

RENSEIGNEMENTS SUR LE PROMOTEUR DU RÉGIME/LE PROPOSANT

SECTION 1

Nom du promoteur du régime _____ Régime collectif n° _____

Nom du proposant _____ Date de naissance _____
(JJ/MM/AA)

Adresse du domicile _____
Numéro et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Numéros de tél. : _____
Domicile _____ Travail _____

Emploi, tâches principales (inclure le % de temps associé à chaque tâche) _____ Lieu de naissance _____
Province _____ Pays _____

Montant : _____ Bénéficiaire : (le bénéficiaire de l'assurance du conjoint est l'employé, s'il est vivant, ou sa succession) _____

Prénom complet _____ Nom de famille _____ Lien _____

Sexe Masculin Féminin

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

SECTION 2

1. Nom du médecin _____ N° de téléphone du médecin _____
(Si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez le nom du dernier médecin que vous avez consulté ou de la dernière clinique que vous avez fréquentée)

Adresse du médecin _____
Numéro et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Raison de la consultation _____

Date de la dernière consultation _____ Traitement et résultats _____

2. a) Taille _____ pi _____ po b) Poids actuel _____ lb

c.1) Dans la dernière année _____ (c.2) Raison _____
Gain de poids _____ Perte de poids _____

3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de produits du tabac ou de nicotine, y compris des cigarettes, des cigarillos, des cigares Colts, des cigares, des pipes, du tabac à mâcher, du tabac à priser, de la gomme ou des timbres à la nicotine, des cigarettes électroniques, des vaporisateurs ou tout substitut de nicotine?
 Oui Non Si « Oui », quelle quantité? _____
Quantité par semaine? _____ Type _____

4. Avez-vous consommé de la marijuana au cours des 12 derniers mois?
 Oui Non Si « Oui », quelle quantité? _____
Quantité _____ Fréquence _____

5. a) Consommez-vous des boissons alcoolisées?
 Oui Non Si « Oui », quelle quantité? _____
Quantité par semaine? _____ Type _____

b) Avez-vous déjà suivi un traitement, ou vous a-t-on déjà recommandé de suivre un traitement ou de consulter un médecin, en raison de votre consommation d'alcool?
 Oui Non Si « Oui », _____
Type de traitement _____ Quand _____

6. a) Faites-vous actuellement, ou avez-vous fait par le passé, usage de drogues illicites : Oui Non
Si « Oui », veuillez fournir des précisions :

Type(s)	Quantité habituelle	Fréquence	Date du dernier usage

b) Avez-vous déjà reçu un traitement médical ou vous a-t-on déjà recommandé de recourir à un traitement en raison de votre consommation de drogues?
 Oui Non Si « Oui », _____
Type de traitement _____ Quand _____

c) Participez-vous actuellement, ou avez-vous déjà participé dans le passé, à des rencontres d'Alcooliques anonymes ou de Narcotiques anonymes (ou d'autres groupes semblables)?
 Oui Non

7. a) Votre permis de conduire a-t-il déjà été suspendu ou révoqué? Oui Non
Si oui, veuillez indiquer pourquoi, quand et pendant combien de temps? _____

b) Avez-vous déjà été accusé de conduite avec facultés affaiblies? Oui Non
Si « Oui », veuillez préciser quand : _____

c) Avez-vous eu plus de trois (3) infractions au Code de la route au cours des deux (2) dernières années? Oui Non

d) Avez-vous été accusé de conduite dangereuse au cours des 10 dernières années? Oui Non

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

SECTION 2

Suite

8. Participez-vous actuellement à des activités sportives dangereuses, notamment la plongée sous-marine, le pilotage, l'aviation, le parachutisme, la course automobile, l'escalade, l'escalade de glace? Oui Non

Si « Oui », veuillez fournir des précisions :

Type(s)	Fréquence	Date de la dernière activité	Intention de participer à nouveau?

9. Veuillez répondre aux questions suivantes :

- i) Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous changé de nom (mariage, etc.)? Oui Non
Si « Oui », veuillez préciser quand et indiquer les noms _____
- ii) Avez-vous déjà demandé ou touché des prestations, une compensation ou une rente en raison d'une maladie ou d'une blessure? Oui Non
Si « Oui », indiquez la raison, les dates, la durée et le type de prestation. _____
- iii) Avez-vous déjà fait une proposition d'assurance vie, invalidité ou santé qui, de quelque façon que ce soit, a été refusée ou mise en suspens ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non
Si « Oui », veuillez préciser pourquoi, quand et à quel égard : _____
- iv) Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été absent du travail pendant plus de sept (7) jours consécutifs pour des raisons médicales? Oui Non
Si « Oui », veuillez préciser pourquoi, quand et la durée : _____

CHAQUE FOIS QUE LA RÉPONSE EST « OUI », ENERCLEZ LE TROUBLE APPROPRIÉ ET FOURNISSEZ DES PRÉCISIONS À LA SECTION 4.

