante)	État de santé (si la personne est vivante)	Âge au décès	Cause du décès
Père						
Mère						
Frère (1)						
Frère (2)						
Sœur (1)						
Sœur (2)						

10. Vous a-t-on déjà traité, conseillé une consultation ou un traitement ou diagnostiqué un trouble :

(a) **Des oreilles, des yeux, du nez, de la gorge ou des poumons :**

incluant des crachats sanguins, la tuberculose, une pleurésie, un essoufflement, une toux persistante, de l'asthme, une bronchite, une déficience de l'ouïe, de la parole ou de la vue ? Oui Non

(b) **Du cœur, des artères ou d'autres parties du système circulatoire :**

incluant une angine de poitrine, une douleur thoracique, un cholestérol élevé, des palpitations, une pression artérielle élevée, un rhumatisme articulaire aigu, un souffle au cœur, une crise cardiaque, une affection vasculaire périphérique ou un électrocardiogramme anormal ? Oui Non

(c) **Des organes abdominaux :**

incluant un ulcère, une hernie, une colite, des calculs biliaires, la maladie de Crohn, une diverticulite, une hépatite, une jaunisse, une maladie du foie, une diarrhée chronique, une maladie pancréatique ou des polypes intestinaux ? Oui Non

(d) **Des reins, de la vessie ou des organes génitaux :**

incluant la présence de sang, de pus, de sucre ou d'albumine dans votre urine, des calculs, une maladie transmissible sexuellement ou une maladie de la prostate ? Oui Non

(e) **Du cerveau ou du système nerveux :**

incluant l'épilepsie, des crises épileptiques, des convulsions, un accident cérébrovasculaire, un accident ischémique transitoire (AIT), la sclérose en plaques, l'engourdissement ou le picotement des membres, des étourdissements, une syncope, une paralysie, la maladie d'Alzheimer ou de Parkinson, Huntington's, une maladie du motoneurone (dont la SLA/la maladie de Lou Gehrig), un coma, un traumatisme crânien, des maux de tête persistants, une dépression nerveuse ou un trouble émotionnel ou nerveux ? Oui Non

(f) **Du sang ou des glandes :**

incluant l'anémie, le diabète, la leucémie, la goutte, une allergie, des sueurs nocturnes, une adénopathie (hypertrophie des glandes), un trouble mammaire, un trouble thyroïdien, des lésions cutanées inhabituelles, une infection ou un trouble inexpliqué ? Oui Non

(g) **De l'appareil locomoteur :**

incluant l'arthrite, un disque brisé, une douleur dorsale ou cervicale, des problèmes de genou, un coup de fouet cervical, un rhumatisme, un lupus, une paralysie, une malformation, une amputation ou toute autre maladie, blessure ou malformation de la colonne vertébrale, des articulations, des os ou des muscles, dont l'encéphalo-myélite myalgique ou la fibromyalgie ? Oui Non

(h) **Du système immunitaire :**

incluant le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), un complexe associé au sida (ARC), un test VIH positif ou tout autre trouble immunologique ? Oui Non

(i) Kyste, tumeur, cancer, polype, nævus ou autre grosseur, pathologie mammaire, écoulement inhabituel, biopsie ou cliché mammaire anormal ? Oui Non

11. À part les réponses fournies ci-dessus, avez-vous :

(a) Avez-vous consulté un médecin ou un praticien au cours des cinq dernières années ? Oui Non

(b) Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi un électrocardiogramme, une analyse sanguine or d'autres épreuves diagnostiques ? Oui Non

(c) Avez-vous déjà subi un test de dépistage du sida ? Oui Non

(d) Vous a-t-on déjà conseillé une épreuve diagnostique, une hospitalisation ou une chirurgie qui ne s'est pas concrétisée ? Oui Non

12. Recevez-vous actuellement un traitement ou un médicament ? Oui Non

Avez-vous changé de nom au cours des cinq dernières années (mariage, etc.) ?
Si vous avez répondu « Oui », veuillez inscrire tout nom antérieur à la section 15. Oui Non

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS – PARTIE 2 (suite)

INSCRIVEZ DANS CETTE SECTION LES DÉTAILS SUR LES RÉPONSES POSITIVES DONNÉES À LA PARTIE 2.

