

Demande d'assurance et preuve d'assurabilité

Garantie d'assurance maladies graves complète – Couverture facultative

Assurance collective

DIRECTIVES – Veuillez écrire toutes les réponses en caractères d'imprimerie.
Si nécessaire, conservez une copie dans vos dossiers.

1 a) Renseignements sur le participant

À remplir si la couverture du participant ou du conjoint est demandée.

Numéro(s) de contrat	Numéro de division	Numéro de certificat du participant	
Promoteur de régime / employeur		Catégorie	
Nom et prénom du participant			Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Numéro de téléphone (domicile)	Numéro de téléphone (travail)	Poste
Adresse du participant (numéro, rue, appartement)			
Ville		Province	Code postal
Avez-vous fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ou pris du tabac sous une autre forme ou encore utilisé des produits anti-tabagisme au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			

1 b) Renseignements médicaux de base

À remplir si une preuve d'assurabilité doit être fournie dans le cadre de votre demande. Reportez-vous à votre feuille de taux pour obtenir des directives.

Taille _____ m _____ cm _____ pi _____ po	Poids <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	Avez-vous pris ou perdu plus de 4,5 kg (10 livres) au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Prise ou perte de poids _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb Raison : _____
Nom et prénom du médecin personnel		Numéro de téléphone Poste
Date de la dernière consultation (jj/mmmm/aaaa)	Raison	
Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau)		
Ville		Province Code postal

2 a) Renseignements sur le conjoint

À remplir uniquement si la couverture du conjoint est demandée.

Nom et prénom du conjoint	Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
Avez-vous fumé (cigarettes, cigares, pipes, etc.) ou pris du tabac sous une autre forme ou encore utilisé des produits anti-tabagisme au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		

2 b) Renseignements médicaux de base

À remplir si une preuve d'assurabilité doit être fournie dans le cadre de votre demande. Reportez-vous à votre feuille de taux pour obtenir des directives.

Taille _____ m _____ cm _____ pi _____ po	Poids <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb	Avez-vous pris ou perdu plus de 4,5 kg (10 livres) au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui Prise ou perte de poids _____ <input type="radio"/> kg <input type="radio"/> lb Raison : _____
Nom et prénom du médecin personnel		Numéro de téléphone Poste
Date de la dernière consultation (jj/mmmm/aaaa)	Raison	
Adresse du médecin personnel (numéro, rue, bureau)		
Ville		Province Code postal

3 Questionnaire médical

Chaque personne qui demande l'assurance et qui doit fournir une preuve d'assurabilité dans le cadre de sa demande doit répondre aux questions suivantes. Reportez-vous à votre feuille de taux pour obtenir des directives. Si vous manquez d'espace, veuillez joindre un autre formulaire ou une feuille (les deux documents doivent être signés et datés).

			Participant	Conjoint
A. Avez-vous déjà soumis une demande d'assurance qui a été refusée, différée ou a donné lieu à une surprime? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne	Date (jj/mmmm/aaaa)	Raison		
B. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de l'une des affections ci-dessous ou manifesté des signes ou souffert de l'une de ces affections, ou encore avez-vous obtenu des résultats d'examen positifs, consulté un médecin, pris des médicaments, reçu des conseils médicaux, des traitements ou des soins à l'égard de l'une de ces affections, ou vous a-t-on informé que vous deviez recevoir des soins ou suivre des traitements à cet égard?				
1) SIDA, VIH ou affections liées au SIDA			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2) Diabète			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
3) Sclérose en plaques			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
4) Greffe d'un organe			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
5) Hépatite, y compris l'état de porteur, autre que l'hépatite A			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6) Accident vasculaire cérébral ou accident ischémique transitoire			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
7) Maladie d'Alzheimer ou maladie de Parkinson			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
8) Maladie rénale (sauf calculs rénaux ou infection rénale aiguë avec rétablissement complet)			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
9) Maladie du motoneurone, notamment la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig)			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
10) Maladie du cœur, notamment crise cardiaque, angine de poitrine, chirurgie ou trouble valvulaire, pontage coronarien ou angioplastie, insuffisance cardiaque congestive, arythmie, maladie vasculaire périphérique ou anévrisme			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
11) Paralyse – Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne	Est-ce lié à un traumatisme ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Paralyse locale ou <input type="radio"/> générale		
Précisions				
12) Douleurs thoraciques – Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne	Date (jj/mmmm/aaaa)	Cause		
Diagnostic		État		
Traitement				
13) Malformation cardiaque congénitale – Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne	Date (jj/mmmm/aaaa)	Cause		
Diagnostic		État		
Traitement				
14) Souffle au cœur, essoufflement, rythme cardiaque irrégulier, hémopathie – Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne	Date (jj/mmmm/aaaa)	Cause		
Diagnostic		État		
Traitement				
15) Troubles des ganglions lymphatiques, du système glandulaire ou trouble thyroïdien – Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne		Date (jj/mmmm/aaaa)		
Diagnostic		État		
Traitement				

