

Preuve d'assurabilité

Ce formulaire est utilisé pour les demandes tardives et pour les demandes de couvertures complémentaires et facultatives.



Veillez retourner le présent formulaire dûment rempli et les documents à l'appui à l'adresse suivante :

La Compagnie d'assurance vie Wawanesa

Service des avantages sociaux

236 Carlton Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5

Pour toute demande de renseignements, veuillez appeler le 1 800 665-7076

Instructions pour le participant au régime

1. Veuillez remplir toutes les sections pertinentes du formulaire afin d'éviter tout retard dans le traitement de votre demande.

- Demande tardive :
 - Employé : remplir les sections 1 à 4
 - Conjoint et/ou enfant : remplir les sections 1 et 5, ainsi que le questionnaire de la page 7
- Demande de couverture complémentaire :
 - Employé et conjoint : remplir les sections 1 à 4
- Demande de couverture facultative :
 - Employé et conjoint : remplir les sections 1 à 4

2. Veuillez signer et dater votre demande. Toute modification ou erreur doit être paraphée et datée.

3. Veuillez supprimer l'exemplaire du proposant – Avis relatif au Medical Information Bureau Inc. (« MIB Inc. »).

Ce document doit être remis au client à titre de renseignement.

4. Pour vous assurer du traitement confidentiel des renseignements contenus dans ce formulaire, veuillez envoyer votre demande dûment remplie directement à La Compagnie d'assurance vie Wawanesa (« Wawanesa Vie ») à l'adresse indiquée ci-après.

5. Si nous avons besoin d'autres renseignements, nous communiquerons avec vous directement.

6. Tous les renseignements que vous fournissez sont conservés à notre siège social :

La Compagnie d'assurance vie Wawanesa

Activités d'assurance collective

236 Carlton Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5

Qui remplit la présente proposition?

Veillez remplir deux formulaires distincts si vous et votre conjoint devez tous deux remplir un formulaire de preuve d'assurabilité.

Employé – veuillez préciser :

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiales : _____

Numéro de certificat : _____

Conjoint – veuillez préciser :

(Remarque : la preuve d'assurabilité n'est demandée que lors de la proposition pour une couverture facultative ou une couverture complémentaire.)

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Initiales : _____

Nom du participant au régime : _____ Numéro de certificat : _____

Section 1 – Identification du promoteur du régime ou de l'employé

Nom du promoteur du régime : _____ Numéro du régime collectif : _____

Nom de l'employé : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse du domicile (numéro et rue) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone au domicile : _____ Téléphone au travail : _____

Emploi, tâches principales (inclure le pourcentage de temps associé à chaque tâche) :

Salaire : _____ \$ Base : Annuel Deux fois par mois Mensuel Hebdomadaire Bimensuel

Horaire (heures par semaine) : _____ Autre (veuillez préciser) : _____

Date d'embauche (jj/mm/aaaa) : _____ Date d'effet de l'assurance collective (jj/mm/aaaa) : _____

Lieu de naissance

Province : _____ Pays : _____

Sexe : Masculin Féminin Courriel : _____

Section 2 – Renseignements personnels du proposant

1. Nom du médecin (si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez le nom du dernier médecin consulté ou de la dernière clinique fréquentée) : _____

Numéro de téléphone du médecin : _____

Adresse du médecin (numéro et rue) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa) : _____ Motif de la visite : _____

Traitement et résultats : _____

2. Taille : _____ pi. _____ po. Poids actuel : _____ lb.

Dans la dernière année (le cas échéant)

Prise de poids : _____ lb. Perte de poids : _____ lb.

Raison : _____

3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de produits du tabac ou de nicotine, y compris les cigarettes, les cigarillos, les colts, les cigares, la pipe, le tabac à mâcher, le tabac à priser, les cigarettes électroniques, la gomme, les timbres ou les vaporisateurs de nicotine, ou toute forme de substitut de la nicotine?

Oui Non

Si « oui », combien?

Quantité par semaine : _____ Type : _____

4. Avez-vous consommé de la marijuana au cours des 12 derniers mois? Oui Non

Si « oui », combien?

Quantité : _____ Fréquence : _____ Type : _____

5. a) Consommez-vous actuellement des boissons alcoolisées? Oui Non

Si « oui », combien?