10. Un membre de votre famille (qu'il soit vivant ou décédé) a-t-il déjà souffert ou souffre-t-il actuellement d'hypertension artérielle, de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de cancer ou de toute autre tumeur (préciser le type de cancer ou de tumeur), de diabète, de maladie polykystique ou autre maladie rénale, de maladie mentale, de la maladie de Huntington, de maladie des motoneurones (y compris la SLA/maladie de Lou Gehrig), de dystrophie musculaire, de sclérose en plaques, de la maladie d'Alzheimer, de la maladie de Parkinson ou toute autre maladie héréditaire? Oui Non

Veuillez remplir le tableau suivant pour TOUS les membres de la famille :

	Maladie	Âge au diagnostic	Âge actuel, si vivant	État de santé, si vivant	Âge au décès	Cause du décès
Père						
Mère						
Frère (1)						
Frère (2)						
Sœur (1)						
Sœur (2)						

11. Avez-vous déjà été traité, ou vous a-t-on déjà recommandé d'obtenir des conseils ou un traitement, ou avez-vous déjà présenté une indication connue ou tout trouble en lien avec ce qui suit :

a) Les oreilles, les yeux, le nez, la gorge, les poumons :

y compris crachats de sang, tuberculose, pleurésie, essoufflement, toux persistante, asthme, bronchite, MPOC, emphysème, trouble de l'ouïe, de la parole ou de la vue? Oui Non

b) Le cœur, les artères ou d'autres parties du système circulatoire :

y compris l'angine, des douleurs à la poitrine, un taux de cholestérol élevé, des palpitations, une tension artérielle élevée, une fièvre rhumatismale, un souffle cardiaque, une crise cardiaque, l'acrosyndrome ou un électrocardiogramme anormal? Oui Non

c) Le système gastro-intestinal :

y compris ulcère, hernie, colite, calculs biliaires, maladie de Crohn, diverticulite, hépatite, jaunisse, maladie du foie, diarrhée chronique, maladie pancréatique ou polypes intestinaux? Oui Non

d) Les reins, la vessie et les organes reproducteurs :

y compris du sang, du pus, du sucre ou de l'albumine dans l'urine, des calculs, des maladies sexuellement transmissibles, des résultats anormaux au test Pap ou des maladies de la prostate? Oui Non

**RENSEIGNEMENTS
MÉDICAUX
PERSONNELS**

SECTION 3

Suite

e) Le cerveau et le système nerveux :

y compris l'épilepsie et les crises d'épilepsie, les convulsions, un accident ischémique transitoire (AIT), la sclérose en plaques, l'engourdissement des membres ou des fourmillements dans les membres, des étourdissements ou des évanouissements, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, une maladie des neurones moteurs (notamment SLA/maladie de Lou Gehrig), le coma, des blessures à la tête, des maux de tête persistants, de la dépression, de l'anxiété, un trouble de l'adaptation, de la fatigue, une dépression nerveuse ou un trouble émotionnel ou nerveux? Oui Non

f) Le sang et les glandes :

y compris anémie, diabète, leucémie, goutte, allergie, sueurs nocturnes, hypertrophie des ganglions lymphatiques (glandes), trouble du sein, trouble hypophysaire, trouble thyroïdien, lésions ou troubles cutanés inhabituels ou infections inexplicables? Oui Non

g) Le système musculosquelettique :

y compris l'arthrite, une maladie discale (hernie discale ou rupture de disque), des douleurs au dos ou au cou, des problèmes au genou, un coup de fouet cervical, un rhumatisme, un lupus, une paralysie, une déformation, une amputation ou toute autre maladie, blessure ou déformation de la colonne vertébrale, des articulations, des os ou des muscles y compris une fibrosite ou fibromyalgie? Oui Non

h) Le système immunitaire :

y compris le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), le complexe associé au sida ou tout autre trouble du système immunitaire? Oui Non

i) Kystes, tumeurs, cancer, polypes, mîles, bosses ou autres croissances, troubles mammaires ou écoulement inhabituel ou résultats anormaux à une mammographie ou biopsie?