3 Questionnaire médical (suite)			Participant	Conjoint
16) Troubles des yeux ou des oreilles menant à la cécité ou à la surdité – Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne	Date (jj/mmmm/aaaa)			
Diagnostic	État			
Traitement				
17) Alcoolisme ou toxicomanie – Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne	Date (jj/mmmm/aaaa) et durée			
Traitement et résultats				
18) Troubles cérébraux ou neurologiques, épilepsie, névrite optique, vision trouble ou double, pertes de mémoire, faiblesse, tremblements, engourdissement ou picotement, problème d'équilibre, perte de conscience – Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne	Date de début (jj/mmmm/aaaa)	Date des derniers symptômes (jj/mmmm/aaaa)		
Diagnostic	État			
Traitement				
Nom et adresse du médecin consulté				
19) Cancer, leucémie, maladie de Hodgkin ou autre affection maligne – Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne	Date (jj/mmmm/aaaa)	Type		
Endroit sur le corps	État <input type="radio"/> bénin <input type="radio"/> malin			
Traitement				
20) Excroissances, kystes ou tumeur – Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne	Date (jj/mmmm/aaaa)	Type		
Endroit sur le corps	État <input type="radio"/> bénin <input type="radio"/> malin			
Traitement				
21) Nævi dysplasiques – Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne	Date (jj/mmmm/aaaa)	Type		
Endroit sur le corps	État <input type="radio"/> bénin <input type="radio"/> malin			
Traitement				
22) Tout trouble des poumons, des reins, de la vessie, des seins, de la prostate, du tractus gastro-intestinal ou des organes génitaux – Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne	Date de début (jj/mmmm/aaaa)	Date des derniers symptômes (jj/mmmm/aaaa)		
Diagnostic	État			
Traitement				
Nom et adresse du médecin consulté				

3 Questionnaire médical (suite)

Participant

Conjoint

C. 1) 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. Le cas échéant, veuillez fournir des précisions dans le tableau ci-dessous.

Oui Non Oui Non

Famille du participant ou du conjoint	Nom du membre de la famille	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"/> Participant <input type="radio"/> Conjoint					
<input type="radio"/> Participant <input type="radio"/> Conjoint					
<input type="radio"/> Participant <input type="radio"/> Conjoint					

2) Si vous avez des antécédents familiaux de cancer du sein ou ovarien, avez-vous subi un examen des seins, une mammographie ou autre test? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

Oui Non Oui Non

Nom de la personne Date (jj/mmmm/aaaa)

Résultats

3) Si vous avez des antécédents familiaux de cancer du côlon, avez-vous subi une coloscopie? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

Oui Non Oui Non

Nom de la personne Date (jj/mmmm/aaaa)

Résultats

D. Au cours des cinq dernières années, vous a-t-on informé d'un résultat anormal par suite de l'un ou l'autre des tests suivants : ECG, ECG à l'effort, échocardiogramme, mammographie, test de Papanicolaou (exclure si deux tests subséquents ont donné un résultat normal), test de dépistage de l'antigène prostatique spécifique, sigmoïdoscopie, coloscopie, biopsie? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

Oui Non Oui Non

Nom de la personne Type de test Date (jj/mmmm/aaaa)

Résultat du test État

Traitement

E. Sauf en raison d'un rhume, d'arthrose ou de fractures, vous a-t-on informé d'un résultat anormal par suite de l'un ou l'autre des tests suivants : radiographie, tomодensitogramme, imagerie par résonance magnétique? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.

Oui Non Oui Non

Nom de la personne Type de test Date (jj/mmmm/aaaa)

Résultat du test État

3 Questionnaire médical (suite)

		Participant	Conjoint
F. Avez-vous déjà eu des problèmes d'hypertension ou de cholestérolémie élevée? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne	Date (jj/mmmm/aaaa)		
Résultat des derniers tests	L'état est-il maîtrisé?		
Traitement			
G. Avez-vous des symptômes ou des troubles pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement? Devez-vous subir des tests ou attendez-vous les résultats de tests? Le cas échéant, veuillez fournir des précisions.		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom de la personne			
Précisions			

4 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 à 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.

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.

5 Directives d'envoi

Veillez 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

Télécopieur : 519 883-5702