
DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ RELATIVE À LA PARTICIPATION AU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

DIRECTIVES POUR REMPLIR LA DÉCLARATION

Veillez vous assurer que vous avez bien répondu **à toutes les questions** de façon claire et précise afin d'éviter tout retard dans le traitement de votre demande. Si votre demande comprend plus de deux enfants, veuillez remplir un formulaire par enfant. Si l'espace fourni n'est pas suffisant pour y ajouter des précisions, veuillez utiliser des feuilles blanches et les annexer au présent formulaire en vous assurant de signer et d'apposer la date sur chacune des feuilles supplémentaires.

Tous les proposants de 16 ans et plus doivent signer dans les espaces prévus à cet effet à la **section 4**.

Veillez cocher toutes les raisons qui motivent votre demande :

- Demande de participation tardive au régime d'assurance collective
- Demande de participation tardive d'une personne à charge au régime d'assurance collective
- Augmentation de couverture supérieure au maximum sans preuve d'assurabilité
- Demande de l'assurance décès et mutilation accidentels facultative

Veillez cocher toutes les garanties demandées :

- Assurance vie de base
- Assurance vie pour personnes à charge (conjoint et enfants)
- Assurance maladies graves
- Assurance décès et mutilations accidentels
- Assurance décès et mutilations accidentels facultative
- Assurance invalidité de courte durée
- Assurance invalidité de longue durée
- Assurance maladie complémentaire - membre
- Assurance maladie complémentaire - conjoint
- Assurance maladie complémentaire - enfants
- Assurance dentaire - membre
- Assurance dentaire - conjoint
- Assurance dentaire - enfants

Section 1 DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ RELATIVE À LA PARTICIPATION AU RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Proposant (prénom, nom) :		
Nom de l'employeur titulaire de police :	Numéro de contrat d'assurance collective :	Numéro de certificat :

Coordonnées

Veillez sélectionner votre moyen de communication privilégié en ce qui a trait à la tarification médicale qui comprend l'échange de renseignements médicaux personnels :

Par courriel (adresse indiquée ci-dessous) Par la poste à l'adresse au domicile Par la poste à l'adresse au travail

Adresse courriel : _____

Adresse au domicile

Rue : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Adresse au travail

Rue : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Vous ne devriez pas nous communiquer les tests génétiques que vous auriez pu subir (que ce soit une analyse des chromosomes, de l'ADN ou de l'ARN visant le dépistage d'anomalies chez les individus). Vous devez, par contre, nous indiquer si vous recevez des traitements ou présentez des symptômes relatifs à une maladie ou affection génétique. Nous vous demanderons également de nous fournir les renseignements complets sur vos antécédents familiaux, y compris toutes les maladies ou affections génétiques.

Section 2 DÉCLARATION DU PROPOSANT - MEMBRE

Nom (prénom, second prénom, nom de famille) :		
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance (jj/mm/aaaa) :	Lieu de naissance (province ou état et pays) :
Êtes-vous effectivement au travail à temps plein? (30 heures par semaine) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans la négative, veuillez en préciser les raisons, y compris le dernier jour de travail et la date prévue du retour au travail.		
Taille : <input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	Poids : <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Gain de poids de :	Perte de poids de :	Raison du changement de poids :
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou consommé d'autres produits à base de tabac ou de nicotine, ou encore des produits d'abandon du tabac? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Produits :	Fréquence :	Date de la dernière utilisation (jj/mm/aaaa) :
Nom et adresse de la médecin praticienne ou du médecin praticien habituel : (Si aucun, indiquer la dernière consultation avec un médecin - c.-à-d. en clinique, visite à l'urgence)		
Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) :	Raison :	Résultats ou diagnostics :
Traitement (inclure les résultats d'examen) :		
Un suivi vous a-t-il été recommandé? (p.ex. des tests, une chirurgie, une hospitalisation) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.)		

Section 2 DÉCLARATION DU PROPOSANT - CONJOINT

Nom (prénom, second prénom, nom de famille) :

Sexe : Masculin Féminin
Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Lieu de naissance (province ou état et pays) :

Taille : pi/po lb
 cm kg
Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? Oui Non

Gain de poids de : Perte de poids de : Raison du changement de poids :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou consommé d'autres produits à base de tabac ou de nicotine, ou encore des produits d'abandon du tabac? Oui Non

Produits : Fréquence : Date de la dernière utilisation (jj/mm/aaaa) :

Nom et adresse de la médecin praticienne ou du médecin praticien habituel : (Si aucun, indiquer la dernière consultation avec un médecin – c.-à-d. en clinique, visite à l'urgence)

Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) : Raison : Résultats ou diagnostics :

Traitement (inclure les résultats d'examen) :

Un suivi vous a-t-il été recommandé? (p.ex. des tests, une chirurgie, une hospitalisation) Oui Non
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.)

