

Directives : Veuillez imprimer le formulaire et répondre aux questions 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 3 : Elles doivent être remplies en premier par le gestionnaire de régime. Gardez une copie des sections dûment remplies pour vos dossiers.
- ▶ Section 3 : Elle doit être lue, signée et datée par le salarié; les déclarations sur le statut de fumeur/non-fumeur et les bénéficiaires (le cas échéant) doivent être remplies.
- ▶ Sections 4 à 6 : Elles doivent être remplies par le salarié/conjoint et les originaux doivent être soumis à la Great-West. Conservez une copie pour vos dossiers.
- ▶ Le salarié doit envoyer le formulaire par la poste directement à la Great-West.

Partie 1 Renseignements sur le salarié À remplir par le gestionnaire de régime

| | | | | | |
|--|---------------|-------------------------------|---|------------------------------------|-------------------------|
| Nom du titulaire de la police collective (employeur) | | Police n° | | Division n° | Classe n° |
| Titre <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> _____ | | Nom de famille du salarié | Prénom | Initiale du second prénom | Numéro d'identification |
| Date d'embauche JJ-MM-AAAA | Revenu annuel | Nom du gestionnaire de régime | Numéro de téléphone du gestionnaire de régime XXX XXX-XXXX | Courriel du gestionnaire de régime | |
| Autorisation du gestionnaire de régime <input type="checkbox"/> Par les présentes, je certifie que les renseignements indiqués dans le présent formulaire Description de la protection sont exacts. | | | | Date d'autorisation | |

Partie 2 Raison de la demande d'assurance À remplir par le gestionnaire de régime

Nouvelle adhésion

*Candidat retardataire (période d'attente aux fins de l'admissibilité expirée). Remplissez la section 3 (A) ▶

Majoration de la protection. Remplissez la section applicable de la Partie 3 (B), (C) ou (D)

Adhésion annuelle - Date d'effet : JJ-MM-AAAA Remplissez la section applicable de la Partie 3 (B), (C) ou (D)

*Le formulaire Demande d'adhésion au régime collectif ou le Formulaire de modifications visant le régime collectif doit être inclus.

Partie 3 Garanties demandées À remplir par le gestionnaire de régime

Partie 3 (A) Candidats retardataires

| | Salarié | Conjoint | Enfant |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Assurance-vie de base | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assurance-maladie supplémentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| *Assurance dentaire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Assurance invalidité de courte durée | <input type="checkbox"/> | | |
| Assurance invalidité de longue durée | <input type="checkbox"/> | | |

*Des restrictions peuvent s'appliquer à l'assurance dentaire. Veuillez vous reporter à votre livret du salarié ou à votre contrat d'assurance.

Partie 3 (B) Protection complémentaire

| | Montant actuel | Nouveau montant total demandé |
|--|----------------|-------------------------------|
| Assurance-vie <input type="checkbox"/> Base <input type="checkbox"/> Supplémentaire | | |
| Assurance invalidité de courte durée | | |
| Assurance invalidité de longue durée | | |

Partie 3

Garanties demandées ...suite

Partie (C)

Protection facultative

Les nouveaux salariés et leurs conjoints peuvent, dans les 31 jours suivant la date d'admissibilité, sélectionner une assurance maladies graves facultative jusqu'à concurrence du maximum sans preuve d'assurabilité (MSPA) du régime collectif, et ce, sans avoir à fournir de preuves. Le MSPA doit être confirmé par le gestionnaire de régime (Voir l'étape 3 ci-dessous)

| Candidat | (1) Montant actuel | (2) Nouveau montant total demandé | (3) Montant d'assurance admissible sans MSPA (Confirmez avec le gestionnaire de régime) | (4) Montant demandé avec preuve d'assurabilité médicale (étapes 2 et 3) | Si le régime correspond au % du revenu, le % du montant total demandé |
|---------------------------------------|----------------------|-----------------------------------|--|---|---|
| Salarié | | | | | |
| Assurance-vie facultative | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Assurance maladies graves facultative | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Conjoint | | | | | |
| Assurance-vie facultative | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Assurance maladies graves facultative | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Enfant | | | | | |
| Assurance-vie facultative | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Assurance maladies graves facultative | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

** Aucun questionnaire médical n'est requis si le participant demande le montant du MSPA. Le maximum global pour l'assurance maladies graves facultative s'élève à 250 000 \$.

