

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 :

Catégorie :

Numéro de certificat du participant :

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 :

☐ Français/French ☐ Anglais/English

Sexe* :

☐ Homme
☐ Femme
☐ Non-binaire

Province du domicile :

* Sélectionnez homme, femme ou non-binaire, 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 : _____

1. Renseignements sur le promoteur du régime (suite)

☐ 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, 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* : ☐ Homme
☐ Femme
☐ Non-binaire

Date de naissance
(jj/mm/aaaa) :

Numéro de téléphone
(domicile) :

Numéro de téléphone
(travail) :

Adresse du participant (numéro, rue, appartement) :

Ville :

Province :

Code postal :

Taille :

Poids :

_____ m _____ cm
_____ pi _____ po

☐ kg
☐ 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?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous perdu ou pris plus de 4,5 kg/10 livres au cours des 12 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non Si **oui**, veuillez répondre à ce qui suit :

Combien de livres ou de kilos
avez-vous perdus ou pris?

☐ kg
☐ 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, 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* : ☐ Homme
☐ Femme
☐ Non-binaire

Date de naissance
(jj/mm/aaaa) :

Numéro de téléphone
(domicile) :

Numéro de téléphone
(travail) :

Taille :

Poids :

_____ m _____ cm
_____ pi _____ po

☐ kg
☐ 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?

☐ Oui ☐ Non

Avez-vous perdu ou pris plus de 4,5 kg/10 livres au cours des 12 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non Si **oui**, veuillez répondre à ce qui suit :

Combien de livres ou de kilos
avez-vous perdus ou pris?

☐ kg
☐ 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

Veuillez 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 :

*Sélectionnez homme, femme ou non-binaire, 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.

Sexe* : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Non-binaire Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : Taille : _____ m _____ cm _____ pi _____ po Poids : kg lb

Avez-vous perdu ou pris plus de 4,5 kg/10 livres au cours des 12 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non Si **oui**, veuillez répondre à ce qui suit :

Combien de livres ou de kilos avez-vous perdus ou pris? ☐ kg ☐ 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? ☐ Oui ☐ Non

Si **non**, 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 :

* Sélectionnez homme, femme ou non-binaire, 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.

Sexe* : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Non-binaire Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : Taille : _____ m _____ cm _____ pi _____ po Poids : kg lb

Avez-vous perdu ou pris plus de 4,5 kg/10 livres au cours des 12 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non Si **oui**, veuillez répondre à ce qui suit :

Combien de livres ou de kilos avez-vous perdus ou pris? ☐ kg ☐ 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? ☐ Oui ☐ Non

Si **non**, 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 :

* Sélectionnez homme, femme ou non-binaire, 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.

Sexe* : ☐ Homme ☐ Femme ☐ Non-binaire Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : Taille : _____ m _____ cm _____ pi _____ po Poids : kg lb

Avez-vous perdu ou pris plus de 4,5 kg/10 livres au cours des 12 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non Si **oui**, veuillez répondre à ce qui suit :

Combien de livres ou de kilos avez-vous perdus ou pris? ☐ kg ☐ 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? ☐ Oui ☐ Non

Si **non**, 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

Veuillez répondre à **toutes les questions** ci-dessous au nom de **tous** les proposant.s. 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?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
c. été absent du travail pour des raisons médicales au cours des cinq dernières années?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
d. des traitements à suivre ou des médicaments à prendre en ce moment?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
e. une affection quelconque qui pourrait nécessiter la consultation d'un médecin, une hospitalisation, une intervention chirurgicale ou un traitement psychiatrique?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
3. Avez-vous été atteint des affections suivantes, consulté un médecin ou reçu des traitements à cet égard :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
a. maux de poitrine, troubles des vaisseaux sanguins ou cardiaques, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
b. hypertension artérielle?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
c. allergies ou troubles de la peau, y compris excroissances, kystes et tumeurs?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
d. troubles glandulaires, y compris troubles de la thyroïde et diabète?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
e. épilepsie, troubles neurologiques (p. ex. sclérose en plaques, maladie de Parkinson)?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
f. troubles nerveux ou mentaux ou affections émotives telles qu'anxiété ou dépression?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
g. usage abusif d'alcool ou de stupéfiants?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
h. troubles pulmonaires?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
i. troubles intestinaux, de l'estomac ou du foie?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
j. cancer?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
k. troubles rénaux, urinaires ou des organes génitaux?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
l. arthrite, rhumatisme ou fibromyalgie?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
m. troubles musculaires ou osseux, y compris du dos, de la colonne vertébrale ou des articulations?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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)?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
o. anémie ou autres troubles sanguins?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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.

☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

Famille du participant ou du conjoint	Lien	Affection	Âge à l'apparition de l'affection	Âge au décès (s'il y a lieu)
☐ Participant ☐ Conjoint ☐ Enfant				
☐ Participant ☐ Conjoint ☐ Enfant				
☐ Participant ☐ Conjoint ☐ Enfant				
☐ Participant ☐ Conjoint ☐ Enfant				

6. Autorisation et consentement

Le terme « nous » renvoie à La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Manuvie), ainsi qu'à ses sociétés affiliées et à ses filiales. Le terme « vous » renvoie à la personne qui soumet la présente demande d'adhésion.

Veuillez lire les renseignements qui suivent avant de passer en revue vos choix.

Vous trouverez ci-après les modalités applicables à la présente demande d'adhésion pour vous et votre conjoint et/ou vos enfants. Il s'agit de renseignements importants. Les modalités décrivent ce à quoi vous consentez lorsque vous adhérez au régime et la façon dont nous traitons vos renseignements. Ainsi, avant de passer en revue votre demande, veuillez lire attentivement ce qui suit.

