



# ALLSTATE DU CANADA, COMPAGNIE D'ASSURANCE (AICC)

Envoyer par la poste ou par courriel (copie numérisée) à :  
 RWAM Insurance Administrators Inc.  
 49 Industrial Drive, Elmira (Ontario) N3B 3B1  
 csr-allstate@rwam.com

## FORMULAIRE D'ADHÉSION ET PREUVE D'ASSURABILITÉ

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nouveau certificat  Changement/augmentation Certificat n° \_\_\_\_\_

Nom de l'employé (nom de famille, prénom, initiales du deuxième prénom s'il y a lieu)		Numéro d'identification de l'employé		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F
Nom et rue		Ville	Province	Code postal
Date de naissance	Numéro de téléphone		Courriel	
Employeur/Association/Syndicat		Date d'embauche	Profession	Usine ou division

### DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE (si vous désignez plusieurs bénéficiaires, veuillez les citer et assurez-vous que le total correspond à 100 %)

Nom complet du bénéficiaire principal	Numéro de téléphone	Lien	Date de naissance	%
Selon votre désignation au dossier	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Nom complet du bénéficiaire principal	Numéro de téléphone	Lien	Date de naissance	%
Selon votre désignation au dossier	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Nom complet du bénéficiaire subsidiaire	Numéro de téléphone	Lien	Date de naissance	%
Selon votre désignation au dossier	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.
Nom complet du bénéficiaire subsidiaire	Numéro de téléphone	Lien	Date de naissance	%
Selon votre désignation au dossier	s.o.	s.o.	s.o.	s.o.

**DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE :** Si vous désignez un mineur (âgé de moins de 18 ans ou 19 ans selon la province de sa résidence) à titre de bénéficiaire de votre produit d'assurance, lequel produit sera versé à la cour, sauf si le fiduciaire est désigné pour recevoir les prestations en question au nom de l'enfant concerné (vous pouvez consulter un avocat avant de désigner un fiduciaire).

Nom complet du fiduciaire	Adresse et numéro de téléphone
s.o.	s.o.

### REEMPLIR CETTE PARTIE POUR LES PERSONNES À ASSURER

Nom de famille	Prénom	Lien	Sexe	Date de naissance

Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait usage de produits du tabac, produits avec nicotine ou de substituts (incluant des timbres de nicotine ou de la gomme à la nicotine) ou votre conjoint (s'il est couvert) a-t-il fait usage de produits du tabac, produits avec nicotine ou de substituts (incluant des timbres de nicotine ou de la gomme à la nicotine)?

Employé  Oui  Non      Conjoint  Oui  Non

Est-ce que vous modifiez votre protection actuelle à la suite d'un événement admissible comme un mariage, une naissance ou une adoption?  Oui  Non  
 Si la réponse est oui, veuillez remplir les champs suivants : Événement admissible \_\_\_\_\_  
 Date de l'événement admissible \_\_\_\_\_ Numéro(s) de certificat actuel(s) \_\_\_\_\_

### CHOIX DE PROTECTION (Répondre par oui ou non, et remplir pour la protection choisie)

<b>Formulaire de réclamation de l'assurance</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Employé + enfant(s) <input type="checkbox"/> Employé + conjoint + enfant(s)	<b>Montant de prestation</b> \$ _____	<b>Réservé à l'usage du siège social</b>
--	---	--	--

# FORMULAIRE D'ADHÉSION ET PREUVE D'ASSURABILITÉ

## PREUVE D'ASSURABILITÉ

(Veuillez répondre à toutes les questions qui s'appliquent aux protections choisies.)

