

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR UN ENFANT À CHARGE - ASSURANCE COLLECTIVE

Police n°	Division n°	Nom de famille de l'employé, initiale du prénom
-----------	-------------	---

Toute référence à des tests, à des résultats ou à des analyses **exclut les tests génétiques**.

Un test génétique est défini comme l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de maladies ou de risques de transmission verticale, ou la surveillance, le diagnostic ou le pronostic; l'analyse génétique porte un sens similaire. Ne divulguez aucun renseignement sur des tests génétiques dans cette proposition ou tout autre questionnaire ou formulaire.

Dans ce formulaire, « Empire Vie » s'entend de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, et le masculin singulier est utilisé comme générique pour désigner des personnes dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Veillez écrire lisiblement en LETTRES MOULÉES et répondre entièrement à toutes les sections.

Nom du titulaire de la police d'assurance collective (employeur)

1.0 Renseignements sur l'employé

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)

Adresse	Ville	Province	Code postal
---------	-------	----------	-------------

Emploi	Adresse de courriel personnelle et confidentielle
--------	---

Toute correspondance relative à ce formulaire doit être envoyée au : domicile lieu de travail

Autorisez-vous l'Empire Vie à communiquer avec vous par courriel à propos de cette demande? oui non

1.1 Renseignements sur la personne à charge

Pour ajouter des enfants à charge, veuillez remplir un nouveau formulaire « Renseignements médicaux sur un enfant à charge - Assurance collective » (GB-0005).

Nom de la personne à charge (prénom, nom de famille)	Sexe	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Taille	Poids
	<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme		<input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg

2.0 Renseignements personnels

Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez remplir un autre formulaire « Renseignements médicaux sur un enfant à charge - Assurance collective » (GB-0005).

La personne à charge a-t-elle un médecin habituel/un infirmier clinicien habituel? oui non

Si vous répondez « oui », veuillez fournir les détails suivants :

Nom du médecin ou de l'infirmier clinicien (prénom, nom de famille)

Adresse et numéro de téléphone du médecin ou de l'infirmier clinicien

Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)	Raison de la visite : <input type="radio"/> Consultation/conseil <input type="radio"/> Médication <input type="radio"/> Visite annuelle <input type="radio"/> Traitement/thérapie <input type="radio"/> Référence <input type="radio"/> Tests/examens
---	--

Détails et résultats de la dernière visite (y compris la médication courante et le dosage, le nom du spécialiste, du médecin ou du professionnel de la santé, le type de traitement, la raison de la référence, les visites à l'urgence) (plus d'espace à la section 2.6) :

La personne à charge a-t-elle vu un médecin ou un infirmier clinicien dans une clinique ou un hôpital autre que son médecin habituel? oui non Si vous répondez « oui », veuillez fournir les détails suivants :

Date de la dernière visite (jj/mm/aaaa)	Raison de la visite : <input type="radio"/> Consultation/conseil <input type="radio"/> Médication <input type="radio"/> Visite annuelle <input type="radio"/> Traitement/thérapie <input type="radio"/> Référence <input type="radio"/> Tests/examens
---	--

Détails et résultats de la dernière visite (y compris la médication courante et le dosage, le nom du spécialiste, du médecin ou du professionnel de la santé, le type de traitement, la raison de la référence, les visites à l'urgence) (plus d'espace à la section 2.6) :

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR UN ENFANT À CHARGE - ASSURANCE COLLECTIVE

Police n°	Division n°	Nom de famille de l'employé, initiale du prénom
-----------	-------------	---

2.1 Renseignements médicaux

Si vous répondez « oui » à l'une des questions ci-contre, veuillez fournir les détails à la section 2.3. Nous vous prions d'indiquer les dates des événements, la durée, le traitement, le diagnostic, l'état actuel, les dates et les résultats de tout test effectué (à l'exception des tests génétiques) ainsi que les noms et les adresses de tous les professionnels de la santé et établissements médicaux.

A Est-ce que l'un des parents, grands-parents, frères ou sœurs biologiques de la personne à charge, vivants ou décédés, a déjà souffert de l'une des conditions suivantes :

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------|--|---|
| • Maladie rénale | • Fibrose kystique | • Autre maladie ou trouble héréditaire | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| • Dystrophie musculaire | • Maladie de Huntington | | |

B La personne à charge a-t-elle déjà souffert de l'une des conditions suivantes, ou lui a-t-on dit qu'elle en souffrait, ou a-t-elle reçu tout traitement ou tout conseil pour l'une d'entre elles?

- | | | | |
|---|--------------------------------------|-------------------------|---|
| • Problème cardiaque | • Cancer, tumeurs, kystes ou nodules | • Syndrome de Down | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| • Hypertension artérielle | • Tumeur cérébrale bénigne | • Insuffisance rénale | |
| • Diabète | • Cécité/perte de vision | • Dystrophie musculaire | |
| • Trouble, insuffisance ou greffe d'un organe vital | • Paralyse cérébrale | • Paralyse | |
| • Maladie mentale ou nerveuse | • Fibrose kystique | • Spina bifida | |
| • Polyarthrite rhumatoïde | • Surdité/perte auditive | | |
| | • Maladie de Crohn | | |

- C** La personne à charge a-t-elle souffert d'un trouble physique, mental ou du développement qui n'est pas mentionné ci-dessus? oui non

- D** La personne à charge (si elle est âgée de moins de 2 ans) est-elle née prématurément, c'est-à-dire à moins de 35 semaines de gestation? oui non s. o.