Oui Non

12. Outre les renseignements déclarés aux questions ci-dessus, veuillez répondre aux questions suivantes :

i) au cours des cinq (5) dernières années avez-vous consulté un médecin ou un professionnel de la santé ou un chiropraticien? Oui Non

ii) avez-vous consulté un médecin ou été recommandé à un médecin ou à un professionnel de la santé pour une maladie ou une blessure qui n'a pas encore été diagnostiquée ou traitée, pour laquelle un test ou une investigation est en attente ou en cours; pour laquelle on vous a conseillé de demander un traitement? Oui Non

iii) au cours des 5 dernières années, avez-vous passé un ECG, effectué des analyses sanguines ou un autre test diagnostique? Oui Non

iv) avez-vous déjà subi un test afin de vérifier si vous avez été exposé au virus du sida? Oui Non

v) avez-vous remarqué des symptômes ou problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin? Oui Non

vi) Êtes-vous sous traitement ou médication à l'heure actuelle? Oui Non

vii) Êtes-vous en attente de résultats de tests? Oui Non

viii) Avez-vous eu des troubles menstruels ou une grossesse compliquée? Oui Non

ix) Êtes-vous enceinte? Oui Non

Si vous avez répondu Oui, indiquez la date prévue de l'accouchement : _____

**RENSEIGNEMENTS
MÉDICAUX
PERSONNELS**

Explications pour les questions 10 à 12 où vous avez répondu « Oui »

SECTION 4

Pour toutes les questions où vous avez répondu « Oui » dans la section des renseignements médicaux personnels, veuillez utiliser la section ci-dessous pour fournir des explications au besoin :

Numéro de la question	Diagnostic/raison, symptômes, test en attente/résultats, traitement	Date	Nom et adresse du médecin et/ou de l'hôpital

AUTORISATIONS	<p>J'autorise par les présentes tout médecin ou professionnel de la santé, tout hôpital, toute clinique ou toute autre installation médicale ou installation liée aux soins de santé que j'ai visité, ainsi que toute société d'assurance, agence gouvernementale, tout assureur provincial de soins médicaux, l'Agence du revenu du Canada, toute institution, organisation ou personne, qui possède des dossiers à mon sujet ou au sujet de mon état de santé à communiquer toute l'information qui y figure, notamment toute l'information relative à mes antécédents médicaux et à mon état de santé actuel à La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, à ses réassureurs ou aux membres du même groupe qu'elle aux fins de l'administration de ma proposition d'assurance aux termes du présent régime collectif.</p> <p>J'autorise également mon assureur, Wawanesa Vie, ou ses réassureurs, à échanger les renseignements personnels obtenus dans le cadre de ma proposition aux termes du présent régime, avec les réassureurs de l'assureur et tous mes autres assureurs. J'autorise en outre mon assureur à inclure ces renseignements personnels dans tous les autres dossiers que mon assureur possède actuellement à mon sujet, ou ceux qui peuvent être ouverts à l'avenir par mon assureur, aux fins prévues de ces autres dossiers.</p> <p>Je comprends qu'en fournissant le présent formulaire et en faisant enquête sur l'admissibilité à l'assurance, La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa n'est pas réputée admettre la validité de quelque demande de règlement que ce soit ni renoncer à ses droits pour s'opposer à toute demande de règlement aux termes du régime.</p>
CONSENTEMENT ET DIVULGATION À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	<p>Je consens à ce que Wawanesa Vie recueille, utilise et communique mes renseignements personnels aux fins suivantes : prendre et garder contact avec moi; souscrire les risques avec prudence; faire enquête et payer les demandes de règlement; déceler et prévenir la fraude; proposer et fournir des produits et des services qui répondent à mes besoins; compiler des statistiques et agir comme l'exige ou l'autorise la loi.</p> <p>Je comprends que Wawanesa Vie peut communiquer mes renseignements personnels aux personnes, organisations et fournisseurs de services suivants : les employés de Wawanesa Vie qui ont besoin de cette information pour faire leur travail; les enquêteurs d'assurance, les organismes d'enquête; les fournisseurs de services de traitement et de stockage de données et de programmation, d'impression et de distribution postale; les sociétés de réassurance concernées; les personnes à qui j'ai accordé l'accès à mes données; les personnes autorisées par la loi à consulter mes renseignements personnels. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans d'autres provinces ou dans des territoires de compétence à l'extérieur du Canada. Mes renseignements peuvent être partagés conformément aux exigences des lois de ces autres provinces ou territoires de compétence. Je reconnais que je ne peux inscrire, à ce moment-ci ou à tout moment ultérieur, que les personnes à charge qui m'ont autorisé à fournir leurs renseignements et qui consentent à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ces renseignements aux fins indiquées ci-dessus. Je comprends que si je devais limiter ou retirer mon consentement, Wawanesa Vie pourrait être incapable de traiter la couverture demandée.</p> <p>Pour obtenir plus de renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Wawanesa Vie et les pratiques des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada, consultez www.wawanesalife.com ou adressez-vous au service à la clientèle, Wawanesa Vie, au 236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8.</p> <p>Si vous avez des questions (y compris des questions concernant la collecte de renseignements personnels par Wawanesa Vie ou la collecte, l'utilisation, la communication ou la conservation des renseignements personnels, pour notre compte, par des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada) ou si vous souhaitez formuler une plainte au sujet de nos politiques ou procédures en matière de protection de la vie privée, veuillez communiquer avec la personne responsable de notre conformité en matière de protection des renseignements personnels : responsable de la protection de la vie privée, La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, 236 rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.</p>