Section 2 DÉCLARATION DU PROPOSANT - ENFANT 1

Nom (prénom, second prénom, nom de famille) :

Sexe : Masculin Féminin
Date de naissance (jj/mm/aaaa) : Lieu de naissance (province ou état et pays) :

Taille : pi/po lb
 cm kg
Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? Oui Non

Gain de poids de : Perte de poids de : Raison du changement de poids :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou consommé d'autres produits à base de tabac ou de nicotine, ou encore des produits d'abandon du tabac? Oui Non

Produits : Fréquence : Date de la dernière utilisation (jj/mm/aaaa) :

Nom et adresse de la médecin praticienne ou du médecin praticien habituel : (Si aucun, indiquer la dernière consultation avec un médecin – c.-à-d. en clinique, visite à l'urgence)

Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) : Raison : Résultats ou diagnostics :

Traitement (inclure les résultats d'examen) :

Un suivi vous a-t-il été recommandé? (p.ex. des tests, une chirurgie, une hospitalisation) Oui Non
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.)

Section 2 DÉCLARATION DU PROPOSANT - ENFANT 2

Nom (prénom, second prénom, nom de famille) :

Sexe :

Masculin Féminin

Date de naissance (jj/mm/aaaa) :

Lieu de naissance (province ou état et pays) :

Taille :

pi/po
 cm

Poids :

lb
 kg

Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? Oui Non

Gain de poids de :

Perte de poids de :

Raison du changement de poids :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou consommé d'autres produits à base de tabac ou de nicotine, ou encore des produits d'abandon du tabac? Oui Non

Produits :

Fréquence :

Date de la dernière utilisation (jj/mm/aaaa) :

Nom et adresse de la médecin praticienne ou du médecin praticien habituel : (Si aucun, indiquer la dernière consultation avec un médecin - c.-à-d. en clinique, visite à l'urgence)

Date de la dernière consultation
(jj/mm/aaaa) :

Raison :

Résultats ou diagnostics :

Traitement (inclure les résultats d'examen) :

Un suivi vous a-t-il été recommandé? (p.ex. des tests, une chirurgie, une hospitalisation) Oui Non
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.)

Section 3 QUESTIONS DESTINÉES AU PROPOSANT

Veuillez répondre à toutes les questions ci-dessous. Si vous avez répondu par l'affirmative, veuillez fournir des précisions à chaque question concernée, y compris le diagnostic, les dates de traitement, la durée, l'état de santé actuel, les noms et adresses au complet de tous les médecins ou des établissements de soins de santé ci-dessous.

1. Au cours de la dernière année, votre permis de conduire a-t-il déjà été suspendu ou avez-vous commis deux infractions ou plus relatives à la conduite d'un véhicule?
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, y compris le numéro de permis de conduire valide)

2. Au cours des deux dernières années, avez-vous pratiqué ou envisagez-vous de pratiquer l'une des activités suivantes :

a) Voler à bord d'un avion en tant que pilote?.....

b) Participer à un sport dangereux ou une activité dangereuse (comme le deltaplane, le parachutisme, la course d'engins motorisés, l'escalade ou autre)?

c) Vous livrer à la plongée avec scaphandre autonome?
(Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions à la page suivante.).....

Membre de régime	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Section 3 QUESTIONS DESTINÉES AU PROPOSANT (SUITE)

Où pratiquez-vous la plongée sous-marine? Eaux intérieures Océan Autre
 Veuillez indiquer si vous pratiquez les types de plongée suivants : Plongée nocturne Plongée de récupération
 Plongée sur épave Plongée souterraine Plongée sous glace Plongée de recherche et de sauvetage
 Autre type de plongée _____

	Membre de régime	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2
Êtes-vous une plongeuse ou un plongeur qualifié?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous membre d'un club?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Faites-vous de la plongée en solo?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Fiche signalétique de la plongée	Au cours des 12 derniers mois		Prévue au cours des 12 prochains mois	
Profondeur de plongée	Nombre de plongées	Temps moyen par plongée	Nombre de plongées	Temps moyen par plongée
Moins de 30 m (100 pi)				
De 30 à 38 m (100 à 125 pi)				
Plus de 38 m (125 pi)				

3. Y a-t-il des membres de votre famille (vivants ou décédés) qui souffrent ou ont déjà souffert d'hypertension artérielle, de cardiopathie, d'accident vasculaire cérébral, de cancer (veuillez préciser le type), de diabète, de troubles rénaux, de troubles mentaux, de chorée de Huntington, de sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), de maladie du neurone moteur, de sclérose en plaques, de maladie d'Alzheimer, de maladie de Parkinson ou de toute autre maladie héréditaire? (Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom du membre de la famille, son âge au diagnostic et son affection ou sa maladie.)

