



## AVIS AU SUJET DU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

### Avis important

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SERONT TRAITÉS CONFIDENTIELLEMENT. CEPENDANT, LA GREAT-WEST OU L'UN DE SES RÉASSUREURS PEUVENT SOUMETTRE UN COMPTE RENDU AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, UNE ASSOCIATION SANS BUT LUCRATIF CRÉÉE PAR DES COMPAGNIES D'ASSURANCE-VIE POUR ÉCHANGER DES RENSEIGNEMENTS PARMI SES MEMBRES. SI VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE D'ASSURANCE-VIE OU D'ASSURANCE-MALADIE, OU UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT AUPRÈS D'UNE AUTRE COMPAGNIE MEMBRE DE CE BUREAU, CELUI-CI TRANSMET À CETTE DERNIÈRE, SUR DEMANDE, LES RENSEIGNEMENTS QU'IL POSSÈDE AU DOSSIER.

LA GREAT-WEST OU L'UN DE SES RÉASSUREURS PEUVENT AUSSI TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS À TOUTE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE AUPRÈS DE LAQUELLE VOUS SOUMETTEZ UNE PROPOSITION D'ASSURANCE-VIE OU D'ASSURANCE-MALADIE, OU UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT. CEPENDANT, LA COMPAGNIE NE RÉVÉLERA, NI À UNE AUTRE COMPAGNIE, NI AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, LA DÉCISION PRISE QUANT À VOTRE DEMANDE D'ASSURANCE ACTUELLE.

SI VOUS SOUHAITEZ CONSULTER LES RENSEIGNEMENTS À VOTRE DOSSIER OU DEMANDER À CE QU'ILS SOIENT RECTIFIÉS, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, SOIT EN ÉCRIVANT AU MEDICAL INFORMATION BUREAU, 330, AVENUE UNIVERSITY, BUREAU 501, TORONTO (ONTARIO) M5G 1R7, SOIT EN COMPOSANT LE 416 597-0590.

### Protection de vos renseignements personnels

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière (située au Canada ou à l'étranger). Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Nous nous servons de ces renseignements personnels pour déterminer votre assurabilité et pour administrer le régime collectif.

La présente demande d'assurance comprend deux formulaires : Preuve d'assurabilité – Description de la protection et Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie.

- DIRECTIVES Salarié :**
- Remplir, signer et dater le formulaire Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie.
  - Fourir les renseignements sur le conjoint uniquement si vous demandez la protection à l'égard des personnes à charge.
  - Envoyer à la Great-West les originaux du formulaire Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie et du formulaire Preuve d'assurabilité – Description de la protection.

**LA GREAT-WEST, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE**  
**SÉLECTION DES RISQUES MÉDICAUX, COLLECTIVE**  
C. P. 6000  
WINNIPEG (MANITOBA) R3C 3A5  
TÉLÉPHONE : 204 946-8554  
LIGNE ATS (disponible pour les sourds et les malentendants) : 1 800 990-6654

Nom du titulaire de la police collective (employeur)		Police collective n°	Division n°
<b>CAPREIT LIMITED PARTNERSHIP</b>		<b>158496 / 158497</b>	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> D <sup>re</sup> <input type="checkbox"/> _____	Nom de famille du salarié	Prénom	Second prénom
Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____ Taille du salarié? _____ <input type="checkbox"/> m/cm <input type="checkbox"/> pi/po Poids du salarié? _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb			

**RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT ET LES ENFANTS (s'il y a lieu). Si l'espace ci-dessous ne suffit pas, remplissez un formulaire supplémentaire.**

	PRÉNOM	NOM	Sexe	Date de naissance			Taille	Poids
				Jour	Mois	Année		
Conjoint			<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin				<input type="checkbox"/> m/cm <input type="checkbox"/> pi/po	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb
Enfant (1)			<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin				<input type="checkbox"/> m/cm <input type="checkbox"/> pi/po	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb
Enfant (2)			<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin				<input type="checkbox"/> m/cm <input type="checkbox"/> pi/po	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb
Enfant (3)			<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin				<input type="checkbox"/> m/cm <input type="checkbox"/> pi/po	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb

**VOUS DEVEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS CI-DESSOUS À L'ÉGARD DE CHAQUE PERSONNE À ASSURER. POUR TOUTE RÉPONSE AFFIRMATIVE À UNE QUESTION, DONNEZ DES PRÉCISIONS DANS LA SECTION RÉSERVÉE À CET EFFET À LA FIN DU QUESTIONNAIRE. (Si l'espace fourni ne suffit pas, annexe une feuille.)**

Profession du conjoint : \_\_\_\_\_

Avez-vous, vous-même, votre conjoint ou votre enfant :