Tous les renseignements fournis en lien avec la présente demande d'adhésion, y compris ceux qui seront fournis verbalement ou par écrit ultérieurement, sont, à votre connaissance, véridiques et complets.

Si vous fournissez des renseignements faux, incomplets ou trompeurs dans la présente demande d'adhésion ou en lien avec celle-ci par la suite, vous comprenez que vous vous exposez aux éventualités suivantes, conformément aux dispositions de votre régime d'assurance collective :

- la couverture dont votre conjoint, vos enfants et vous-même bénéficiez pourrait être annulée;
- les demandes d'indemnisation au titre de cette couverture pourraient être rejetées et tout paiement pourrait vous être refusé;
- nous pourrions recouvrer les sommes qui vous ont été versées à tort.

Vous comprenez qu'aucune couverture n'entre en vigueur avant que nous l'ayons approuvée.

Protection des renseignements personnels

Vous vous souciez de la protection de vos renseignements personnels. Cela nous tient à cœur aussi.

J'octroie les autorisations suivantes :

- J'autorise Manuvie et/ou ses fournisseurs de services, ainsi que ses réassureurs et leurs fournisseurs de services, à recueillir, utiliser, conserver et divulguer mes renseignements personnels relatifs à la présente demande d'adhésion (les « renseignements personnels ») aux fins de l'administration des régimes d'assurance collective, des vérifications, de l'évaluation et du traitement de la présente demande, de la tarification médicale et/ou à toute autre fin prévue à la Déclaration relative aux renseignements personnels pour les régimes d'assurance collective des employeurs (collectivement, les « fins »).
- J'autorise toute personne ou toute organisation détenant des renseignements personnels à mon sujet, y compris tout professionnel de la santé, tout établissement, toute pharmacie ou toute autre installation offrant des soins médicaux ou des services de santé, tout organisme de réglementation professionnel, tout employeur, tout administrateur de régime d'assurance collective ou d'autres programmes d'avantages sociaux, tout assureur ou tout organisme d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver et divulguer lesdits renseignements, et à les échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses fournisseurs de services, aux fins susmentionnées.
- 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 comprends ce qui suit :

- Manuvie peut mener une enquête dans le cadre de l'étude de la présente demande d'adhésion et avoir besoin de renseignements personnels me concernant aux fins susmentionnées, notamment en lien avec mes activités, mon revenu, mon emploi, mes études, ma formation, mon état de santé, mes antécédents médicaux et les traitements que j'ai reçus, y compris les notes cliniques.
- Sauf restriction contractuelle à l'effet contraire, les employés de Manuvie, les organisations autorisées, les fournisseurs de services et les réassureurs peuvent se trouver tant au Canada qu'à l'étranger. Par conséquent, mes renseignements personnels peuvent faire l'objet de transferts interprovinciaux ou transfrontaliers aux fins susmentionnées et ainsi être assujettis aux lois de ces autres provinces, territoires ou pays.
- Ma demande d'adhésion peut être tranchée en fonction d'un processus entièrement automatisé reposant sur mes renseignements personnels.
- Je peux retirer mon consentement à certaines utilisations de mes renseignements personnels, sous réserve des restrictions prévues à la loi ou dans un contrat. Je ne peux retirer mon consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par Manuvie des renseignements personnels nécessaires au traitement de ma demande d'adhésion. Le cas échéant, Manuvie peut considérer le retrait de mon consentement comme une demande d'annulation, de retrait ou de résiliation de ma demande d'adhésion.
- J'ai le droit de consulter mes renseignements personnels qui sont consignés aux dossiers de Manuvie, d'en vérifier l'exactitude et de demander, au besoin, que des corrections y soient apportées.

Envoyer toute demande au **Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, C. P. 1602, Del Station 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6** ou à canada_privacy@manulife.ca.

Pour en savoir plus, consulter la [Déclaration relative aux renseignements personnels pour les régimes d'assurance collective des employeurs](#).

Demande d'adhésion pour enfants mineurs et/ou conjoint

Si vous soumettez une demande d'adhésion ou transmettez des renseignements qui concernent vos enfants mineurs et/ou votre conjoint, gardez ce qui suit à l'esprit.

Par votre signature, vous nous autorisez à recueillir, utiliser et divulguer les renseignements personnels de la personne concernée aux fins susmentionnées (selon le sens donné à ces termes plus haut), ou encore à procéder à leur traitement de toute autre manière, et/ou vous confirmez que vous avez obtenu le consentement de la personne concernée à cet effet.

6. Autorisation et consentement (suite)

Votre adresse courriel
En fournissant votre adresse courriel, vous nous autorisez à vous envoyer des courriels. Si votre adresse de courriel change, c'est à vous de nous en informer.

Consentement électronique
Vous comprenez et convenez que nous pourrions faire ce qui suit dans le cadre de l'étude de votre demande d'adhésion :

- communiquer avec vous et vous fournir les renseignements que nous sommes tenus de vous faire parvenir par voie électronique;
- utiliser des documents électroniques;
- utiliser des signatures électroniques.

Vous pouvez révoquer votre consentement à cet effet par écrit en tout temps.

Vous avez lu les **Modalités d'utilisation** du site des participants de Manuvie, et vous vous engagez à les respecter.

Droit de révocation
Vous pouvez révoquer vos autorisations en tout temps en nous faisant parvenir un avis écrit à cet effet. Vous comprenez que si vous le faites, cela pourrait avoir une incidence sur votre demande d'adhésion, sur l'administration de vos futures demandes de règlement et sur le versement de vos prestations.

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) :

7. Directives d'envoi

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante

Tarification 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.