

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'EMPLOYÉ - 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 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 (numéro, rue)		Ville		Province	Code postal
<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Taille	<input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm	Poids	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg
Changement de poids depuis un an				<input type="radio"/> Gain <input type="radio"/> Perte	

Raison du changement de poids (s'il s'agit d'une grossesse, veuillez fournir la date d'accouchement prévue)

Emploi

Êtes-vous actuellement activement au travail et en mesure de réaliser toutes les tâches habituelles de votre poste auprès de votre employeur? oui non - si « non », veuillez fournir les détails à la section 2.6.

Numéro de téléphone personnel et confidentiel

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

2.0 Renseignements personnels

Avez-vous un médecin ou 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) :

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu un médecin/infirmier clinicien dans une clinique ou un hôpital, autre que votre 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 L'EMPLOYÉ - ASSURANCE COLLECTIVE

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

2.1 Renseignements médicaux des membres de la famille

Est-ce que l'un de vos parents, frères ou sœurs biologiques, vivants ou décédés, a déjà souffert de l'une des conditions suivantes :

<ul style="list-style-type: none"> • Diabète • Cancer (veuillez indiquer le type de cancer) • Hypertension artérielle • Accident vasculaire cérébral • Maladie du cœur • Maladie polykystique des reins • Anémie aplastique 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie du rein • Maladie de Huntington • Démence, y compris maladie d'Alzheimer • Maladie du motoneurone, y compris sans s'y limiter, la SLA (sclérose latérale amyotrophique) ou maladie de Lou Gehrig • Maladie de Parkinson 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie mentale • Suicide • Sclérose en plaques • Sclérodermie généralisée • Hépatite • Autre maladie ou trouble héréditaire 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
--	---	---	---

Si vous répondez « oui », veuillez fournir des détails ci-dessous. N'inscrivez aucun renseignement concernant un test génétique.

Lien	Maladie (Si « cancer », veuillez indiquer le type de cancer)	Âge au début de la maladie	Âge si en vie	Âge au décès

2.2 Renseignements médicaux

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.6. Nous vous prions d'indiquer la date, le diagnostic, le traitement, les résultats (sauf pour les tests génétiques), la durée et l'état actuel ainsi que les noms et adresses de tous les conseillers médicaux et établissements médicaux.

Avez-vous déjà souffert de l'une des conditions suivantes, ou vous a-t-on dit que vous en souffriez, ou avez-vous reçu tout traitement ou tout conseil pour l'une d'entre elles?

A Tête et système respiratoire

<ul style="list-style-type: none"> • Névrite optique • Troubles de la vue • Cécité/perde de vision • Glaucome • Surdité/perte auditive • Acouphène • Autre trouble ou maladie des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge ou des poumons : 	<ul style="list-style-type: none"> • Enrouement persistant • Crachements de sang • Perte de la parole • Apnée du sommeil • Tuberculose • Sarcoidose 	<ul style="list-style-type: none"> • Fibrose kystique • Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) • Bronchite • Asthme • Emphysème 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	---	---	---

B Système neurologique

<ul style="list-style-type: none"> • �pilepsie ou convulsions • �vanouissements • Maux de tête • �tourdissements • Tremblements • Tumeur cérébrale bénigne • Engourdissement ou paralysie • Tout autre trouble ou problème neurologiques : 	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie de Parkinson • Maladie du motoneurone (maladie de Lou Gehrig/SLA) • Maladie d'Alzheimer • D�ficiency intellectuelle • Démence • Faiblesse des extrémités 	<ul style="list-style-type: none"> • Faiblesse musculaire • Sclérose en plaques • Fourmillement • Perte d'équilibre • Perte de la parole • Paralysie cérébrale • Autisme • Trouble du développement 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
--	---	---	---

C Troubles psychologiques

<ul style="list-style-type: none"> • Anxiété • Dépression • Trouble bipolaire • Tout autre problème ou trouble émotionnel, comportemental ou psychiatrique : 	<ul style="list-style-type: none"> • Stress • Crises de panique • Schizophrénie • D�ficiency mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • �puisement professionnel • Tentative de suicide ou idées suicidaires • Trouble de l'alimentation 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
--	--	--	---