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 détails :

| Type(s) | Quantité habituelle | Fréquence d'utilisation | Date de la dernière utilisation (jj/mm/aaaa) |
|---------|---------------------|-------------------------|--|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

b) Avez-vous déjà reçu un traitement, ou vous a-t-on déjà recommandé de suivre 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 à des rencontres des Alcooliques ou des Narcotiques anonymes (ou de groupes semblables)? Oui Non

7. a) Votre permis de conduire a-t-il déjà été suspendu ou révoqué? Oui Non

Si « Oui »

Pourquoi, quand et pendant combien de temps : _____

b) Avez-vous déjà été accusé de conduite avec facultés affaiblies? Oui Non

Si « Oui »

Quand : _____

c) Avez-vous reçu plus de trois (3) constats d'infraction 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 dix (10) dernières années? Oui Non

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 ou l'escalade de glace? Oui Non

Si « Oui », veuillez fournir des détails :

| Type(s) | Fréquence | Date de la dernière participation (jj/mm/aaaa) | Intention de participer à nouveau? |
|---------|-----------|--|---|
| | | | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| | | | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| | | | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

9. Veuillez répondre aux questions suivantes :

a) 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 :

b) Avez-vous déjà demandé ou touché des prestations, une indemnisation 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 :

c) Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance vie, invalidité ou santé qui, de quelque façon que ce soit, a été refusée, mise en suspens ou modifiée, ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non

Si « Oui », indiquez la raison, les dates et à quel égard :

d) 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 », indiquez la raison, les dates et la durée :

Section 3 – Renseignements médicaux personnels du proposant

Pour chaque réponse affirmative, mettez en évidence ou encerclez le trouble approprié et donnez des détails 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 (spécifiez le type de cancer ou de tumeur), de diabète, de maladie polykystique ou autre maladie rénale, de maladie mentale, de 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 de 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 des symptômes connus ou des troubles en lien avec ce qui suit :

a) **Les oreilles, les yeux, le nez, la gorge et les poumons** : Y compris crachats de sang, tuberculose, pleurésie, essoufflement, toux persistante, asthme, bronchite, MPOC, emphysème, troubles de l'audition, de la parole ou de la vue?

Oui Non

b) **Le cœur, les artères ou d'autres parties du système circulatoire** : Y compris angine, douleurs thoraciques, taux de cholestérol élevé, palpitations, hypertension artérielle, fièvre rhumatismale, souffle cardiaque, crise cardiaque, acrosyndrome ou 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 une maladie de la prostate?

Oui Non

e) **Le cerveau et le système nerveux** : Y compris l'épilepsie et les crises d'épilepsie, les convulsions, les accidents vasculaires cérébraux, les accidents ischémiques transitoires (AIT), la sclérose en plaques, l'engourdissement ou des fourmillements dans les membres, des étourdissements ou des évanouissements, la paralysie, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, la maladie de Huntington, la maladie des motoneurones (y compris la SLA/maladie de Lou Gehrig), le coma, des traumatismes crâniens, des maux de tête persistants, la dépression, de l'anxiété, un trouble de l'adaptation, de la fatigue, une dépression nerveuse, 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), troubles du sein, troubles hypophysaires, troubles thyroïdiens, 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, une entorse cervicale, 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 lié au sida, un test de dépistage du VIH positif ou tout autre trouble du système immunitaire?

Oui Non

i) Kystes, tumeurs, cancer, polypes, grains de beauté, bosses ou autres excroissances, 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 :

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

b) 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'ont pas encore été diagnostiquées ou traitées, 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

c) Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous passé un ECG, effectué des analyses sanguines ou d'autres tests diagnostiques?

Oui Non

d) Avez-vous déjà subi un test pour vérifier si vous avez été exposé au virus du sida? Oui Non

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

f) Êtes-vous actuellement sous traitement ou sous médication? Oui Non

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

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

i) Êtes-vous enceinte? Oui Non **Si « Oui »,** indiquez la date prévue de l'accouchement (jj/mm/aaaa) : _____

Section 5 – Renseignements sur le conjoint et les personnes à charge

(Demandé uniquement en cas de proposition tardive)

Conjoint(e)

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse du domicile (numéro et rue – si différente de celle de l'employé) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Personne à charge 1

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse du domicile (numéro et rue – si différente de celle de l'employé) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Personne à charge 2

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse du domicile (numéro et rue – si différente de celle de l'employé) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Personne à charge 3

Nom de famille : _____ Prénom : _____ Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____

Adresse du domicile (numéro et rue – si différente de celle de l'employé) : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Questionnaire

| | Conjoint(e) | Personne à charge 1 | Personne à charge 2 | Personne à charge 3 |
|---|---|---|---|---|
| 1. Au cours des deux dernières années, avez-vous eu un accident vasculaire cérébral ou une crise cardiaque, ou vous a-t-on recommandé de subir une chirurgie cardiaque? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 2. Au cours des trois dernières années, avez-vous présenté des symptômes de cancer, ou consulté un médecin ou reçu un traitement pour le cancer? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 3. Au cours des trois dernières années, un assureur vous a-t-il refusé une assurance individuelle? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 4. Avez-vous été diagnostiqué ou traité pour le sida, ou avez-vous présenté des symptômes de sida ou de complexe lié au sida? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| 5. Êtes-vous actuellement limité à un fauteuil roulant, alité, hospitalisé ou confiné dans un centre de soins infirmiers? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

Veillez noter que la section pour la signature de cette demande se trouve à la page 9.

