

Preuve d'assurabilité – Régimes gérés par le siège social

Assurance collective

DIRECTIVES – Veuillez écrire toutes les réponses en caractères d'imprimerie.

1. Veuillez consulter l'administrateur de votre régime pour connaître le type de couverture offerte par votre régime et cocher (✓) la case appropriée pour indiquer le type de couverture désirée.

- PARTICIPANT UNIQUEMENT
 PARTICIPANT ET CONJOINT
 PARTICIPANT, CONJOINT ET PERSONNES À CHARGE
 CONJOINT ET/OU PERSONNES À CHARGE

2. Veuillez voir à ce que TOUTES LES PARTIES soient remplies.

Partie 1 – Renseignements sur le promoteur du régime – **DOIT ÊTRE REMPLIE EN PREMIER PAR L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME.**

Parties 2, 3, 4, 5, 6 et 7 – Renseignements sur le participant ou le conjoint – Doivent être remplies par le participant ou le conjoint, qui fera ensuite parvenir le formulaire à Manuvie.

3. Si nécessaire, conservez une copie dans vos dossiers.

1 Renseignements sur le promoteur du régime

Numéro(s) de contrat		Numéro de division		Numéro de certificat du participant	
				Catégorie	
				Rémunération annuelle	
				\$	
Promoteur du régime				Date d'admissibilité (jj/mmmm/aaaa)	
Nom de l'administrateur du régime			Numéro de téléphone		Adresse de courriel
Nom et prénom du participant				Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
Langue préférée/Language preference			Sexe*		Province du domicile
<input type="radio"/> Français/French <input type="radio"/> Anglais/English			<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Non-binaire		

* Sélectionnez homme, femme ou non-binaire (intersexué), selon votre sexe biologique actuel.

Aux fins de la présente proposition, le terme « non-binaire » ne fait pas référence à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre ou à la perception de genre d'une personne.

Couverture demandée :

- Adhésion tardive
- Soins médicaux complémentaires
 Individuelle
 Familiale
 Personne(s) à charge
- Soins dentaires
 Individuelle
 Familiale
 Personne(s) à charge

VIE DE BASE

Montant actuel du participant _____ \$
 Montant supplémentaire demandé _____ \$
 Montant total demandé _____ \$

ILD/ILD facultative

Montant actuel du participant _____ \$
 Montant supplémentaire demandé _____ \$
 Montant total demandé _____ \$

ICD

Montant actuel du participant _____ \$
 Montant supplémentaire demandé _____ \$
 Montant total demandé _____ \$

Option ILD : De _____ à _____ Option VIE : De _____ à _____

VIE FACULTATIVE

Montant d'assurance-vie facultative :

Montant actuel du participant _____ \$ OU _____ tranches de _____ \$ OU _____ x le salaire de _____ \$ = _____ \$

Montant supplémentaire demandé _____ \$ OU _____ tranches de _____ \$ OU _____ x le salaire de _____ \$ = _____ \$

Montant total demandé _____ \$ OU _____ tranches de _____ \$ OU _____ x le salaire de _____ \$ = _____ \$

Montant d'assurance-vie facultative du conjoint :

Montant actuel du conjoint _____ \$ OU _____ tranches de _____ \$ OU _____ x le salaire de _____ \$ = _____ \$

Montant supplémentaire demandé _____ \$ OU _____ tranches de _____ \$ OU _____ x le salaire de _____ \$ = _____ \$

Montant total demandé _____ \$ OU _____ tranches de _____ \$ OU _____ x le salaire de _____ \$ = _____ \$

VIE DES PERSONNES À CHARGE

Montant d'assurance-vie des personnes à charge _____ \$

Autre : (précisez)

2 Déclaration du participant

* Sélectionnez homme, femme ou non-binaire (intersexué), selon votre sexe biologique actuel.

Aux fins de la présente proposition, le terme « non-binaire » ne fait pas référence à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre ou à la perception de genre d'une personne.

Nom et prénom du participant			Profession	
Sexe* <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Non-binaire		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Numéro de téléphone (domicile)	Numéro de téléphone (travail)
Adresse du participant (numéro, rue, appartement)				
Ville		Province	Code postal	
Taille _____ m _____ cm _____ pi _____ po		Poids <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	Avez-vous fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ou pris du tabac sous une autre forme ou encore utilisé des produits antitabagisme au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Avez-vous perdu ou pris plus de 4,5 kg/10 livres au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si <i>oui</i> , veuillez répondre à ce qui suit :				
Combien de livres ou de kilos avez-vous perdus ou pris? <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb		S'agit-il d'une prise ou d'une perte de poids?	Raison	
Nom et prénom du médecin personnel				
Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau)			Numéro de téléphone	
Ville		Province	Code postal	

3 Déclaration du conjoint

* Sélectionnez homme, femme ou non-binaire (intersexué), selon votre sexe biologique actuel.

Aux fins de la présente proposition, le terme « non-binaire » ne fait pas référence à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre ou à la perception de genre d'une personne.