D Cœur et système circulatoire

<ul style="list-style-type: none"> • Douleurs thoraciques • Angine • Essoufflement • Crise cardiaque (infarctus du myocarde) • Accident vasculaire cérébral • Pontage ou angioplastie • ECG anormal • Tout autre problème ou trouble cardiaque, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire : 	<ul style="list-style-type: none"> • Pouls irrégulier • Palpitations • Souffle cardiaque • Stimulateur cardiaque • Hypertension artérielle • Hypercholestérolémie • Hypertrophie du cœur (cardiomyopathie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble des valvules cardiaques • Accident ischémique transitoire (AIT) • Maladie vasculaire périphérique • Enflure des chevilles • Caillot sanguin • Embolie pulmonaire • Hypertension artérielle pulmonaire primitive 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	---	---	---

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'EMPLOYÉ - ASSURANCE COLLECTIVE

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

2.2 Renseignements médicaux (suite)

Si vous répondez « oui » à l'une des questions suivantes, veuillez fournir les détails à la section 2.6. Nous vous prions d'indiquer la date, le diagnostic, le traitement, les résultats (sauf pour les tests génétiques), la durée et l'état actuel ainsi que les noms et adresses de tous les conseillers médicaux et établissements médicaux.

Avez-vous déjà souffert de l'une des conditions suivantes, ou vous a-t-on dit que vous en souffriez, ou avez-vous reçu tout traitement ou tout conseil pour l'une d'entre elles?

E Foie, estomac, vessie, reins et système reproducteur

<ul style="list-style-type: none"> • Hépatite • Porteur de l'hépatite • Cirrhose • Jaunisse • Ulcère • Côlon irritable • Maladie de Crohn • Colite 	<ul style="list-style-type: none"> • Diverticulite • Saignements du rectum • Diarrhée chronique • Sang dans les selles • Calculs biliaires ou troubles de la vésicule biliaire • Maladie du rein, pierres aux reins ou néphrite 	<ul style="list-style-type: none"> • Pancréatite • Sang, protéines ou sucre dans l'urine • Prostatite • Infection transmissible sexuellement • Résultat anormal au test Pap • Résultat anormal au test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Tout autre problème ou trouble de : <ul style="list-style-type: none"> • Estomac • Pancréas • Foie Veuillez spécifier : _____	<ul style="list-style-type: none"> • Intestins • Reins • Vessie ou uretères 	<ul style="list-style-type: none"> • Prostate ou organes reproducteurs de l'homme • Utérus, ovaires ou col utérin 	

F Seins (homme ou femme)

<ul style="list-style-type: none"> • Biopsie, mammographie, imagerie par résonance magnétique ou échographie mammaire anormales • Maladie fibrokystique • Kystes ou bosses 	Tout autre changement ou anomalie des seins : _____	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	---	---

G Systèmes sanguin, endocrinien et glandulaire

<ul style="list-style-type: none"> • Anomalies de la thyroïde, de l'hypophyse, des glandes lymphatiques ou surrénales • Goitre • Diabète 	<ul style="list-style-type: none"> • Glycémie anormale • Anémie 	<ul style="list-style-type: none"> • Trouble de saignement • Hémophilie 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Tout autre problème ou trouble sanguin ou glandulaire : _____			

H Systèmes musculaire et osseux

<ul style="list-style-type: none"> • Rhumatisme • Goutte • Polyarthrite rhumatoïde • Arthrose ou tout autre type d'arthrite • Autre blessure, maladie ou trouble de la colonne vertébrale, du dos ou du cou, des os, des articulations ou des muscles : _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Fibromyalgie • Fatigue chronique • Douleur chronique • Lupus érythémateux disséminé ou toute forme de lupus 	<ul style="list-style-type: none"> • Dystrophie musculaire • Paralysie • Amputation • Sclérodémie généralisée 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
--	--	---	---

I Cancer

<ul style="list-style-type: none"> • Tumeur • Polype • Kyste • Nodule • Hypertrophie des ganglions lymphatiques • Toute autre forme d'affection ou de croissance maligne : _____ 	<ul style="list-style-type: none"> • Syndrome du nævus dysplasique • Nævus ou lésions de forme irrégulière qui ont changé d'apparence 	<ul style="list-style-type: none"> • Carcinome basocellulaire • Mélanome malin • Leucémie • Lymphome 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
--	---	--	---

J Troubles immunologiques

<ul style="list-style-type: none"> • Tout trouble immunologique, y compris le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) • Avez-vous déjà passé un test pour le virus d'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), ou vous a-t-on recommandé de le faire? • Toute infection inexpliquée 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
---	---

2.3 Suivez-vous actuellement des traitements ou prenez-vous des médicaments phytothérapeutiques, holistiques ou sur ordonnance? Si vous répondez « oui », veuillez fournir les détails à la section 2.6. oui non

2.4 A Avez-vous déjà fait usage de : (Si vous répondez « oui » à l'une des questions ci-contre, veuillez fournir les détails à la section 2.6.)

