

Renseignements du membre (SVP imprimer à l'encre, signer and dater le formulaire.)

Nom _____ Prénom _____ Initiale _____

Adresse résidentielle _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ #ID employé _____

Téléphone _____ Courriel _____ Date de naissance _____

(AAAA/MM/JJ)

Sexe : Homme Femme Langue : Anglais Français Statut de fumeur : Fumeur Non-fumeur

Renseignements sur le conjoint/la conjointe (au besoin)

Nom _____ Prénom _____ Initiale _____

Sexe : Homme Femme Date de naissance _____

(AAAA/MM/JJ)

Questionnaire de santé

Veillez indiquer oui ou non

	Membre		Conjoint(e)	
	Oui	Non	Oui	No
1. Avez-vous déjà demandé l'avis d'un médecin ou reçu un traitement pour, ou présenté des symptômes quelconques de :				
(a) Accident vasculaire cérébral (incluant un accident ischémique transitoire), crise cardiaque, maladie coronarienne, cardiopathie valvulaire grave telle qu'une sténose, ou tout type de chirurgie cardiaque ?				
(b) Cancer, tumeur ou tumeur maligne ?				
(c) Maladie ophtalmique avancée ?				
(d) Sclérose en plaques ou paralysie ?				
(e) N'importe quelle maladie chronique ou progressive ou problème de rein, poumon, foie, pancréas ou moëlle épinière susceptible de causer une défaillance d'organe ou de nécessiter une transplantation ?				
(f) SIDA, VIH, infections chroniques ou inexplicées ?				
2. Au cours des cinq dernières années, avez-vous reçu un diagnostic ou présenté des symptômes quelconques d'un problème médical en rapport avec ce qui suit :				
(a) Hypertension non traitée ou incontrôlable, angine, souffle cardiaque associé à une maladie cardiaque connue, ou ECG anormal associé à un évènement cardiaque potentiel ou actuel ?				
(b) Diabète, problème digestif ou intestinal, excluant les maladies fonctionnelles telles que le syndrome du côlon irritable ?				
(c) Hospitalisation en raison d'un problème médical en rapport avec une maladie respiratoire grave ?				
(d) Utilisé des drogues ou médicaments engendrant la dépendance, ou reçu un traitement ou un avis médical en raison de l'utilisation de drogues ou d'alcool ?				
3) Vous a-t-on déjà refusé une assurance-vie ou offert une assurance seulement à des taux plus élevés que les taux standards ?				
4) Votre grandeur et votre poids vous situent-ils en dehors du tableau affiché ci-dessous ?				

Hommes					
Taille	Poids min	Poids max	Taille	Poids min	Poids max
4' 8"	95	145	5' 8"	132	207
4' 9"	98	150	5' 9"	137	213
4' 10"	100	155	5' 10"	141	219
4' 11"	103	160	5' 11"	145	225
5' 0"	105	165	6' 0"	150	233
5' 1"	108	170	6' 1"	155	241
5' 2"	111	175	6' 2"	160	249
5' 3"	114	180	6' 3"	165	257
5' 4"	118	185	6' 4"	170	265
5' 5"	121	190	6' 5"	175	272
5' 6"	124	195	6' 6"	180	279
5' 7"	128	201	6' 7"	185	285

Femmes					
Taille	Poids min	Poids max	Taille	Poids min	Poids max
4' 8"	86	145	5' 8"	119	207
4' 9"	88	150	5' 9"	123	213
4' 10"	90	155	5' 10"	127	219
4' 11"	93	160	5' 11"	131	225
5' 0"	95	165	6' 0"	135	233
5' 1"	97	170	6' 1"	140	241
5' 2"	100	175	6' 2"	144	249
5' 3"	103	180	6' 3"	149	257
5' 4"	106	185	6' 4"	153	265
5' 5"	109	190	6' 5"	158	272
5' 6"	112	195	6' 6"	162	279
5' 7"	115	201	6' 7"	167	285