Nom et prénom du conjoint				
Sexe* <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Non-binaire		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Numéro de téléphone (domicile)	Numéro de téléphone (travail)
Taille _____ m _____ cm _____ pi _____ po		Poids <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	Avez-vous fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ou pris du tabac sous une autre forme ou encore utilisé des produits antitabagisme au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Avez-vous perdu ou pris plus de 4,5 kg/10 livres au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si <i>oui</i> , veuillez répondre à ce qui suit :				
Combien de livres ou de kilos avez-vous perdus ou pris? <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb		S'agit-il d'une prise ou d'une perte de poids?	Raison	
Nom et prénom du médecin personnel				
Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau)			Numéro de téléphone	
Ville		Province	Code postal	

4 Renseignements sur les personnes à charge

* Sélectionnez homme, femme ou non-binaire (intersexué), selon votre sexe biologique actuel.

Aux fins de la présente proposition, le terme « non-binaire » ne fait pas référence à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre ou à la perception de genre d'une personne.

* Sélectionnez homme, femme ou non-binaire (intersexué), selon votre sexe biologique actuel.

Aux fins de la présente proposition, le terme « non-binaire » ne fait pas référence à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre ou à la perception de genre d'une personne.

* Sélectionnez homme, femme ou non-binaire (intersexué), selon votre sexe biologique actuel.

Aux fins de la présente proposition, le terme « non-binaire » ne fait pas référence à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre ou à la perception de genre d'une personne.

Veillez fournir les renseignements suivants sur chaque personne à charge à assurer.
Si vous avez plus de trois enfants, veuillez joindre une feuille distincte (signée et datée) et y indiquer tous les renseignements personnels demandés.

Nom et prénom de l'enfant			
Sexe* <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Non-binaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Taille _____ m _____ cm _____ pi _____ po	Poids <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
Avez-vous perdu ou pris plus de 4,5 kg/10 livres au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si <i>oui</i> , veuillez répondre à ce qui suit :			
Combien de livres ou de kilos avez-vous perdus ou pris? <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	S'agit-il d'une prise ou d'une perte de poids?	Raison	
Médecin de la personne à charge – Est-ce le même médecin que celui du participant? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si <i>non</i> , veuillez remplir la section ci-dessous :			
Nom et prénom du médecin personnel			
Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau)		Numéro de téléphone	
Ville	Province	Code postal	

Nom et prénom de l'enfant			
Sexe* <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Non-binaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Taille _____ m _____ cm _____ pi _____ po	Poids <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
Avez-vous perdu ou pris plus de 4,5 kg/10 livres au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si <i>oui</i> , veuillez répondre à ce qui suit :			
Combien de livres ou de kilos avez-vous perdus ou pris? <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	S'agit-il d'une prise ou d'une perte de poids?	Raison	
Médecin de la personne à charge – Est-ce le même médecin que celui du participant? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si <i>non</i> , veuillez remplir la section ci-dessous :			
Nom et prénom du médecin personnel			
Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau)		Numéro de téléphone	
Ville	Province	Code postal	

Nom et prénom de l'enfant			
Sexe* <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Non-binaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Taille _____ m _____ cm _____ pi _____ po	Poids <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb
Avez-vous perdu ou pris plus de 4,5 kg/10 livres au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si <i>oui</i> , veuillez répondre à ce qui suit :			
Combien de livres ou de kilos avez-vous perdus ou pris? <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	S'agit-il d'une prise ou d'une perte de poids?	Raison	
Médecin de la personne à charge – Est-ce le même médecin que celui du participant? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Si <i>non</i> , veuillez remplir la section ci-dessous :			
Nom et prénom du médecin personnel			
Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau)		Numéro de téléphone	
Ville	Province	Code postal	

5 Questions médicales à l'intention des personnes à assurer

Veillez répondre à TOUTES LES QUESTIONS ci-dessous au nom de TOUS les proposant. Fournissez des précisions dans le cas de TOUTES LES RÉPONSES AFFIRMATIVES. Si vous manquez d'espace, veuillez joindre une feuille distincte (signée et datée).

