



850 – 10655, chemin Southport S-O, Calgary (Alberta) T2W 4Y1 Tél. : 403-297-0252 Téléc. : 403-269-3939 Sans frais : 1-800-292-9066

Déclaration d'assurabilité pour la l'assurance collective (en caractères d'imprimerie S.V.P)

NOM DE LA COMPAGNIE : _____ **NOM DU DEMANDEUR :** _____
(Nom) (Prénom)

NOM DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME : _____ **NOM DU TA :** _____

NO DE POLICE : _____ **NO DE CERT. :** _____ **N.A.S. :** ____/____/____ **DATE DE NAISSANCE**
DU DEMANDEUR : ____/____/____
MM JJ AAAA

ADRESSE À DOMICILE : _____
(Numéro et rue) (Ville) (Province) (Code postal)

TÉL. DE JOUR : () _____ - _____ **SEXE :** Homme Femme **TAILLE :** _____ cm **OU** _____ pi/po **POIDS :** _____ kg **OU** _____ lb

EMPLOI : _____ **REVENU MOYEN BRUT MENSUEL :** _____ \$

Le présent formulaire est-il pour un demandeur en retard? Oui Non

AVANTAGE	MAX. SANS PREUVE D'ASSURABILITÉ ACTUEL	MONTANT ACTUEL	MAXIMUM ACTUEL	MONTANT ACTUEL
<input type="checkbox"/> Vie / D & MA : employés	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> ICD (si applicable)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
<input type="checkbox"/> ILD (si applicable)	\$ _____	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Y a-t-il eu une perte ou un gain de poids au cours des 12 mois précédents? Oui Non Si oui, veuillez fournir des détails : _____

Usage de tabac sous quelque forme au cours des 12 derniers mois? Oui Non

SECTION 1 – Veuillez répondre toutes les questions en entier afin d'éviter des délais de traitement

1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté un médecin ou un praticien, été traité, pris des médicaments ou présenté des symptômes des troubles suivants : Douleur ou inconfort au niveau de la poitrine, taux élevé de cholestérol, hypertension, problèmes circulatoires, perte de conscience ou étourdissements, diabète, hépatite, trouble de l'estomac, ulcère, indigestion, vésicule biliaire, névrite, bronchite, tuberculose, paralysie, intestins, poumons, système respiratoire, asthme, essoufflement, apnée du sommeil, troubles des yeux (exception faite myopie et hypermétropie), oreilles (sauf les infections guéries), peau (sauf les éruptions ou irritations cutanées mineures), dos, cou, genoux, hanches, muscles, os, jointures, fibromyalgie, fatigue chronique, trouble mental ou émotif, vessie, voies urinaires, prostate, seins, système reproductif, trouble du système nerveux, allergies, arthrite, rhumatisme ou a été avisé qu'un test médical était anormal et qu'un suivi était exigé?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2. Présentez-vous des symptômes ou avez-vous des troubles pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un praticien?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3. Au cours des trois dernières années, avez-vous eu une maladie ou un trouble qui a limité ou interféré avec votre capacité d'exécuter vos activités de la vie quotidienne pendant plus de 5 jours consécutifs?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous: a) été hospitalisé, placé en établissement, manqué le travail ou reçu des indemnités d'invalidité ou d'accident du travail pendant plus de 5 jours ou avez-vous reçu une prestation d'invalidité en raison d'un accident ou d'une maladie? b) présenté une demande d'assurance qui a été refusée, retardée, évaluée ou modifiée en quelque sorte?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà consulté un médecin ou un praticien, été traité ou présenté des symptômes de : a) troubles cardiaques ou circulatoires, y compris les crises cardiaques, accidents vasculaires cérébraux, cancers ou tumeurs, épilepsie, sclérose en plaques, troubles du foie, des intestins, des reins, du sang ou du système immunitaire? b) abus de drogues, alcoolisme, utilisation des amphétamines, stupéfiants, barbituriques, hallucinogènes ou de la marijuana, consommation de drogues pour des fins non médicales, avez été avisé de consommer moins d'alcool, été traité pour la toxicomanie ou l'alcoolisme, accusé de conduire en état d'ébriété? c) sida, complexe lié au sida, VIH, renflement des ganglions, diarrhée chronique, lésions anormales sur la peau ou infections non expliquées ou autre trouble immunologique ? d) Pour un trouble physique ou mental ne sont pas mentionnés ci-dessus?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>



