

**Directives : Veuillez écrire les réponses en caractères d'imprimerie au moyen d'un stylo à l'ENCRE bleue ou noire seulement.**

**Assurez-vous de remplir toutes les sections requises. Un formulaire incomplet peut entraîner un retard dans le traitement de votre demande d'assurance.**

- Sections 1 à 2 : Elles doivent être remplies en premier par le gestionnaire de régime qui doit également remplir soit la Demande d'adhésion, soit le Formulaire de modifications visant le régime collectif. Conservez une copie des parties ou du formulaire dûment remplis pour vos dossiers. Envoyez l'original de toutes les parties ou de tous les formulaires à l'employé.
- Section 2 : Elle doit être lue, signée et datée par l'employé.
- Sections 3 à 4 : Elles doivent être remplies par l'employé ou son conjoint et envoyées à la Canada Vie. **Conservez une copie pour vos dossiers.**
- L'employé doit envoyer le formulaire directement à la Canada Vie (par la poste ou par courriel).

### 1 Renseignements sur l'employé (à remplir par le gestionnaire de régime)

Nom du titulaire de la police collective (employeur)		Numéro de police	Numéro de division	Numéro de classe
GOUVERNEMENT DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR		168000		
Nom de famille de l'employé	Prénom	Initiale du second prénom	Numéro d'identification du participant (inscrit sur la carte médicaments)	
Est-ce que l'employé est en activité de service?	Si l'employé est en congé autorisé sans solde, a-t-il conservé sa protection?	Si la réponse est non, est-ce que l'employé est en congé autorisé sans solde?		
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Numéro d'identification de l'employé (attribué par l'employeur)	Revenu annuel	Nom du gestionnaire de régime	Numéro de téléphone du gestionnaire de régime XXX XXX-XXXX	Courriel du gestionnaire de régime

### 2 Garanties demandées (à remplir par le gestionnaire de régime)

#### A Proposant retardataires: Polices collectives 168000 / 168001

Garanties demandées devant faire l'objet d'une sélection des risques médicaux (période d'attente aux fins de l'admissibilité expirée)

- Assurance-maladie supplémentaire  Conjoint  Enfant  
 Assurance invalidité de longue durée\*  Employé

\* La protection d'assurance invalidité de longue durée est offerte aux employés qui ont moins de 65 ans et qui participent au Régime de retraite de la fonction publique, au Régime de retraite du personnel en uniforme ou au Régime de retraite des membres de la Chambre d'assemblée.

#### B Garanties facultatives

- Assurance-vie facultative\* (police collective n° 168002)

	(1) Montant actuel	(2) Montant additionnel demandé	(3) Nouveau montant total demandé
Employé			
Conjoint			

\* Pour un participant qui est couvert à titre de salarié et à titre de conjoint aux termes de la police du GTNL, le montant maximal combiné de l'assurance-vie facultative du salarié et de l'assurance-vie facultative du conjoint qu'il peut demander s'élève à 300 000 \$.

- Assurance maladies graves facultative (police collective n° 168002)

- Employé – 25 000 \$  Conjoint – 10 000 \$  Enfant – 5 000 \$ (aucune preuve médicale d'assurabilité n'est requise pour les enfants de moins de 16 ans)

### Signature de l'employé

Signature	Date
	JJ-MMM-AAAA

**Directives : Veuillez écrire les réponses en caractères d'imprimerie au moyen d'un stylo à l'ENCRE bleue ou noire seulement.**

**Assurez-vous de remplir toutes les sections requises. Un formulaire incomplet peut entraîner un retard dans le traitement de votre demande d'assurance.**

- Sections 1 à 2 : Elles doivent être remplies en premier par le gestionnaire de régime qui doit également remplir soit la Demande d'adhésion, soit le Formulaire de modifications visant le régime collectif. Conservez une copie des parties ou du formulaire dûment remplis pour vos dossiers. Envoyez l'original de toutes les parties ou de tous les formulaires à l'employé.
- Section 2 : Elle doit être lue, signée et datée par l'employé.
- Sections 3 à 4 : Elles doivent être remplies par l'employé ou son conjoint et envoyées à la Canada Vie. **Conservez une copie pour vos dossiers.**
- L'employé doit envoyer le formulaire directement à la Canada Vie (par la poste ou par courriel).

### 3 Renseignements sur l'employé et les personnes à charge (à remplir par l'employé)

#### Renseignements sur l'employé

Nom du titulaire de la police collective (employeur)				Numéro de police	
GOUVERNEMENT DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR				168000	
Nom de famille de l'employé	Prénom	Initiale du second prénom	Genre		Date de naissance
			<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre		JJ-MMM-AAAA
Adresse postale du domicile		Rue	Ville	Province	Code postal
Courriel			À NOTER : Si vous indiquez une adresse courriel, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous relativement à la présente demande d'assurance.		
Téléphone cellulaire		Autre numéro de téléphone / poste		À NOTER : Si vous indiquez un numéro de cellulaire, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous relativement à la présente demande d'assurance.	
XXX XXX-XXXX		XXX XXX-XXXX XXXX			

#### Renseignements sur le conjoint (s'il y a lieu) – uniquement si vous demandez la protection à l'égard des personnes à charge

Nom de famille du conjoint	Prénom	Initiale du second prénom	Genre		Date de naissance
			<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre		JJ-MMM-AAAA
Adresse postale du domicile		Rue	Ville	Province	Code postal
Courriel			À NOTER : Si vous indiquez une adresse courriel, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous relativement à la présente demande d'assurance.		
Téléphone cellulaire		Autre numéro de téléphone / poste		À NOTER : Si vous indiquez un numéro de cellulaire, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous relativement à la présente demande d'assurance.	
XXX XXX-XXXX		XXX XXX-XXXX XXXX			