Autorisations

Par les présentes, j'autorise tout médecin ou praticien que j'ai consulté et tout hôpital, clinique ou autre établissement médical ou paramédical où j'ai reçu des soins, ainsi que toute compagnie d'assurance, tout organisme gouvernemental, régime d'assurance maladie provincial, l'Agence de revenu du Canada, toute institution, tout organisme ou toute personne détenant des dossiers ou des informations à mon sujet ou au sujet de ma santé à en divulguer tous les détails, y compris tous mes antécédents médicaux et mon état de santé actuel, à La Compagnie d'assurance vie Wawanesa (« Wawanesa Vie »), ses réassureurs ou ses sociétés affiliées aux fins du traitement de ma demande de couverture en vertu de ce régime collectif.

J'autorise également mon assureur, Wawanesa Vie, et ses réassureurs à échanger les renseignements personnels obtenus dans le cadre de ma couverture au titre de ce régime, avec les réassureurs de l'assureur et tous mes autres assureurs. J'autorise de plus mon assureur à inclure ces renseignements personnels dans tout autre dossier qu'il détient actuellement à mon sujet, ou qu'il pourrait ouvrir à l'avenir, aux fins d'une utilisation conforme à l'objet de tels autres dossiers.

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.

Consentement et divulgation de renseignements personnels

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels par Wawanesa Vie aux fins suivantes : établir et maintenir des communications avec moi; évaluer les risques selon le principe de prudence; examiner et payer des réclamations; détecter et prévenir la fraude; offrir et fournir des produits et des services pour répondre à mes besoins; compiler des statistiques et agir conformément à ce qu'exige et autorise la loi.

Je comprends que Wawanesa Vie peut transmettre mes renseignements personnels aux personnes, organisations et prestataires de services suivants : les employés de Wawanesa Vie qui ont besoin de ces renseignements pour effectuer leur travail; les enquêteurs de sinistres, les organismes d'enquête; les organismes de réglementation; les fournisseurs de services de traitement et de stockage des renseignements, les services de programmation, d'impression, de poste et de distribution; les sociétés de réassurance concernées; les personnes à qui j'ai donné accès à ces renseignements et les personnes qui sont autorisées par la loi à voir mes renseignements personnels. Ces personnes, ces organisations et ces fournisseurs de services peuvent être situés dans d'autres provinces ou d'autres territoires à l'extérieur du Canada. Mes renseignements peuvent être transmis comme l'exigent les lois de ces territoires. 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 toute restriction limitant mon consentement ou encore le retrait de mon consentement pourrait faire en sorte que Wawanesa Vie ne puisse pas traiter ma demande d'assurance.

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Wawanesa Vie et ses pratiques concernant les prestataires de services à l'extérieur du Canada à partir du site www.wawanesalife.com ou de notre service d'assistance à la clientèle, Wawanesa Vie, 236 Carlton Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.

Si vous avez des questions (y compris des questions concernant la collecte de renseignements personnels par nous ou la collecte, l'utilisation, la divulgation ou le stockage de renseignements personnels pour notre compte par des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada) ou une plainte concernant nos politiques et procédures de protection des renseignements personnels, veuillez communiquer avec la personne responsable du respect de la protection des renseignements personnels de l'entreprise à l'adresse qui suit : Responsable de la protection des renseignements personnels, La Compagnie d'assurance vie Wawanesa, 236, rue Carlton, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.

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 cette demande 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 médicalement cette demande de couverture. J'autorise le directeur médical de Wawanesa Vie à communiquer tous les renseignements de nature médicale obtenus au cours du processus de souscription à mon médecin personnel ou à un autre professionnel de la santé.

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

* Je déclare que les réponses fournies dans la section 5 et le questionnaire pour mes enfants à charge (le cas échéant) sont, à ma connaissance, complètes et exactes, et que ces réponses feront partie de la demande d'assurance.

Date (jj/mm/aaaa) : _____ Signature de l'employé : _____

Date (jj/mm/aaaa) : _____ Signature du conjoint (le cas échéant) : _____

Le présent avis doit être détaché et remis au proposant

Avis du Medical Information Bureau Inc. (« MIB Inc. »)

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités en toute confidentialité. 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 Inc. 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 : 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA 02184-87.

Wawanesa Vie ou ses réassureurs peuvent également communiquer les renseignements contenus dans ses dossiers 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 proposant.