Numéro de la question	Détails sur le diagnostic, la durée et le résultat	Date	Nom et adresse du médecin et/ou de l'hôpital

CONSENTEMENT, DIVULGATION, AUTORISATION ET RECONNAISSANCE

Consentement à la divulgation de renseignements personnels

J'accorde le droit à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life de recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels pour les raisons suivantes : établir et maintenir la communication avec vous, assurer des risques de façon prudente, faire des enquêtes et régler les demandes de remboursement, détecter et prévenir les actes frauduleux, offrir des produits et des services qui répondent à mes besoins, compiler les statistiques et agir conformément à la loi.

Je reconnais qu'en me fournissant des services à l'avenir et en m'accordant les prestations indiquées dans le régime d'avantages sociaux collectif auquel j'esouscrais, il est possible que la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life soit obligée de recueillir, d'utiliser et de divulguer des renseignements personnels complémentaires sur moi. J'atteste que ce consentement s'applique également à ces renseignements personnels.

Vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires sur la Politique concernant la protection des renseignements personnels de la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life auprès de leur siège social situé au 200, rue Main, Bureau 400, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8 ou à www.wawanesalife.com.

Autorisation et reconnaissance

Je demande par la présente une assurance collective en vertu de la police d'assurance collective émise au nom de mon employeur ou de l'employeur de mon conjoint par La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa. Je conviens que cette assurance n'entrera en vigueur que lorsque ma demande aura été approuvée par La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa.

Par la présente, j'atteste que j'ai moi-même fourni les réponses inscrites dans ce formulaire et que celles-ci sont complètes et véridiques. Elles doivent faire partie de tout contrat émis par La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa.

Je reconnais avoir été avisé au sujet du Bureau de renseignements médicaux et des rapports d'enquête et j'autorise La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa à obtenir lesdits rapports.

J'autorise tout médecin ou praticien diplômé, toute clinique, tout hôpital ou établissement médical, toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, le ministère en charge des véhicules à moteur (pour mon dossier de conduite) et toute autre organisation, institution ou personne connaissant mon dossier ou mon état de santé à transmettre ces renseignements à La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa ou à ses réassureurs.

J'autorise La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa à réaliser les épreuves, les examens, les radiographies, les électrocardiogrammes, les analyses d'urine, les profils sanguins, y compris les analyses sanguines de dépistage du sida, nécessaires d'un point de vue médical pour accepter la présente demande d'assurance. J'autorise le directeur médical de La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa à divulguer à mon médecin personnel ou à tout autre médecin praticien les renseignements de nature médicale obtenus pendant le processus de souscription.

Toute photocopie de la présente autorisation est aussi valable que la version originale.

Date _____ Signature _____

Ce formulaire doit nous parvenir, dûment rempli, dans les 60 jours de la date inscrite ci-dessus. Sinon, un nouveau formulaire devra être rempli.



Cet avis doit être détaché et remis au demandeur.
AVIS DU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Toute information relative à votre assurabilité sera traitée confidentiellement. Toutefois, La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa ou ses réassureurs peuvent en faire un bref rapport au Bureau de renseignements médicaux, une association mutuelle à but non lucratif de compagnies d'assurance qui fait l'échange d'informations au nom de ses membres. Si vous présentez une demande d'assurance-vie ou d'assurance-maladie à une compagnie adhérente du Bureau de renseignements médicaux ou si vous demandez un règlement à l'une de ces compagnies, le Bureau, sur demande, fournira à la compagnie les informations que contient son dossier.

À votre demande, le Bureau de renseignements médicaux divulguera toutes les informations qu'il détient en rapport à votre dossier. Veuillez communiquer avec le Bureau de renseignements médicaux au 866-692-6901 (ATME : 866-346-3642). Si vous doutez de l'exactitude de l'information que détient le Bureau de renseignements médicaux, vous pouvez communiquer avec lui et demander sa correction, conformément à la procédure énoncée dans la loi fédérale américaine intitulée *Fair Credit Reporting Act*. Le Bureau de renseignements médicaux est situé au 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) Canada, M5G 1R7.

La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa et ses réassureurs peuvent également divulguer les informations contenues dans votre dossier à d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous auriez demandé une assurance-vie ou une assurance-maladie ou présenté une demande de règlement.

Pendant le traitement de cette demande, La Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie Wawanesa peut obtenir des rapports sur un véhicule à moteur, une enquête personnelle ou des renseignements sur les prix à la consommation pouvant contenir des renseignements personnels sur le demandeur.