4. Au cours des cinq dernières années, avez-vous touché des prestations de toute source ou avez-vous dû vous absenter de votre travail pendant cinq jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure, ou un assureur vous a-t-il refusé, modifié, annulé ou révoqué toute assurance vie, assurance invalidité ou assurance maladies graves? (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.)

Avez-vous déjà souffert de symptômes ou reçu un traitement, ou vous a-t-on recommandé de recevoir un traitement ou de subir un examen pour l'une des conditions suivantes :

5. Crise cardiaque, angine, douleurs thoraciques, rhumatisme articulaire aigu, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), hypertension artérielle (inclure la dernière lecture de la tension artérielle connue et la date), cholestérol (y compris les derniers taux de cholestérol connus), souffle cardiaque ou autre maladie ou trouble cardiovasculaire? (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.)

Membre de régime	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Section 3 QUESTIONS DESTINÉES AU PROPOSANT (SUITE)

6. Asthme, troubles respiratoires, apnée du sommeil ou autres troubles pulmonaires?
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.)

Membre de régime	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Troubles respiratoires

Avez-vous des antécédents : D'asthme? De bronchite chronique? D'emphysème? Autres? _____

Date du premier épisode : _____ Date du dernier épisode : _____ Fréquence des épisodes : _____

Comment évaluez-vous le degré de gravité des épisodes? Légers Modérés Graves

Une détresse respiratoire a-t-elle déjà entraîné votre hospitalisation ou une visite à l'urgence? Oui Non
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.)

Avez-vous déjà subi des examens respiratoires (examens fonctionnels respiratoires, radiographies de la poitrine ou autres)? Oui Non
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.)

Veuillez indiquer tous les médicaments utilisés (inhalateurs ou médicaments administrés par voie orale ou autres) :

	Lors des poussées actives	Médicaments d'entretien
Type		
Posologie		
Fréquence		

7. Diabète, faibles taux de sucre ou présence de sucre ou de protéines dans votre urine (inclure l'âge au diagnostic, la date et le dernier test d'hémoglobine A1C)?
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.)

Membre de régime	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

8. Troubles gastro-intestinaux (comprend les troubles œsophagiens, de l'estomac, du foie, du côlon, la colite, la maladie de Crohn ou tout trouble du côlon ou intestinal)?
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.)

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---	---

9. Trouble de la vue ou de l'ouïe, surdité, étourdissements, évanouissements, convulsions, accident vasculaire cérébral, vision floue ou névrite optique?
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.)

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---	---

Section 3 QUESTIONS DESTINÉES AU PROPOSANT (SUITE)

	Membre de régime	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2
10. Troubles thyroïdiens ou glandulaires, lupus, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) ou épilepsie? (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.)..... _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11. Cancer, tumeur, kyste, polype, nodule, grain de beauté, bosse ou autre excroissance, trouble mammaire ou anomalie décelée lors d'une mammographie, une échographie ou un test Pap? (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.)..... _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12. Grain de beauté anormal, lupus, lésions cutanées, infection cutanée chronique, psoriasis, naevus dysplasique, sclérodermie ou toute autre maladie de la peau ou trouble de la peau? (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.)..... _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13. Angoisse, stress, dépression, fatigue, tentative de suicide, dépression nerveuse, troubles de l'alimentation ou autre trouble du système nerveux? (Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous.).....	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Troubles nerveux

Avez-vous déjà présenté des signes des troubles suivants :

Dépression? Oui Non Trouble de l'alimentation? Oui Non Perte de poids, fatigue, stress? Oui Non

Insomnie? Oui Non Pensées suicidaires ou tentatives de suicide? Oui Non angoisse? Oui Non

(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.)

Quand avez-vous consulté un médecin ou un médecin ou thérapeute pour la première fois et quel était le diagnostic?