Questions d'admissibilité		O-Oui N-Non						
Régime de base et régime intégral	1. Êtes-vous effectivement au travail actuellement dans un but lucratif et, avez-vous travaillé au moins 20 heures chaque semaine en effectuant toutes les fonctions de votre activité régulière à votre lieu de travail habituel depuis au moins les trois derniers mois, excluant les absences provoquées par des maladies bénignes ou des blessures nécessitant une semaine ou moins de congé, ou pour une grossesse normale?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N						
<b>Si vous répondez oui à l'une des questions ci-dessous, veuillez décrire vos antécédents médicaux à la question 7.</b>								
Risques Questions		O-Oui N-Non						
Régime de base et régime intégral	2. Est-ce que l'une des personnes à assurer a, au cours des 10 dernières années, reçu un diagnostic ou des traitements par un membre du corps médical pour le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou le syndrome apparenté au sida (ARC), ou obtenu un résultat positif au test pour les antigènes ou les anticorps à l'égard du virus du SIDA?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N						
Régime de base et régime intégral	3. Est-ce qu'au cours des cinq dernières années, l'une des personnes à assurer a été diagnostiquée, traitée ou conseillée pour les affections ci-dessous? <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sclerose Laterale Amyotrophique</li> <li>• Trouble des reins, des poumons, du pancréas ou du foie</li> <li>• Maladie cardiaque ou crise cardiaque</li> <li>• AVC ou accident ischémique transitoire (AIT)</li> <li>• Une intervention médicale ou chirurgicale conseillée ou recommandée par un membre du corps médical, mais qui n'a pas encore été pratiquée à ce jour?</li> <li>• Plus d'une lecture de tension artérielle systolique supérieure à 150 ou plus d'une lecture de pression artérielle diastolique supérieure à 100?</li> <li>• Un cancer</li> <li>• Maladie de Parkinson</li> <li>• Maladie d'Alzheimer, démence, sénilité ou syndrome cérébral organique</li> </ul>	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N						
Régime intégral	4. Est-ce qu'au cours des cinq dernières années, l'une des personnes à assurer a été diagnostiquée, traitée ou conseillée pour les affections ci-dessous? <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">• Maladie ou trouble du système nerveux central ou (y compris la sclérose en plaques)</li> <li style="width: 50%;">• Lupus</li> <li style="width: 50%;">• Syndrome de fatigue chronique</li> <li style="width: 50%;">• Fibromyalgie</li> <li style="width: 50%;">• Diabète</li> <li style="width: 50%;">• Emphysème</li> <li style="width: 50%;">• Maladie cardiaque</li> <li style="width: 50%;">• Paralysie</li> <li style="width: 50%;">• Dégénérescence maculaire, glaucome, névrite optique ou cataractes</li> <li style="width: 50%;">• Polyarthrite rhumatoïde</li> <li style="width: 50%;">• Un seuil moyen de sensibilité auditive par conduction aérienne de 40 décibels ou plus</li> </ul>	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N						
Régime de base et régime intégral	5. Indiquer la taille et le poids : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">Employé Taille : Poids :</td> <td style="padding-left: 10px;">Enfant(s) Taille : Poids :</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;">Conjoint Taille : Poids :</td> <td style="padding-left: 10px;">Taille : Poids :</td> </tr> <tr> <td style="border-right: 1px solid black; padding-right: 10px;"></td> <td style="padding-left: 10px;">Taille : Poids :</td> </tr> </table>	Employé Taille : Poids :	Enfant(s) Taille : Poids :	Conjoint Taille : Poids :	Taille : Poids :		Taille : Poids :	
Employé Taille : Poids :	Enfant(s) Taille : Poids :							
Conjoint Taille : Poids :	Taille : Poids :							
	Taille : Poids :							
Formulaire de réclamation de l'assurance (supérieure à 50 000 \$)	6. Indiquer les noms et adresses des médecins (ou d'autres membres du corps médical) de toute personne à assurer; si plus d'espace est requis, se servir de la partie réservée aux antécédents médicaux.							
Antécédents médicaux	7. Fournir les antécédents médicaux pour toutes les questions auxquelles on a répondu par oui. Veuillez indiquer l'assuré auquel s'appliquent les antécédents médicaux. Inclure les noms, adresses et numéros de téléphone des médecins (ou de tout autre membre du corps médical) :  <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>							

# FORMULAIRE D'ADHÉSION ET PREUVE D'ASSURABILITÉ

## ACCEPTATION ÉLECTRONIQUE (cocher OUI ou NON)

En cochant la case « Oui », j'opte pour la transmission électronique de mon certificat d'assurance, y compris tous les documents qui s'y rapportent. Si le certificat est transmis électroniquement, je comprends que je recevrai à l'adresse courriel que j'ai fournie les instructions m'indiquant comment obtenir mon certificat et les documents qui s'y rapportent.

Oui  Non

En cochant la case « Oui », j'opte pour la transmission électronique de toute correspondance contractuelle, réglementaire et administrative (correspondance) relative à mon certificat d'assurance, y compris la correspondance de réclamation, les explications des avantages, des avis périodiques (comme des avis de confidentialité) et d'autres envois. Si la correspondance est transmise électroniquement, je comprends que je recevrai à l'adresse courriel que j'ai fournie les instructions m'indiquant comment recevoir une correspondance.

Oui  Non

Je comprends et accepte que pour recevoir les envois électroniques, je dois disposer d'un ordinateur personnel avec un accès à Internet, un navigateur, soit Microsoft Internet Explorer version 5.0 ou une version supérieure, un compte courriel et la possibilité de télécharger des fichiers en format PDF en utilisant le logiciel Adobe Acrobat Reader version 5.0 ou une version supérieure, une imprimante ou tout autre dispositif permettant de télécharger, d'imprimer et de sauvegarder tout document que je désire conserver.