	Membre		Conjoint(e)	
	Oui	Non	Oui	No
5) Avez-vous déjà demandé l'avis d'un médecin ou reçu un traitement pour, ou présenté des symptômes quelconques de :				
a) Perte avancée de l'ouïe ?				
b) Maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie du motoneurone ou autres maladies neurodégénératives ?				
c) Maladie psychiatrique, détérioration mentale ou perte de capacité intellectuelle ?				
d) Goutte, arthrite, sclérodémie, dystrophie musculaire, ataxie, lupus érythémateux systémique, myélite transverse, myasthénie grave, syndrome de post-poliomyélite, sarcoïdose ou fibrose kystique ?				
e) Amputation suite à une maladie ?				
f) SIDA, VIH, infections chroniques ou inexplicables ?				
6) Est-ce que présentement :				
a) Vous utilisez ou avez besoin d'appareils mécaniques ou médicaux tels que : fauteuil roulant, marchette, canne à plusieurs pointes, béquilles, lit d'hôpital, appareil à dialyse, oxygène, chariot motorisé ou monte-escalier ?				
b) Vous avez besoin d'aide, d'assistance ou de supervision pour effectuer les tâches suivantes : prendre un bain, manger, se vêtir, faire sa toilette, marcher, se transférer d'un fauteuil à un autre, ou préserver la continence ?				
c) Vous avez besoin d'aide, d'assistance ou de supervision pour effectuer deux ou plus des activités de la vie quotidienne suivante : prendre des médicaments, faire de l'entretien ménager, faire la lessive, magasiner ou préparer les repas ?				

Sélection de couverture d'assurance facultative (indiquer le montant total de couverture requise)

Couverture du membre \$ _____

Couverture du conjoint(e) \$ _____

La couverture maximale par employé et conjoint(e) est de 150 000 \$ chacun et doit être en tranches de 10 000 \$.

Âge	Homme		Femme	
	non-fumeur	fumeur	non-fumeuse	fumeuse
20-24	1,04 \$	1,38 \$	1,16 \$	1,56 \$
25-29	1,04 \$	1,38 \$	1,16 \$	1,56 \$
30-34	1,52 \$	2,24 \$	1,82 \$	2,54 \$
35-39	2,12 \$	3,58 \$	2,76 \$	4,06 \$
40-44	3,32 \$	6,12 \$	4,22 \$	6,68 \$
45-49	5,46 \$	10,62 \$	6,18 \$	10,54 \$
50-54	9,22 \$	18,52 \$	8,84 \$	16,28 \$
55-59	17,22 \$	33,94 \$	13,86 \$	26,22 \$
60-64	31,72 \$	58,58 \$	22,36 \$	40,28 \$

Désignation du bénéficiaire

Note : dans la province du Québec, si vous désignez votre conjoint marié ou de fait en tant que bénéficiaire, la désignation sera considérée irrévocable sauf si vous cochez la case intitulée « Révocable ».

Par la présente je désigne le bénéficiaire suivant :

Révocable; je peux choisir de modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance _____ Lien de parenté _____

(AAAA/MM/JJ)

Confidentialité

Protection de vos renseignements personnels : Coughlin & associés ltée (« Coughlin ») reconnaît le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Nous nous sommes engagés à protéger la confidentialité, la précision et la sécurité des renseignements personnels. Lorsqu'on nous transmet ce type de renseignements, nous créons et conservons un dossier confidentiel chez nous ou dans les bureaux d'une organisation autorisée par nous. Les renseignements personnels sont conservés en lieu sûr. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier au personnel de Coughlin ou à des personnes autorisées par Coughlin qui en ont besoin dans l'exécution de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées par la loi. Nous utilisons les renseignements personnels pour administrer le régime. Vous pouvez exercer certains droits d'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier, et si approprié, faire corriger les renseignements inexacts en faisant parvenir une demande écrite à Coughlin. Pour obtenir des renseignements au sujet de notre politique sur la protection des renseignements personnels, visitez notre site web à www.coughlin.ca, ou écrivez à notre agent responsable de la protection des renseignements personnels, par la poste, ou par courriel à privacy@coughlin.ca.

Signature du membre

(obligatoire)

Date

(AAAA/MM/JJ)

Signature du conjoint

(pour la couverture du conjoint/de la conjointe seulement)

Date

(AAAA/MM/JJ)

LES RENSEIGNEMENTS À PROPOS DE VOTRE ASSURABILITÉ ET DE CELLE DE VOS PERSONNES À CHARGE SERA TRAITÉE DE FAÇON STRICTEMENT CONFIDENTIELLE.