Nom des médicaments sur et sans ordonnance, y compris les dates, leur posologie et leur fréquence :

Prenez-vous toujours des médicaments et des consultations ont-elles toujours lieu? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date du dernier médicament et du dernier traitement :

Un trouble nerveux a-t-il déjà entraîné votre hospitalisation ou une visite à l'urgence? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions :

Comment décrivez-vous l'état de vos symptômes? Disparus Stables Moins graves Plus graves

Date des derniers symptômes : _____

Avez-vous dû vous absenter de votre travail? Oui Non

(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.)

Veuillez décrire les symptômes ressentis actuellement : _____

Section 3 QUESTIONS DESTINÉES AU PROPOSANT (SUITE)

14. Troubles musculaires, osseux et articulaires, p.ex. arthrite, maux de dos, maux de cou, paralysie, malformation, etc.?
(Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions ci-dessous.)...

Membre de régime	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Troubles musculo-squelettiques

Maux de tête Maux de dos Maux de cou Arthrite Autre trouble associé à la douleur : _____

Localisation des symptômes : _____ Irradiant vers (s'il y a lieu) : _____

Durée des symptômes : _____

Premier épisode : _____ Épisode le plus récent : _____ Fréquence de la douleur : _____

Durée la plus longue du malaise : _____

Dans les cas de maux de dos ou de cou, veuillez cocher la case appropriée :

Cou (région cervicale) Milieu du dos (région thoracique) Bas du dos (région lombaire)

Trouble musculaire Trouble lié aux disques

Diagnostic ou cause : _____

Noms des médecins consultés et les dates et adresses complètes :

- a) Y a-t-il des antécédents pharmaceutiques (énumérer les noms, les dates, la posologie et la fréquence d'utilisation)?
- b) Y a-t-il des antécédents de traitement (physiothérapie, massage)?..
- c) Vous a-t-on recommandé de passer des tests, des examens ou de subir une chirurgie?
- d) Cet état a-t-il entraîné votre hospitalisation, votre incapacité à travailler ou des limitations?

Membre de régime	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions :

15. a) Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble du système immunitaire ou reçu un traitement pour ce type d'affection, ou avez-vous déjà été dans une situation d'un risque possible d'exposition au virus du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), au complexe lié au SIDA ou à tout autre trouble du système immunitaire?
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.)...

Membre de régime	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Section 3 QUESTIONS DESTINÉES AU PROPOSANT (SUITE)

	Membre de régime	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2
<p>b) Avez-vous déjà subi des tests dont les résultats ont révélé que vous pourriez avoir été exposé(e) au virus du SIDA (séropositivité au VIH)? (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.).....</p> <hr/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>c) Au cours des cinq dernières années, avez-vous présenté des signes d'une infection transmissible sexuellement ou subi un traitement pour ce type d'infection ? (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.).....</p> <hr/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>16. Prenez-vous régulièrement des médicaments? (Dans l'affirmative, veuillez préciser ci-dessous le type, la posologie, quand ils ont été prescrits et par qui.)</p> <hr/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>17. Avez-vous des symptômes ou avez-vous remarqué des problèmes quelconques concernant votre santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou un médecin, ou encore une professionnelle ou un professionnel de la santé, ou bien qui n'ont pas été mentionnés précédemment? (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous.).....</p> <hr/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>18. Avez-vous déjà consommé ou consommez-vous des boissons alcoolisées ou de la marijuana, de la cocaïne ou d'autres drogues illicites ou créant une dépendance? (Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire relatif à la consommation d'alcool et de drogues à la page suivante.)</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>a) Avez-vous déjà reçu des conseils ou un traitement concernant votre consommation d'alcool? (Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire relatif à la consommation d'alcool et de drogues à la page suivante.).....</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>b) Avez-vous déjà reçu des conseils, un traitement ou obtenu une consultation concernant votre consommation de marijuana, de cocaïne ou d'autres drogues illicites ou créant une dépendance? (Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire relatif à la consommation d'alcool et de drogues à la page suivante.).....</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Section 3 QUESTIONS DESTINÉES AU PROPOSANT (SUITE)

Consommation d'alcool et de drogues

Veillez répondre à toutes les questions.

- a) Consommez-vous de l'alcool?
- b) Consommez-vous de la cocaïne (comprend le crack)?
- c) Consommez-vous de la marijuana ou du hachisch?
- d) Consommez-vous des amphétamines (ecstasy, etc.)?
- e) Consommez-vous des barbituriques?
- Quels types?
- f) Consommez-vous de l'héroïne, de la morphine, du Demerol ou de la méthadone?
- g) Consommez-vous des hallucinogènes (de type LSD)?
- h) Consommez-vous des stupéfiants similaires?