- E** La personne à charge a-t-elle souffert d'une maladie ou subi une blessure ou une intervention chirurgicale au cours des 5 dernières années? oui non

- F** La personne à charge a-t-elle déjà été suivie au sujet de son poids ou d'une di te? oui non

- G** La personne à charge suit-elle actuellement des traitements ou prend-elle des médicaments phytothérapeutiques, holistiques ou sur ordonnance? Si vous répondez « oui », veuillez fournir les détails à la section 2.3. oui non

H Troubles immunologiques

- Tout trouble immunologique, y compris le virus d'immunodéficiency humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficiency acquise (sida)
 - Test pour le virus d'immunodéficiency humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficiency acquise (sida), ou recommandation pour passer un test
 - Toute infection inexpliquée
- oui non

- I** La personne à charge consomme-t-elle des boissons alcoolisées? (Si vous répondez « oui », veuillez indiquer la quantité et la fréquence à la section 2.3.) oui non

- J** La personne à charge a-t-elle déjà décidé ou lui a-t-on déjà recommandé de réduire sa consommation d'alcool ou de drogues, ou a-t-elle déjà subi un traitement ou adhéré à un organisme en raison de sa consommation d'alcool ou de drogues, ou a-t-elle déjà été condamnée pour conduite avec facultés affaiblies ou conduite « au-delà de la limite légale » prévue à l'article 253 a) ou b) du Code criminel? oui non

K La personne à charge a-t-elle déjà fait usage de :

- | | | | |
|-------------|------------------|--|---|
| • Cocaïne | • Excitants | • Barbituriques | <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non |
| • Héroïne | • Hallucinog nes | • Tranquillisants | |
| • LSD | • Amphétamines | • Autre médicament ou drogue sans ordonnance ou pris d'une façon différente que prescrit | |
| • Marijuana | • Narcotiques | | |
| • Hachisch | | | |

2.2 Renseignements supplémentaires requis

- A** Au cours des 3 dernières années, la personne à charge a-t-elle fait des vols à titre de pilote, d'élève pilote ou de membre d'équipage (ou prévoit-elle le faire)? oui non

- B** Au cours des 5 dernières années, la personne à charge a-t-elle pratiqué l'une des activités suivantes ou prévoit-elle le faire : plongée sous-marine ou autonome, alpinisme, deltaplane, h liski, ski hors-piste, « cat-skiing », parachutisme, vol en ultraléger, course de tout véhicule motorisé, ou toute autre activité ou tout autre sport extrême dangereux? oui non

- C** La personne à charge a-t-elle déjà été refusée pour une assurance vie, maladies graves ou invalidité, ou s'est-elle vu offrir une assurance moyennant des restrictions ou une surprime? oui non

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR UN ENFANT À CHARGE - ASSURANCE COLLECTIVE

Police n°	Division n°	Nom de famille de l'employé, initiale du prénom
-----------	-------------	---

3.0 Déclaration et autorisation (suite)

Collecte

J'autorise l'Empire Vie à recueillir des renseignements personnels de toute personne ou organisation qui possède des renseignements pertinents pour cette demande et/ou le régime d'assurance collective de l'employé.

J'autorise les personnes ou les organisations suivantes qui possèdent des renseignements personnels à divulguer ces renseignements à l'Empire Vie :

- l'employeur de l'employé et l'administrateur du régime d'assurance collective;
- le courtier et/ou le conseiller en assurance de l'employeur de l'employé (dans la mesure permise par l'employeur);
- mon médecin et d'autres professionnels de la santé ou praticiens (p. ex., mon pharmacien ou mon dentiste);
- les hôpitaux, les cliniques, les agences de services sociaux et toute autre agence similaire qui m'ont fourni des services;
- les organismes professionnels (p. ex., l'Ordre des pharmaciens);
- les organismes d'enquête et les agences gouvernementales (p. ex., l'Agence du revenu du Canada);
- les autres assureurs auprès desquels j'ai ou j'avais une protection;
- MIB, Inc. (un échange de données coopératif créé par le secteur de l'assurance vie et santé); et
- les tiers fournisseurs de services qui fournissent des services en lien avec le régime d'assurance collective (p. ex., paie, adhésion, services de traitement des demandes de règlement, fournisseurs d'un programme d'assistance d'urgence en cours de voyage ou fournisseurs de services paramédicaux).

J'autorise également la collecte de mes renseignements personnels par des tiers fournisseurs de services aux fins de l'évaluation de cette demande et de l'administration de mes demandes de règlement, de celles de mes personnes à charge ou de mes bénéficiaires.

Je comprends que l'Empire Vie ne demandera pas aux participants de subir tout test génétique ni de fournir les résultats de tout test génétique dans le cadre de la proposition ou de toute demande prestations en vertu de ce régime d'assurance collective.