Wawanesa
Vie^{MD}

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je demande par les présentes une couverture collective aux termes du régime d'assurance collective émis à mon promoteur du régime ou au promoteur du régime de mon conjoint par La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, et je reconnais que la police ne prendra pas effet tant que la proposition n'aura pas été approuvée par La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa.

Je reconnais par les présentes que les réponses consignées sont données par moi et sont complètes et véridiques. Ces réponses feront partie de tout contrat émis par La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa.

Je reconnais avoir reçu l'avis concernant MIB, Inc. et les rapports d'enquête, et j'accepte que Wawanesa Vie obtienne ces rapports.

J'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou autre établissement médical connexe ainsi que toute compagnie d'assurance, le MIB, Inc., tout organisme gouvernemental responsable des véhicules automobiles au sujet du dossier de conduite, ou toute autre organisation, institution ou personne qui possède des dossiers ou des renseignements me concernant ou concernant ma santé à fournir ces renseignements à Wawanesa Vie ou à ses réassureurs.

J'autorise Wawanesa Vie à effectuer les tests, examens, radiographies, électrocardiogrammes, analyses d'urine, profils sanguins généraux, y compris les analyses sanguines pour le SIDA, qui peuvent être requis afin de souscrire la présente proposition d'assurance. J'autorise le directeur médical de Wawanesa Vie à communiquer tous les renseignements de nature médicale obtenus pendant le processus de souscription à mon médecin de famille ou à tout autre professionnel de la santé.

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Date (JJ/MM/AA)

Signature du proposant

Le présent formulaire doit être rempli et reçu à notre bureau dans les 60 jours suivant la date susmentionnée, sans quoi un nouveau formulaire devra être rempli.



Le présent avis doit être détaché et remis au proposant AVIS concernant le Medical Information Bureau, Inc. (MIB, Inc.)

Tout renseignement concernant votre assurabilité est confidentiel. Wawanesa Vie ou ses réassureurs peuvent, cependant, envoyer un résumé de ceux-ci au MIB, Inc., un regroupement sans but lucratif de compagnies d'assurance qui permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous présentez à une autre compagnie membre du MIB, Inc. une demande d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement, le MIB, Inc. fournira à cette compagnie, sur demande, les renseignements contenus dans ses dossiers.

Le MIB, Inc. vous transmettra, sur demande, tout renseignement qu'il possède à votre sujet. Veuillez communiquer avec le MIB au 866-692-6901 (ATS 866-346-3642). Si vous contestez l'exactitude des renseignements contenus dans votre dossier du MIB, Inc., vous pouvez communiquer avec le MIB, Inc. et faire apporter une correction, conformément à la procédure prescrite par la loi fédérale des États-Unis intitulée Fair Credit Reporting Act. Le bureau des renseignements du MIB, Inc. se trouve à l'adresse suivante : 330 University Avenue, Suite 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7.

Wawanesa Vie ou ses réassureurs peuvent également communiquer les renseignements contenus dans votre dossier à d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous présentez une demande d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement.

Dans le cadre du traitement d'une proposition d'assurance, La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa peut obtenir des dossiers de conduite automobile, un rapport d'enquête individuel ou des rapports sur le consommateur contenant des renseignements personnels au sujet des proposants.