Je comprends et j'accepte que mon consentement demeure valide tant que ma protection est en vigueur. Je peux, en tout temps, révoquer mon consentement pour quelque raison que ce soit. Dès lors, je recevrai toute la correspondance sur papier, incluant la copie papier de mon certificat d'assurance. Je peux effectuer ce changement, gratuitement, en téléphonant au numéro sans frais : 1 844 455-6255; ou en écrivant à : RWAM Insurance Administrators Inc., 49 Industrial Drive, Elmira (Ontario) N3B 3B1.

**DÉCLARATION.** Je déclare avoir lu ou avoir pris connaissance de la demande dûment remplie et je comprends que toute déclaration inexacte ou assertion inexacte contenue dans cette demande peut entraîner la perte de la protection. Je déclare que les énoncés et les réponses fournis dans la présente demande sont à ma connaissance véridiques, complets et correctement consignés.

**COMPRÉHENSION.** Je comprends que : si les primes de la protection doivent être payées par retenues salariales, celles-ci peuvent commencer avant la « date d'entrée en vigueur » de la police d'assurance et que cela ne modifie pas la date d'effet de la protection. La « date d'entrée en vigueur » de l'assurance maladie sera celle qui est indiquée sur les documents d'assurance (police, certificat ou relevé de prestations) et non celle de la signature de la demande. Si la protection n'est pas émise, Allstate du Canada, compagnie d'assurance (AICC), remboursera toutes les primes déjà perçues. Je comprends également qu'aucun producteur n'est autorisé à renoncer à une question ou à modifier la présente demande ou à lier l'AICC en aucune façon en faisant des promesses ou des déclarations qui ne sont pas expressément écrites dans la présente demande. Je comprends que si je refuse toutes les protections pour lesquelles je suis admissible et que si, à une date ultérieure, je décide d'en faire la demande, une preuve satisfaisante d'assurabilité pourra être exigée, à mes frais. Toute demande à cet effet pourrait être refusée sur la base de cette preuve.

**AUTORISATION DE RETENUES DE PRIMES J'AUTORISE** mon employeur à prélever sur mon salaire ou traitement, le cas échéant, la prime requise pour la protection demandée. **AUTORISATION D'OBTENIR ET DE DIVULGUER CERTAINES DONNÉES.** J'autorise par la présente tout médecin autorisé, hôpital, clinique ou tout autre établissement de santé, toute compagnie d'assurance, régime provincial d'assurance maladie, ministère ou organisme ou toute autre personne et organisation ayant des renseignements ou des dossiers médicaux pertinents sur moi, à échanger avec, ou fournir à AICC, ses administrateurs agréés de régimes d'assurance, ses représentants ou ses producteurs, tous les documents nécessaires aux fins suivantes : souscrire ma demande d'adhésion au régime d'assurance collective, évaluer mon admissibilité à cette protection et étudier les réclamations (« motifs »). J'autorise que les renseignements obtenus pendant le processus de souscription par AICC soient divulgués à mon médecin de famille et à tout réassureur de mon (mes) assureur(s) et, au besoin, aux autorités en matière de santé publique. J'autorise de plus AICC, ses administrateurs de régimes d'assurance, ses représentants ou ses producteurs à me demander de subir des examens médicaux ou paramédicaux ou des évaluations pouvant être exigées aux fins de la protection. Je comprends que tout refus ou toute révocation de mon consentement peut entraîner des retards ou le rejet de la présente demande. Je reconnais que toute information obtenue d'un examen médical ou paramédical, d'un questionnaire médical ou de toute autre déclaration écrite dûment remplie et produite comme preuve d'assurabilité fera partie de la présente demande. Je déclare également cette information et les renseignements fournis dans la présente demande sont véridiques complets et exacts. Je reconnais que toute omission de communiquer des faits essentiels ou que toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de ma protection. Cette autorisation s'étend à toute personne à charge pour laquelle une réclamation est soumise, et je confirme que je suis autorisé à agir au nom de la (des) personne(s) à ma charge. Cette autorisation demeure valide jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Toute copie de cette autorisation est aussi valide que l'original.

Signé à : Ville et Province \_\_\_\_\_ Date de signature \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer \_\_\_\_\_

**Déclaration du producteur** Je certifie qu'à ma connaissance, les renseignements inscrits sur le présent formulaire sont complets, exacts et correctement enregistrés.

Signature du producteur-démarcheur \_\_\_\_\_

Nom du producteur-démarcheur (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_