<ul style="list-style-type: none"> • Cocaïne • Héroïne • LSD • Marijuana • Hachisch 	<ul style="list-style-type: none"> • Excitants • Hallucinogènes • Amphétamines • Narcotiques • Barbituriques 	<ul style="list-style-type: none"> • Tranquillisants • Autre médicament ou drogue sans ordonnance ou pris d'une façon différente que prescrit 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
--	---	---	---

B Consommez-vous des boissons alcoolisées? Si vous répondez « oui », veuillez indiquer la quantité consommée et la fréquence de la consommation à la section 2.6. oui non

3.0 Déclaration et autorisation

Collecte, utilisation et divulgation de mes renseignements personnels

Je fais une demande d'adhésion au régime d'assurance collective de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie (« Empire Vie »). Je comprends que l'Empire Vie a besoin de mes renseignements médicaux et financiers ainsi que de renseignements sur mon emploi et toute autre information me concernant nécessaire à l'évaluation de cette demande et à l'administration de mon régime d'assurance collective (« renseignements personnels »).

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 ce régime d'assurance collective.

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

- mon employeur et l'administrateur du régime d'assurance collective;
- le courtier et/ou le conseiller en assurance de mon employeur (dans la mesure permise par mon 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 agences gouvernementales ou d'enquête (p. ex., l'Agence du revenu du Canada);
- les autres assureurs auprès desquels j'ai ou j'avais une protection;
- le MIB, LLC (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 mon 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 les renseignements personnels dans ses dossiers et à les utiliser aux fins suivantes :

- 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 mes demandes de règlement, ou de celles des personnes à ma charge ou de mes bénéficiaires;
- conformité aux lois applicables.

Accès/divulgation :

Je comprends que :

- l'Empire Vie conservera mes renseignements personnels dans ses dossiers;
- l'accès à mon dossier est limité aux membres du personnel, aux agents, aux représentants, aux réassureurs, aux tiers fournisseurs de services de l'Empire Vie ainsi qu'aux personnes qui en ont besoin pour accomplir leurs fonctions et aux personnes auxquelles j'ai donné l'autorisation d'y accéder. L'Empire Vie peut stocker mes renseignements personnels en dehors de ma province de résidence, mais à l'intérieur du Canada;
- l'Empire Vie peut également divulguer mes renseignements personnels à des organisations en dehors de ma province de résidence ou du Canada aux fins du traitement et du stockage de mes renseignements personnels. Par conséquent, mes renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois de ces administrations, ce qui peut permettre leur divulgation aux tribunaux, aux autorités d'application de la loi ou aux autres autorités gouvernementales de ces administrations dans certaines circonstances; et
- je peux obtenir une copie de la dernière version de la politique en matière de protection des renseignements personnels en visitant le <https://www.empire.ca/fr/group-privacy-information>. J'ai le droit de consulter mon dossier et, s'il y a lieu, de le faire corriger. Afin d'exercer mes droits, je dois envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Chef de la protection des renseignements personnels, L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, 259, rue King Est, Kingston ON K7L 3A8.

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 formulaire de demande, et que toute présentation erronée des faits ou non-divulgation de renseignements dans cette déclaration peut entraîner l'annulation de ma protection;
- le sens des énoncés contenus dans le Préavis concernant MIB, LLC ci-dessous. 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 aux fins indiquées dans ce préavis.

Je confirme que les renseignements fournis dans cette déclaration 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.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX SUR L'EMPLOYÉ - ASSURANCE COLLECTIVE

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

4.0 Signature

Signature de l'employé X	Date (jj/mm/aaaa)
Nom de l'employé (prénom, second prénom, nom de famille)	
Ville	Province

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, LLC

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, LLC (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. Veuillez communiquer avec MIB par courriel à canadadisclosure@mib.com ou par téléphone au 866-692-6901. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements que renferme le dossier de MIB, vous pouvez communiquer avec MIB pour demander une rectification conformément aux procédures indiquées dans la Fair Credit Reporting Act. L'adresse du centre de renseignements de MIB est la suivante :

MIB, LLC
50 Braintree Hill Park, bureau 400
Braintree, MA 02184-8734

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. Les consommateurs peuvent obtenir plus d'information au sujet de MIB sur son site Web au www.mib.com.

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.