Membre de régime	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

i) Veuillez fournir des précisions concernant les réponses affirmatives : (Le terme « type » fait référence à l'alcool ou aux drogues.)

Type	Consommation journalière	Consommation hebdomadaire	Consommation mensuelle
Consommation actuelle			
Consommation au cours des deux dernières années			
Consommation au cours des trois à cinq dernières années			
Autre (inclure les dates)			

- j) Avez-vous déjà participé ou vous a-t-on orienté vers un groupe ou un organisme de soutien, comme les AA pour votre consommation abusive d'alcool ou votre consommation de médicaments ou de drogues?
- k) Vous a-t-on déjà conseillé de réduire votre consommation d'alcool, de médicaments ou de drogues?

Membre de régime	Conjoint	Enfant 1	Enfant 2
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions :

Renseignements complémentaires à la demande :

Section 4 RENSEIGNEMENTS D'ORDRE JURIDIQUE

LE MEMBRE PROPOSANT ET TOUTES LES PERSONNES À CHARGE DE 16 ANS ET PLUS, DÉCLARENT, CONVIENNENT ET CERTIFIENT QUE :

1. Toutes les déclarations, tous les renseignements et toutes les réponses données dans toutes les sections de la demande sont complets, exacts et correctement inscrits.
2. Les renseignements personnels fournis de plein gré par la membre ou le membre à son employeur, aux courtiers indépendants ou aux conseillers et à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada, recueillis dans la présente demande et conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par l'Assurance vie Équitable pour les besoins de tarification, de service, d'administration ainsi que de traitement et de règlement des réclamations liées à cette demande, au contrat et à toutes les garanties en vertu du contrat, et à tout autre document complémentaire. La membre ou le membre comprend et accepte que les renseignements personnels contenus dans les dossiers soient accessibles pour les besoins mentionnés ci-dessus, et qu'ils puissent être transmis au personnel autorisé de l'Assurance vie Équitable, aux tiers pertinents engagés par l'Assurance vie Équitable, à toute entité de mutualisation en assurance médicaments, à des réassureurs participants, à d'autres compagnies d'assurance, à des parties menant des enquêtes, à des fournisseurs de soins de santé, notamment aux pharmaciens, aux médecins et aux dentistes, ainsi qu'à toute autre personne ou partie qui obtient l'autorisation de la membre ou du membre. Si une demande est effectuée pour la conjointe ou le conjoint du membre, ou encore pour ses personnes à charge, le membre certifie qu'il a l'autorisation d'agir en leur nom et, par conséquent, ce document de consentement et d'autorisation est aussi valide en ce qui a trait à la cueillette, à l'utilisation et à la communication de leurs renseignements personnels aux mêmes fins. Le membre comprend que toutes les demandes de réclamation effectuées en vertu du contrat sont soumises par l'intermédiaire du membre à titre de membre du régime assuré. Par conséquent, le membre autorise l'Assurance vie Équitable à échanger les renseignements liés à ces demandes de réclamation avec le membre, ou avec toute autre personne agissant en son nom, y compris son conjoint ou une personne à charge, lorsque jugé nécessaire aux fins de confirmation d'admissibilité, d'évaluation et de gestion de la réclamation.

LE MEMBRE PROPOSANT ET TOUTES LES PERSONNES À CHARGE DE 16 ANS ET PLUS :