Déclaration sur le statut de fumeur/non-fumeur À remplir par le participant de régime

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé des cigarettes, du hachisch, des cigares, la pipe, des cigarillos ou fait usage de tabac à chiquer, de timbres ou de gomme à la nicotine, de noix d'arec ou de tabac ou de nicotine sous quelque autre forme que ce soit?

| | OUI | NON |
|----------------|--------------------------|--------------------------|
| SALARIÉ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| CONJOINT | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Désignation de bénéficiaire à l'égard de l'assurance-vie facultative À remplir par le participant de régime

La présente section doit être remplie pour désigner un bénéficiaire à l'égard de votre assurance-vie, le cas échéant. **L'original du formulaire est exigé dans le cas d'une demande de règlement aux termes de l'assurance-vie. Vous devez apposer vos initiales à côté de toute désignation de bénéficiaire rayée. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.**

Par les présentes, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et désigne la ou les personnes suivantes à titre de bénéficiaires.

| Prénom | Nom de famille | Initiale du second prénom | Part en pourcentage | Lien avec le salarié |
|--------|----------------|---------------------------|---------------------|----------------------|
|--------|----------------|---------------------------|---------------------|----------------------|

| Prénom | Nom de famille | Initiale du second prénom | Part en pourcentage | Lien avec le salarié |
|----------------------|----------------------|---------------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Les sommes dues doivent être divisées comme suit : Selon les pourcentages indiqués ci-dessus, ou En parts égales entre les survivants

▶ Le salarié est le bénéficiaire de l'assurance du conjoint et des enfants s'il est alors vivant. Autrement, la succession en sera le bénéficiaire. Par les présentes, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et désigne la ou les personnes ci-nommées à titre de bénéficiaires.

À NOTER : Là où la loi du Québec s'applique, et si vous avez désigné votre conjoint (personne à laquelle vous êtes marié ou uni civilement) comme bénéficiaire, la désignation sera irrévocable, à moins que vous ne cochiez la case « Révocable », ci-dessous.

Par les présentes, je demande que ma désignation de bénéficiaire soit : Révocable, je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

▶ La désignation irrévocable d'un bénéficiaire ne peut être modifiée sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable. La désignation révocable d'un bénéficiaire peut être modifiée en tout temps sans le consentement du bénéficiaire révocable.

Signature du participant de régime

| | |
|----------------------|------------|
| Signature | Date |
| <input type="text"/> | JJ-MM-AAAA |

Directives : Veuillez imprimer le formulaire et répondre aux questions 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 3 : Elles doivent être remplies en premier par le gestionnaire de régime. Gardez une copie des sections dûment remplies pour vos dossiers.
- ▶ Section 3 : Elle doit être lue, signée et datée par le salarié; les déclarations sur le statut de fumeur/non-fumeur et les bénéficiaires (le cas échéant) doivent être remplies.
- ▶ Sections 4 à 6 : Elles doivent être remplies par le salarié/conjoint et les originaux doivent être soumis à la Great-West. Conservez une copie pour vos dossiers.
- ▶ Le salarié doit envoyer le formulaire par la poste directement à la Great-West.

Partie 4 Renseignements sur le participant et les personnes à charge À remplir par le participant de régime

Renseignements sur le salarié

| | | | | | |
|---|--|---|---------------------------|---------------------------|---|
| Nom du titulaire de la police collective (employeur) | | | | Police n° | |
| | | | | | |
| Titre | | Nom de famille du salarié | Prénom | Initiale du second prénom | Sexe |
| <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> D ^r <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> _____ | | | | | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin |
| Date de naissance | | Profession | Fonctions | | |
| JJ-MM-AAAA | | | | | |
| Adresse postale du domicile | | Rue | Ville | Province | Code postal |
| | | | | | |
| Adresse courriel | | | | | |
| À NOTER : Si vous indiquez une adresse de courriel, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous relativement à la présente demande d'assurance. | | | | | |
| Téléphone au domicile | | Meilleur moment pour appeler | Autre numéro de téléphone | Post | Meilleur moment pour appeler |
| XXX XXX-XXXX | | <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir | XXX XXX-XXXX | XXXX | <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir |

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

| | | | | | |
|---|--|---|---------------------------|---------------------------|---|
| Titre | | Nom de famille du conjoint | Prénom du conjoint | Initiale du second prénom | Sexe |
| <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> D ^r <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> _____ | | | | | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin |
| Date de naissance | | Profession | Fonctions | | |
| JJ-MM-AAAA | | | | | |
| Adresse courriel | | | | | |
| À NOTER : Si vous indiquez une adresse de courriel, nous pourrions l'utiliser pour communiquer avec vous relativement à la présente demande d'assurance. | | | | | |
| Téléphone au domicile | | Meilleur moment pour appeler | Autre numéro de téléphone | Poste | Meilleur moment pour appeler |
| XXX XXX-XXXX | | <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir | XXX XXX-XXXX | XXXX | <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir |

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 | Sexe | Date de naissance |
|------------|----------------------------|--------------------|---|-------------------|
| Enfant (1) | | | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | JJ-MM-AAAA |
| Enfant (2) | | | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | JJ-MM-AAAA |
| Enfant (3) | | | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | JJ-MM-AAAA |
| Enfant (4) | | | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | JJ-MM-AAAA |

Directives : Veuillez imprimer le formulaire et répondre aux questions 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 3 : Elles doivent être remplies en premier par le gestionnaire de régime. Gardez une copie des sections dûment remplies pour vos dossiers.
- ▶ Section 3 : Elle doit être lue, signée et datée par le salarié; les déclarations sur le statut de fumeur/non-fumeur et les bénéficiaires (le cas échéant) doivent être remplies.
- ▶ Sections 4 à 6 : Elles doivent être remplies par le salarié/conjoint et les originaux doivent être soumis à la Great-West. Conservez une copie pour vos dossiers.
- ▶ Le salarié doit envoyer le formulaire par la poste directement à la Great-West.

Partie 5 Renseignements sur les antécédents médicaux et les habitudes de vie

Veuillez donner des précisions concernant toute réponse affirmative dans l'espace ci-dessous. **Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez remplir la page 7, Renseignements supplémentaires, à la fin du présent document et indiquer le numéro de la question.**

Sal. = Salarié Conj. = Conjoint
Enf. = Enfant

| | | |
|--|--|---|
| 1. Souffrez-vous ou avez-vous déjà eu l'une des maladies suivantes : cancer, maladie cardiaque, diabète, arthrite, tout trouble neurologique, psychiatrique, intestinal ou respiratoire ou toute maladie chronique? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Veuillez indiquer la maladie et préciser la date de l'apparition de celle-ci et la durée. |
| 2. Avez-vous déjà eu un résultat positif au test de dépistage de l'hépatite ou du VIH? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Veuillez indiquer les tests, la raison et la date. |
| 3. Avez-vous déjà passé une IRM ou une tomodensitométrie? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Veuillez indiquer l'année approximative, les raisons et les résultats. |
| 4. Avez-vous déjà été hospitalisé? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Veuillez indiquer l'année approximative, la durée du séjour et le diagnostic médical. |
| 5. Avez-vous déjà reçu des indemnités pour accident du travail ou des prestations de maladie ou d'invalidité pendant plus de sept jours consécutifs? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Veuillez indiquer la date approximative à laquelle vous avez cessé de travailler, la durée de votre absence au travail et l'affection médicale. |
| 6. Avez-vous été absent du travail ou des études pendant plus de dix jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure autre que celles décrites à la question 5? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Veuillez indiquer la date et décrire l'affection médicale si elle n'a pas déjà été décrite ci-dessus. |
| 7. Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance-vie ou d'assurance invalidité qui a été refusée ou modifiée? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Veuillez indiquer l'année approximative et les raisons. |
| 8. Avez-vous des raisons de croire que vous aurez besoin de soins médicaux ou chirurgicaux au cours des 12 prochains mois? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Veuillez indiquer la raison. |
| 9. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments sur ordonnance? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Veuillez fournir le nom des médicaments, la dose, la durée et l'affection médicale pour laquelle vous prenez ou avez pris ces médicaments. |
| 10. Au cours des dix dernières années, votre médecin vous a-t-il déjà recommandé de réduire votre consommation d'alcool ou avez-vous consommé des drogues (y compris de la marijuana) pour des raisons non médicales? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Veuillez fournir des précisions, y compris les dates de consommation, le type de produit et la fréquence de consommation par semaine. |
| 11. Consommez-vous de l'alcool? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Précisez le genre de boissons alcoolisées consommées et votre consommation hebdomadaire. |
| 12. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé des cigarettes, du hachisch, des cigares, la pipe, des cigarillos ou fait usage de tabac à chiquer, de timbres ou de gomme à la nicotine, de noix d'arc ou de tabac ou de nicotine sous quelque autre forme que ce soit? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Veuillez indiquer quel produit ainsi que la quantité ou le nombre par jour. |

Partie 5 Renseignements sur les antécédents médicaux et les habitudes de vie ...suite

Veillez donner des précisions concernant toute réponse affirmative dans l'espace ci-dessous. **Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez remplir la page 7, Renseignements supplémentaires, à la fin du présent document et indiquer le numéro de la question.**