Utilisation

J'autorise l'Empire Vie à conserver mes renseignements personnels dans ses dossiers et à les utiliser aux fins suivantes :

- évaluation de la présente demande, de l'admissibilité à la protection, de la nature et du montant d'une telle protection;
- évaluation du risque sur une base continue et décision relative à l'établissement ou au renouvellement d'une police d'assurance collective en vertu de laquelle je pourrais être assuré ou devenir assuré;
- calcul de la prime payable pour une telle assurance;
- administration du régime d'assurance collective, y compris la tenue d'audits et d'enquêtes; et
- offre de garanties et évaluation de toute demande de règlement soumise par l'employé, les personnes à charge ou les bénéficiaires;
- conformité aux lois applicables.

Accès et divulgation

Je comprends que :

- l'Empire Vie conservera les renseignements personnels dans ses dossiers;
- les membres du personnel de l'Empire Vie, ses représentants, ses réassureurs et ses tiers fournisseurs de services autorisés auront accès à ce dossier aux fins précitées;
- les renseignements personnels peuvent être échangés avec les personnes et organismes susmentionnés, si nécessaire, aux fins précitées. Cependant, les détails relatifs à des problèmes de santé ne seront pas divulgués à l'employeur de l'employé;
- dans tous les cas, l'Empire Vie limite la collecte, l'utilisation, la divulgation et la conservation des renseignements personnels à ce qui est nécessaire aux fins précitées;
- l'Empire Vie peut utiliser des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de renseignements personnels. Les renseignements personnels qui sont traités ou stockés dans une autre juridiction peuvent être assujettis aux lois de cette juridiction, ce qui peut permettre leur divulgation aux tribunaux, aux autorités d'application de la loi ou aux autres autorités gouvernementales de cette juridiction dans certaines circonstances; et
- j'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels contenus dans le dossier, tel qu'autorisé ou exigé par la loi, et, s'il y a lieu, de faire corriger les renseignements inexacts. Je peux consulter la plus récente politique en matière de protection des renseignements personnels de l'Empire Vie au www.empire.ca.

Autre

Je comprends ce qui suit :

- les déclarations dans la présente demande d'adhésion font partie de la demande soumise en contrepartie de l'assurance demandée;
- le sens et l'importance de toutes les questions posées dans ce document, et que toute présentation erronée des faits ou non-divulgation de renseignements dans ce document peut entraîner l'annulation de ma protection;
- le sens des énoncés contenus dans le préavis concernant MIB, Inc. ci-après. Par ailleurs, j'autorise l'Empire Vie et les autres parties indiquées dans le préavis à recueillir, à utiliser et à divulguer mes renseignements personnels (incluant des renseignements financiers et médicaux, mais excluant des renseignements sur des tests génétiques) aux fins indiquées dans le préavis.

Je confirme que les renseignements fournis dans ce document et tout autre document justificatif sont exacts et complets.

Une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

4.0 Signature

Signature de l'employé

X

Nom de l'employé (en lettres moulées)

Signature de la personne à charge ou du parent/tuteur légal dans le cas d'un enfant mineur

X

Ville

Province

Date (jj/mm/aa)

____/____/20____

Veillez retourner le tout à :

Empire Vie
Sélection des risques médicaux, Assurance collective
Personnel et confidentiel
259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8
Service à la clientèle, Assurance collective : 1 800 267-0215 Télécopieur : 1 888 220-2717
Courriel : groupmedicalunderwriting@empire.ca

Préavis concernant MIB, Inc.

Sauf lorsque la loi l'exige, nous traiterons les renseignements concernant votre assurabilité de manière strictement confidentielle. L'Empire Vie ou ses réassureurs peuvent cependant en faire un bref rapport à MIB, Inc. (MIB). MIB est un organisme sans but lucratif dont font partie les assureurs vie qui s'occupe de l'échange de renseignements pour le compte de ses membres. Si vous demandez une assurance vie, maladie ou invalidité auprès d'une autre société membre de MIB ou que vous soumettez une demande de règlement à cette autre société, MIB donnera à cette société, si elle le demande, les renseignements qu'il a versés à son dossier.

Si vous lui en faites la demande, MIB vous donnera tous les renseignements qu'il a dans votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements que renferme le dossier de MIB, vous pouvez communiquer avec MIB pour demander une rectification. L'adresse du centre de renseignements de MIB est la suivante :

MIB, Inc.
330, avenue University, bureau 501
Toronto ON M5G 1R7
Téléphone : 416 597-0590
Site Web : www.mib.com

L'Empire Vie ou ses réassureurs peuvent aussi communiquer des renseignements de leurs dossiers à d'autres assureurs vie auxquels vous vous adressez pour obtenir de l'assurance vie, maladie ou invalidité ou demander des indemnités.

Veillez faire une photocopie de ce préavis et le conserver dans vos dossiers.

Assurance et placements – Avec simplicité, rapidité et facilité^{MD}

www.empire.ca info@empire.ca

^{MD} Marque déposée de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.