1. Convient que l'assurance demandée dans la présente demande ou une telle assurance comme établie par l'Assurance vie Équitable n'entrera en vigueur qu'une fois que le promoteur de régime aura payé la première prime afférente à la couverture d'assurance.
2. Reconnait avoir reçu l'avis relatif au Medical Information Bureau et autorise l'Assurance vie Équitable à obtenir des renseignements du Medical Information Bureau.
3. Autorise l'Assurance vie Équitable à faire effectuer tous les tests nécessaires, notamment des examens, des radiographies, des électrocardiogrammes et des analyses de sang comme cela peut s'avérer nécessaire à la tarification de cette demande. De tels tests pourraient comprendre des analyses visant à déterminer la présence de différentes maladies, notamment celle d'anticorps ou de virus liés au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). L'Assurance vie Équitable peut divulguer les résultats de tels tests et vos renseignements personnels à ses réassureurs, à vos médecins traitants, à des professionnels du service de santé et au Medical Information Bureau aux fins de cette demande. Je comprends et accepte ou nous comprenons et acceptons que tout résultat positif au test de détection au VIH, de l'hépatite ou à toute autre maladie transmissible sera signalé à l'autorité de santé publique appropriée. Vos renseignements personnels, recueillis par un laboratoire, seront traités et stockés par ce laboratoire au Canada ou aux États-Unis, et pourront, du fait même, faire l'objet de divulgation aux gouvernements canadien et américain et aux agences, en vertu des lois et traités passés entre ces deux pays.
4. Autorise tout service provincial des véhicules automobiles à fournir une copie des renseignements qu'elle détient relatifs à tout dossier de conduite pertinent à cette demande à la l'Assurance vie Équitable ou à tout organisme d'enquête agissant en son nom.
5. Autorise tout médecin ou tout médecin, toute praticienne ou tout praticien, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical, toute autre compagnie d'assurance, le Medical Information Bureau, tout autre organisme, tout autre établissement ou toute autre personne ayant des dossiers ou des renseignements sur la santé de toute personne qui a fait l'objet de la demande, à fournir de tels renseignements, y compris tous les antécédents médicaux, à l'Assurance vie Équitable ou à ses réassureurs.
6. Consentent que la présente demande puisse être transmise à l'Assurance vie Équitable par voie électronique et sera considérée par l'Assurance vie Équitable comme l'original de la demande d'assurance de la proposante ou du proposant.
7. Reconnait qu'une photocopie de ces autorisations a la même valeur que le document original.

LE DÉFAUT DE DIVULGUER CHACUN DES FAITS À LA CONNAISSANCE DE LA MEMBRE OU DU MEMBRE DE RÉGIME ET À LA CONNAISSANCE DES PERSONNES ÂGÉES DE 16 ANS ET PLUS, QUI SONT IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURANCE DEMANDÉE, OU IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURABILITÉ DE TOUTE PERSONNE À ASSURER, OU TOUTE FAUSSE REPRÉSENTATION OU DÉCLARATION ERRONÉE QUANT AUX FAITS, AUX DÉCLARATIONS, AUX RENSEIGNEMENTS ET AUX RÉPONSES DONNÉS ET CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE RENDRA TOUTE ASSURANCE ÉTABLIE EN LIEN AVEC CETTE DEMANDE ANNULABLE PAR L'ASSURANCE VIE ÉQUITABLE.


Signée à _____ le _____ 20 _____.

Signature du membre de régime (employé)

Signature du conjoint du membre de régime (s'il y a lieu)

Signature de tout enfant à charge (s'il y a lieu) de 16 ans et plus

Signature de tout enfant à charge (s'il y a lieu) de 16 ans et plus

 Veuillez détacher et conserver le présent avis.
AVIS RELATIF AU MIB INC.

page 11 de 11

452FR (2020/06/30)

Les renseignements concernant l'assurabilité de la personne ou des personnes à assurer seront traités en toute confidentialité. La Compagnie ou ses réassureurs pourraient toutefois soumettre un bref rapport au MIB Inc., connu auparavant sous le nom Medical Information Bureau (Bureau des renseignements médicaux). Le MIB Inc. est un organisme sans but lucratif, formé de compagnies d'assurance vie, qui permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si toute personne à assurer présente une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance maladie à une autre compagnie membre du MIB, ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur elle. En tant que compagnie américaine, le MIB se conforme au droit relatif au respect de la vie privée des États-Unis. Le MIB protège les renseignements personnels d'une façon semblable au droit relatif au respect de la vie privée du Canada. À la réception d'une demande de votre part, le MIB Inc. vous permettra de prendre connaissance de tous les renseignements qu'il détient à votre sujet. Si vous mettez en doute l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander leurs corrections en communiquant avec le MIB. Le bureau de renseignements du MIB est situé à l'adresse suivante : 330 University Avenue, bureau 501, Toronto, Ontario, M5G 1R7; numéro de téléphone : 416 597-0590 ou privacy@mib.com pour toute question relative au respect de la vie privée. La Compagnie ou ses réassureurs pourraient également fournir des renseignements figurant dans ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles la personne à assurer présenterait une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance maladie complémentaire et, ou auxquelles une demande de réclamation pourrait être soumise. Des renseignements au sujet du MIB Inc. destinés aux consommateurs sont disponibles à l'adresse www.mib.com.