SECTION II

1. Avez-vous une autre déficience ou malformation ou autres troubles de la santé ou symptômes de maladies ne faisant de la liste à la section I? Oui Non
2. Nom et adresse de votre médecin et de tout praticien ou chiropraticien consulté au cours des 5 dernières années :

3. Date et raison de la dernière consultation:

4. Veuillez fournir des détails au sujet de tout médicament, traitement ou conseil qui vous ont été prescrits ou recommandés :

Veillez fournir des détails pour toutes les questions répondues par l’affirmative dans les sections I et II:

Numéro de la question	Nature du trouble	Date de l’apparition/ la guérison	Médicament et/ou traitement	Coût mensuel approximatif	Médecin traitant ou hôpital (nom et adresse)

TOUS LES DEMANDEURS DOIVENT REMPLIR LA SECTION III.

SECTION III

MIB PRE-AVIS

Renseignements concernant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. Western Life Assurance Company ou ses réassureurs peuvent, cependant, faire un bref rapport à la MIB Inc, anciennement connu comme le Bureau de l'information médicale, une association sans but lucratif des membres des sociétés d'assurance, qui opère un échange d'informations pour le compte de ses membres. Si vous appliquez à une autre société membre du MIB pour la vie ou l'assurance-maladie, ou une demande de prestations est soumis à une telle société, MIB, sur demande, fournira cette société avec les informations vous concernant dans son fichier. Dès réception d'une demande de votre part, MIB organisera également la divulgation de toute information dans votre dossier. Si vous doutez de l'exactitude de l'information dans le fichier MIB, vous pouvez communiquer avec MIB et demander une correction. L'adresse du bureau d'information MIB est la suivante: Bureau d'information du MIB, 330, avenue University, bureau 501, Toronto, Ontario, M5G 1R7 Téléphone: (416) 597-0590
Western Life Assurance Company ou de ses réassureur (s) peut également communiquer des informations à partir de son fichier à d'autres compagnies d'assurance à qui vous pouvez demander à vie ou d'assurance-maladie, ou à qui une demande de prestations peut être soumis. Information pour les consommateurs sur le MIB peuvent être obtenues sur son site à l'adresse www.mib.com

Déclaration et autorisation d’obtention de renseignements médicaux

Je, soussigné, par la présente, déclare que les réponses et énoncés ci-dessus sont complets et vrais, et que toute déclaration inexacte ou omission de déclarer des renseignements peut être utilisée comme fondement pour résilier la présente assurance m’étant émise. Je comprends que si l’assurance pour laquelle je présente une demande est mise en vigueur, je serai sujet à toutes les dispositions de la police collective. Je consens à ce que toute couverture émise résultant de cette demande ne sera mise en vigueur que si, le jour de la date à laquelle l’assurance aurait été mise en vigueur, je suis actif dans mon emploi à temps plein (temps plein signifie plus de 24 heures par semaines). Je consens à ce que l’assurance pour laquelle je présente une demande ne sera mise en vigueur qu’au moment où ma demande sera approuvée par la compagnie d’assurances. Je comprends que la confidentialité des renseignements fournis sur le présent document sera protégée et que les renseignements sont obtenus pour les fins de souscription de l’assurance demandée.

Je comprends aussi que des renseignements supplémentaires, y compris des examens médicaux, pourraient être exigés au cours du processus de souscription et que ces renseignements, y compris les résultats des examens médicaux, ne seront pas partagés avec mon employeur.

Par la présente, j’autorise les médecins, praticiens, hôpitaux et cliniques ou tout autre établissement médical, compagnie ou autre société d’assurance, établissement ou personne ayant des dossiers ou des connaissances à mon sujet et au sujet de ma santé, à fournir à Western Compagnie d’Assurance-Vie, Disability Case Management Inc., et Desjardins Financial Security, des renseignements à mon sujet et touchant à ma santé et à mes antécédents médicaux, y compris l’hospitalisation, les conseils, les diagnostics, les traitements, les maladies, les troubles ou toute autre condition médicale. La photocopie de la présente autorisation sera aussi valide que l’autorisation originale.

Daté à _____ le _____ jour de _____ 20_____ .

Signature du demandeur _____