Sal. = Salarié Conj. = Conjoint
Enf. = Enfant

| | | |
|--|--|---|
| 13. Votre poids a-t-il fluctué de plus de dix livres au cours des 12 derniers mois? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Veillez indiquer s'il s'agit d'une prise ou d'une perte de poids, le nombre de livres prises ou perdues et la raison de cette prise ou de cette perte de poids. |
| 14. Taille et poids actuels : SALARIÉ : _____ m/cm ou _____ pieds/pouces _____ kg ou _____ livres CONJOINT : _____ m/cm ou _____ pieds/pouces _____ kg ou _____ livres | | |
| 15. Avez-vous un médecin de famille attiré? Dans l'affirmative, veuillez indiquer (dans la colonne de droite) son nom, son adresse ainsi que la date et la raison de la dernière consultation. | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| 16. Avez-vous été recommandé à un spécialiste médical au cours des deux dernières années? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Veillez préciser le nom du spécialiste, le type de spécialité et la raison médicale de la consultation. |
| 17. Pratiquez-vous ou comptez-vous pratiquer des sports dangereux comme le saut en parachute, du deltaplane, une activité liée à l'aviation, de la plongée en scaphandre autonome, de la course de voitures ou de motocyclettes? | Oui Non Sal. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Conj. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Enf. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | Veillez décrire le type d'activité et la fréquence. |
| 18. Veuillez décrire les exercices physiques effectués durant une semaine y compris le type d'activité, la durée et la fréquence. | | |

Antécédents familiaux

19. Pour chaque candidat, est-ce que l'un de vos parents, frères ou sœurs, conjoint ou enfants souffre ou a déjà souffert d'une ou de plusieurs des affections suivantes : cancer, maladie cardiaque, chorée de Huntington, maladie polykystique des reins, diabète, maladie mentale, toxicomanie ou maladie chronique ou héréditaire?

Dans l'affirmative, veuillez remplir la ou les parties appropriées ci-dessous. Au besoin, annexe une feuille supplémentaire.

▶ Salarié : Oui Non ▶ Conjoint : Oui Non ▶ Enfant : Oui Non

| Salarié (membre de la famille / lien de parenté) : | Sexe | Âge actuel, si la personne est toujours en vie | Âge au décès | Âge approx. à l'apparition de la maladie | Maladie (précisez le type de la maladie, s'il est connu) |
|---|---|--|--------------|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | | | | |

| Conjoint (membre de la famille / lien de parenté) : | Sexe | Âge actuel, si la personne est toujours en vie | Âge au décès | Âge approx. à l'apparition de la maladie | Maladie (précisez le type de la maladie, s'il est connu) |
|--|---|--|--------------|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | | | | |

| Enfant (membre de la famille / lien de parenté) : | Sexe | Âge actuel, si la personne est toujours en vie | Âge au décès | Âge approx. à l'apparition de la maladie | Maladie (précisez le type de la maladie, s'il est connu) |
|--|---|--|--------------|--|--|
| | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin | | | | |

Veillez ajouter tout élément d'information qui vous semble important :

Avis concernant le MIB, Inc.

AVIS IMPORTANT

Vos renseignements personnels seront traités confidentiellement. Cependant, la Great-West 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 Great-West 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 :

330 avenue University Bureau 501, Toronto ON M5G 1R7, Tél. 416 597-0590

Protection de vos renseignements personnels

À La Great-West, compagnie d'assurance-vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels consignés à votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Great-West. La Great-West peut avoir recours à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres de l'effectif de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous utiliserons les renseignements personnels recueillis pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime collectif, y compris aux fins des enquêtes sur les demandes de règlement et de l'évaluation de celles-ci, ainsi que pour la constitution et la tenue de dossiers visant notre relation d'affaires. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la conformité de la Great-West ou rendez-vous à l'adresse www.lagreatwest.com.

Autorisations et déclarations

J'autorise :

- la Great-West, tout fournisseur 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 fournisseur de services travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime collectif;
- la Great-West à effectuer les tests, examens, profils sanguins et analyses d'urine au besoin afin de déterminer mon assurabilité relativement à la présente demande d'assurance;
- la Great-West à divulguer les renseignements contenus dans mes dossiers médicaux au fournisseur 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 Great-West à communiquer avec moi concernant la présente demande d'assurance à l'adresse courriel que j'ai fournie;
- le répondant du régime à déduire de ma rémunération et à remettre à la Great-West les cotisations salariales requises, le cas échéant, 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 Great-West doit être déclaré à la Great-West. 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 Great-West, je ne suis pas assurable pour une partie ou la totalité de la protection.

Signature du salarié _____ Date de la signature _____ JJ-MM-AAAA

Signature du conjoint _____ Date de la signature _____ JJ-MM-AAAA

Adresse postale

Sélection des risques médicaux, Collective
La Great-West, compagnie d'assurance-vie
CP 6000
Winnipeg MB R3C 3A5

Ligne ATS 1 800 990-6654 (disponible pour les sourds et les malentendants)