	Participant	Conjoint	Enfants
1. Avez-vous			
(a) effectué des vols à titre de pilote, d'élève-pilote ou de membre d'équipage au cours des 12 derniers mois ou avez-vous l'intention de le faire?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(b) pratiqué des sports dangereux tels la course automobile, la plongée sous-marine, le parachutisme ou tout autre sport dangereux au cours des 12 derniers mois ou avez-vous l'intention de le faire?	<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. Avez-vous			
(a) déjà demandé ou touché des prestations, des indemnités ou une pension en raison d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(b) déjà soumis une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie qui a été refusée, différée ou modifiée de quelque façon que ce soit?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(c) été absent du travail pour des raisons médicales au cours des cinq dernières années?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(d) des traitements à suivre ou des médicaments à prendre en ce moment?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(e) une affection quelconque qui pourrait nécessiter la consultation d'un médecin, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou un traitement psychiatrique?	<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. Avez-vous été atteint des affections suivantes, consulté un médecin ou reçu des traitements à cet égard :			
(a) maux de poitrine, troubles des vaisseaux sanguins ou cardiaques, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(b) hypertension artérielle?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(c) allergies ou troubles de la peau, y compris excroissances, kystes et tumeurs?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(d) troubles glandulaires, y compris troubles de la thyroïde et diabète?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(e) épilepsie, troubles neurologiques (p. ex. sclérose en plaques, maladie de Parkinson)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(f) troubles nerveux ou mentaux ou affections émotives telles qu'angoisse ou dépression?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(g) usage abusif d'alcool ou de stupéfiants?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(h) troubles pulmonaires?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(i) troubles intestinaux, de l'estomac ou du foie?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(j) 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
(k) troubles rénaux, urinaires ou des organes génitaux?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(l) arthrite, rhumatisme ou fibromyalgie?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(m) troubles musculaires ou osseux, y compris du dos, de la colonne vertébrale ou des articulations?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(n) affections immuno-déficientes, y compris SIDA ou affections liées au SIDA ou hypertrophie généralisée des ganglions lymphatiques, ou avez-vous obtenu des résultats d'examen révélant que vous avez peut-être été exposé au virus du SIDA (par ex. HTLV III, LAV)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
(o) anémie ou autres troubles sanguins?	<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 déjà été atteint d'une déficience physique, d'une affection ou d'un trouble, ou présenté des symptômes chroniques, notamment des douleurs chroniques ou des symptômes liés au syndrome de fatigue chronique, dont il n'est pas fait mention ci-dessus?	<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 Questions médicales à l'intention des personnes à assurer (suite)

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, veuillez fournir les renseignements suivants.
Si vous manquez d'espace, veuillez joindre un autre formulaire ou une feuille (les deux documents doivent être signés et datés).

Numéro de la question	Nom de la personne y compris le prénom	Détails ou nom de l'affection	Date et durée	Médicaments/traitements et résultats (rétablissement ou séquelles)	Nom et adresse des médecins et des hôpitaux

	Participant	Conjoint	Enfants
5. Un membre de votre famille immédiate (père, mère, sœurs, frères) a-t-il reçu avant l'âge de 60 ans un diagnostic de cancer, de maladie du cœur, de diabète (deux membres de votre famille ou plus avant l'âge de 50 ans), de maladie rénale chronique, d'angine de poitrine, d'accident vasculaire cérébral, de sclérose en plaques, de la maladie de Huntington, de la maladie de Parkinson, de la maladie d'Alzheimer, de sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig) ou de maladie du motoneurone? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions dans le tableau ci-dessous.	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Famille du participant ou du conjoint	Lien	Affection	Âge à l'apparition de l'affection	Âge au décès (s'il y a lieu)
<input type="radio"/> Participant <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant				
<input type="radio"/> Participant <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant				
<input type="radio"/> Participant <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant				
<input type="radio"/> Participant <input type="radio"/> Conjoint <input type="radio"/> Enfant				

6 Attestation et autorisation

Je certifie que je (c'est-à-dire le participant, le conjoint ou tout enfant à charge ayant la capacité de contracter, selon le cas) présente une demande d'assurance collective (couverture) et que les renseignements fournis sont exacts et complets. **Je reconnais** que si des renseignements faux, incomplets ou trompeurs sont fournis, ma demande peut être refusée ou ma couverture, prendre fin. **J'autorise** Manuvie recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels relatifs à ma demande (renseignements) aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications ou du traitement de ma demande, ainsi qu'à des fins de tarification médicale. **Je suis autorisé** à consentir à la collecte, l'utilisation, la conservation, l'échange et la divulgation de renseignements pertinents au sujet de tout enfant mineur touché par la présente demande de couverture lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus, et je reconnais que toutes les déclarations faites par moi-même dans la présente s'appliquent également à cet enfant mineur. **Je comprends** que Manuvie effectuera des recherches dans le cadre de l'étude de la présente demande et pourrait avoir besoin de renseignements me concernant, notamment en rapport avec mes activités, mon revenu, mon emploi, mon instruction, ma formation, mon état de santé, mes antécédents médicaux et traitements, y compris les notes cliniques. **J'autorise** toute personne ou organisation détenant des renseignements pertinents, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. **Je comprends** que toute couverture n'entrera en vigueur que lorsqu'elle aura été approuvée par Manuvie. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, **j'autorise** son utilisation à des fins d'identification et d'administration. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. **Je reconnais** que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation, la conservation ou la divulgation des renseignements personnels en consultant la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels qui se trouve dans le site www.manuvie.ca/participant ou en m'adressant au promoteur du régime.

Nom du participant (en caractères d'imprimerie)

Signature du participant

Date (jj/mmmm/aaaa)

Signature du conjoint (nécessaire seulement si une preuve concernant l'assurabilité du conjoint est fournie dans le présent formulaire)

Date (jj/mmmm/aaaa)

Tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que vous avez autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

7 Directives d'envoi

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante

Tarifification médicale, Assurance collective

Manuvie

P.O. Box 1900, Station C

Kitchener (Ontario) N2G 4R4

Téléphone : 1 800 268-6195 ou 519 747-7000

Site Web à l'intention des participants au régime : Rendez-vous sous l'onglet Nous joindre du menu principal et cliquez sur le lien « Envoyer des documents » pour nous faire parvenir vos documents de manière sécuritaire.