#### Renseignements sur les enfants (s'il y a lieu) – uniquement si vous demandez la protection à l'égard des personnes à charge

	Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant	Genre		Date de naissance
Enfant (1)			<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre		JJ-MMM-AAAA
Enfant (2)			<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre		JJ-MMM-AAAA
Enfant (3)			<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre		JJ-MMM-AAAA
Enfant (4)			<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre		JJ-MMM-AAAA

**4 Renseignements sur les antécédents médicaux et les habitudes de vie**

**Loi sur la non-discrimination génétique**

Vous ne devriez pas faire mention de tout test génétique (c'est-à-dire toute analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes) que vous pourriez avoir subi. Vous devrez toutefois 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 sur les troubles 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

<p><b>1. Quels sont votre taille et votre poids actuels?</b> <i>Veillez fournir les données exactes actuelles et non une estimation.</i></p>	<p><b>Taille</b></p>	<p><b>Poids</b></p>															
	Emp. _____ <input type="checkbox"/> pieds/pouces <input type="checkbox"/> m/cm Conj. _____ <input type="checkbox"/> pieds/pouces <input type="checkbox"/> m/cm	Emp. _____ <input type="checkbox"/> livres <input type="checkbox"/> kg Conj. _____ <input type="checkbox"/> livres <input type="checkbox"/> kg															
<p><b>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?</b></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</p> <p>Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																
<p><b>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?</b> <i>(pour toute autre raison qu'une grossesse sans complication, une vasectomie, une chirurgie dentaire, une chirurgie esthétique ou une blessure musculaire/articulaire/osseuse qui ne présente plus de symptômes; cette question vise ce qui suit, sans s'y limiter : biopsie, électrocardiogramme (ECG), radiographie, tomographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), analyse sanguine, échographie, endoscopie, colonoscopie, test Pap, mammographie)</i></p>		<p>Oui Non</p> <p>Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>															
<p><b>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?</b></p> <table border="0" style="width: 100%; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width: 33%;">• Maladie d'Alzheimer</td> <td style="width: 33%;">• Diabète</td> <td style="width: 33%;">• Maladie de Parkinson</td> </tr> <tr> <td>• Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig)</td> <td>• Cardiopathie</td> <td>• Polykystose rénale</td> </tr> <tr> <td>• Cancer</td> <td>• Chorée de Huntington</td> <td>• Rétinite pigmentaire</td> </tr> <tr> <td>• Myocardiopathie</td> <td>• Maladie des motoneurones</td> <td>• Accident vasculaire cérébral</td> </tr> <tr> <td>• Démence</td> <td>• Sclérose en plaques</td> <td>• Toute autre maladie héréditaire</td> </tr> </table>	• Maladie d'Alzheimer	• Diabète	• Maladie de Parkinson	• Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig)	• Cardiopathie	• Polykystose rénale	• Cancer	• Chorée de Huntington	• Rétinite pigmentaire	• Myocardiopathie	• Maladie des motoneurones	• Accident vasculaire cérébral	• Démence	• Sclérose en plaques	• Toute autre maladie héréditaire		<p>Oui Non</p> <p>Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>
• Maladie d'Alzheimer	• Diabète	• Maladie de Parkinson															
• Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig)	• Cardiopathie	• Polykystose rénale															
• Cancer	• Chorée de Huntington	• Rétinite pigmentaire															
• Myocardiopathie	• Maladie des motoneurones	• Accident vasculaire cérébral															
• Démence	• Sclérose en plaques	• Toute autre maladie héréditaire															
<p><b>5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de produits contenant du tabac, de la nicotine ou un substitut nicotinique?</b> <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</p> <p>Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>															
<p><b>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)?</b></p>		<p>Oui Non</p> <p>Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>															
<p><b>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?</b> <i>Exemples d'activité à risque élevé : aviation (à titre de pilote ou de membre d'équipage), boxe, montgolfière, saut à l'élastique, deltaplane, hélicoptère, 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</p> <p>Emp. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>															

## Avis concernant le MIB, Inc.

### 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, 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 par 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).

## Autorisations et déclarations

J'autorise :

- La Canada Vie, tout prestataire de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, le MIB, Inc., les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataire de services travaillant avec la Canada Vie à échanger les renseignements personnels, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime collectif;
- La Canada Vie à effectuer les tests, examens, hémogrammes et analyses d'urine 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 concernant la présente demande d'assurance au numéro de cellulaire ou à l'adresse courriel que j'ai fournis;
- Le répondant du régime à déduire de ma rémunération et à remettre à la Canada Vie les cotisations salariales requises, s'il y a lieu, aux termes du régime.

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, Inc., et j'en accepte le contenu.
- J'ai conservé une copie de la présente demande d'assurance.
- Si je demande la 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 valable que l'original.

Les déclarations et réponses contenues dans le présent formulaire serviront à déterminer votre assurabilité et à offrir des garanties aux termes du régime. Tout changement dans l'exactitude des déclarations et des réponses 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. Il est entendu que le défaut de le faire pourrait entraîner l'annulation de ma protection.

Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques. Je comprends que si une réponse 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.

Signature de l'employé \_\_\_\_\_

Date de la signature \_\_\_\_\_

JJ-MMM-AAAA

Signature du conjoint \_\_\_\_\_

Date de la signature \_\_\_\_\_

JJ-MMM-AAAA

## 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)