	SALARIÉ		CONJOINT		ENFANTS	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
1. au cours des cinq dernières années, été absents du travail ou de l'école pendant au moins dix jours par suite d'un malaise, d'une blessure ou d'une maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. déjà souffert d'hypertension ou d'hypotension artérielle, de douleurs ou d'oppression thoraciques, ou de tout autre trouble cardiaque, y compris de troubles du système circulatoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. déjà souffert de cancer, de troubles sanguins, de diabète, d'hépatite, de troubles du foie, ou d'affections rénales, respiratoires ou intestinales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. déjà souffert de convulsions, de pertes de connaissance, d'évanouissements, de violents maux de tête, de dépression nerveuse, de troubles mentaux, d'anxiété, d'états dépressifs, du syndrome de fatigue chronique, de la paralysie cérébrale, d'accident cérébrovasculaire ou de tout autre trouble du système nerveux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. déjà souffert de maux de dos, de fièvre rhumatismale, de rhumatisme, d'arthrite, de paralysie, de fibromyalgie ou de troubles musculaires ou osseux, y compris des articulations, de la colonne vertébrale et de la peau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. déjà souffert d'une maladie des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. déjà été soigné pour le SIDA ou toute autre affection du système immunitaire, ou avez-vous déjà reçu des résultats d'examen indiquant que vous avez été exposés au virus du SIDA (VIH)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. déjà été admis dans un hôpital, un sanatorium ou tout autre établissement aux fins de traitement ou d'observation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. des raisons de croire que vous aurez besoin de soins médicaux ou chirurgicaux au cours des 12 prochains mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. déjà pris des médicaments ou des drogues pour des raisons autres que médicales, ou vous a-t-on déjà recommandé de réduire votre consommation d'alcool ou avez-vous déjà été soignés pour alcoolisme ou toxicomanie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. depuis l'enfance, souffert de toute maladie grave ou de toute blessure grave non mentionnées ci-dessus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. au cours des cinq dernières années, avez-vous subi des radiographies ou des électrocardiogrammes, des analyses de sang ou d'autres examens spéciaux, sauf dans le cadre d'un examen médical complet de routine? (Indiquez les résultats des tests ci-dessous.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. déjà présenté une demande de règlement ou reçu une rente, des paiements, ou une indemnisation par suite d'un accident ou d'une maladie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. déjà présenté une demande d'assurance qui a été refusée, remise à plus tard ou modifiée de quelque façon que ce soit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. déjà participé à la conduite d'un aéronef ou pratiqué des sports dangereux, comme la course de voitures ou de motocyclettes, le deltaplane, le parachutisme ou la plongée en scaphandre autonome? (Dans l'affirmative, encerclez le sport visé.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. fumé des cigarettes au cours des 12 derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. vu votre poids varier depuis l'an dernier? (Dans l'affirmative, précisez la personne visée.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gain : \_\_\_\_\_ Perte : \_\_\_\_\_ Raison : \_\_\_\_\_

**PRÉCISIONS**

QUES. N°	NOM	TEST, BLESSURE, MALADIE, INTERVENTION CHIRURGICALE OU COMPLICATIONS	DATE		PRÉCISIONS (Y COMPRIS LE NOM ET L'ADRESSE DES MÉDECINS)
			DÉBUT	RÉTABLISSEMENT	

**AUTORISATION ET DÉCLARATIONS**

J'autorise :

- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, le Bureau de renseignements médicaux, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime collectif;
- la Great-West à effectuer les tests, examens, profils sanguins et analyses d'urine au besoin afin de déterminer mon assurabilité relativement à la présente demande d'assurance;
- le répondant du régime à déduire de ma rémunération et à remettre à la Great-West les cotisations salariales requises, le cas échéant, aux termes du régime.

Je certifie ou confirme ce qui suit :

- je suis en activité de service à la date à laquelle la présente demande d'assurance est signée;
- j'ai lu l'Avis important décrivant les pratiques du Bureau de renseignements médicaux, et j'en accepte le contenu;
- j'ai conservé une copie de la présente demande d'assurance;
- si je demande la protection à l'égard de mes personnes à charge, j'ai l'autorisation d'agir en leur nom;
- une photocopie ou une copie électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Les déclarations et réponses contenues dans le présent formulaire serviront à déterminer votre assurabilité et à offrir des garanties aux termes du régime. Tout changement dans l'exactitude des déclarations et des réponses entre la date de signature du formulaire et la date d'effet de toute protection approuvée par la Great-West doit être déclaré à la Great-West. Il est entendu que le défaut de le faire pourrait entraîner l'annulation de ma protection.

Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques. Je comprends que si une réponse se révélait incomplète ou fautive, toute protection accordée pourrait être annulée. Il est convenu que l'on peut refuser de m'accorder la protection dans sa totalité ou en partie si, de l'avis de la Great-West, je ne suis pas assurable pour une partie ou la totalité de la protection.

Signature du salarié : \_\_\_\_\_ Date de la signature : \_\_\_\_\_

Signature du conjoint : \_\_\_\_\_ Date de la signature : \_\_\_\_\_