

Demande d'assurance-vie collective facultative

Renseignements sur le membre

Numéro ID employé	Langue ☐ Anglais ☐ Français
Nom de famille	
Prénom	Initiale
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe ☐ masculin ☐ féminin
Adresse	
Ville	Province
Code postale	Téléphone
Courriel	

Renseignements sur le conjoint (si échéant)

Numéro ID employé	
Nom de famille du membre	
Prénom du membre	
Nom de famille du/de la conjoint(e)	
Prénom du/de la conjoint(e)	Initiale
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe ☐ masculin ☐ féminin
Téléphone	
Courriel	

Couverture des enfants (si échéant)

Je demande la couverture pour mes enfants admissibles au montant de 5 000 \$ chacun et j'atteste que ceux-ci sont en bonne santé.

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

Couverture totale demandée

(Indiquer la couverture totale d'assurance demandée dans cet espace. La couverture se doit d'être en tranches de 10 000 \$ à concurrence d'un maximum de 500 000 \$).

Couverture du membre: \$ Couverture du conjoint: \$

Désignation du bénéficiaire du membre

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
Adresse	Lien de parenté	

Le bénéficiaire de la couverture du conjoint/des enfants sera le membre, s'il est vivant, ou sinon la succession du membre. Si le Code civil du Québec s'applique, toute désignation du conjoint légal (marié ou de fait) en tant que bénéficiaire est irrévocable sauf si vous optez pour une désignation révocable en cochant la case marquée << révocable >>.

Cette désignation est révocable ☐ Révocable ☐ Irrévocable

Primes mensuelles*

Voici les primes mensuelles pour chaque tranche de 10 000 \$ de couverture d'assurance-vie. La couverture d'assurance-vie maximale est de 500 000 \$ pour les membres et de 500 000 \$ pour les conjoints y compris la protection en cas de décès ou mutilation par accident en quantité égale plus un montant forfaitaire de 10 000 \$ d'assurance contre les maladies graves pour le membre sans frais supplémentaire jusqu'à l'âge de 65 ans. Les primes sont calculées en fonction de l'âge, sexe, et statut fumeur de l'appliquant. Une prime mensuelle additionnelle de 0.65 \$ couvre tous vos enfants à charges admissibles. Chaque enfant bénéficiera d'une assurance-vie de 5 000 \$.

* Les primes augmenteront le 1er février suivant l'anniversaire qui vous place dans la prochaine catégorie d'âge.

Âge	Moins de 34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69
Homme non-fumeur	0,50 \$	0,50 \$	0,85 \$	1,56 \$	2,83 \$	4,33 \$	6,31 \$	8,72 \$
Homme fumeur	0,71 \$	0,71 \$	1,28 \$	2,13 \$	4,33 \$	6,31 \$	11,05 \$	14,53 \$
Femme non-fumeuse	0,43 \$	0,43 \$	0,71 \$	1,21 \$	1,92 \$	3,05 \$	4,11 \$	5,46 \$
Femme fumeuse	0,50 \$	0,50 \$	0,85 \$	1,42 \$	3,12 \$	4,75 \$	6,17 \$	8,01 \$

Questionnaire médical

Loi sur la non-discrimination génétique

Vous ne devriez rien nous dire au sujet de tout test génétique (c'est-à-dire toute analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes) que vous pourriez avoir subi. Toutefois, vous devrez nous indiquer si vous suivez un traitement pour un trouble d'origine génétique ou si vous présentez des symptômes liés à ce trouble. Nous vous demanderons de nous fournir des renseignements complets sur vos antécédents familiaux, notamment tout trouble d'origine génétique.

Si vous répondez « oui » à l'une des questions d'ordre médical, la Canada Vie aura besoin de renseignements supplémentaires pour pouvoir étudier votre dossier. Dans ce cas, un représentant de la Canada Vie vous appellera pour mener une évaluation de votre état de santé.

1. Quels sont votre taille et votre poids actuels? <i>Veillez fournir les données exactes actuelles et non une estimation</i>		Taille Membre _____ ☐ pieds/pouces ☐ m/cm Conjoint _____ ☐ pieds/pouces ☐ m/cm	Poids Membre _____ ☐ livres ☐ kg Conjoint _____ ☐ livres ☐ kg
2. Avez-vous déjà été soigné pour l'une des affections ou l'un des troubles ci-dessous, ou avez-vous déjà présenté des symptômes de l'une de ces affections ou de l'un de ces troubles: - Affection ou problème touchant le cœur, le sang, la circulation sanguine (p. ex. hypertension artérielle, hypercholestérolémie), le système immunitaire (p. ex. VIH ou sida) ou la respiration (p. ex. tuberculose, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), apnée du sommeil, asthme – sauf l'asthme léger ou saisonnier chez les non-fumeurs – ou tout autre trouble touchant les poumons ou le système respiratoire) - Affection, problème ou blessure touchant le cerveau ou le système nerveux (p. ex. anévrisme, accident vasculaire cérébral, commotion, épilepsie, crises épileptiques, engourdissements, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA), chorée de Huntington, maladie de Parkinson) - Affection ou problème touchant l'œsophage, l'estomac, les intestins ou le côlon (p. ex. maladie de Crohn ou colite), le pancréas, le foie, la vésicule biliaire, le canal cholédoque, la vessie (sauf les infections urinaires traitées et ne présentant plus de symptômes), les reins, la prostate ou l'appareil génital - Perte de la parole, perte de la vue, perte de l'ouïe ou toute autre affection touchant vos yeux ou vos oreilles <i>(Vous n'avez pas à nous transmettre de renseignements sur un aérateur tympanique, une correction de la vue au moyen de lunettes ou de lentilles de contact ou des infections mineures qui ont été traitées et qui ne présentent plus de symptômes)</i> - Cancer (n'importe quel type), tumeur (bénigne ou maligne), diabète, taux de glycémie anormal ou présence de glucose dans l'urine, hépatite ou lupus - Affection ou problème touchant les os, les articulations, les muscles ou la peau (p. ex. arthrite, psoriasis, spondylarthrite ankylosante, maux de dos) qui a déjà nécessité la prise de médicaments ou tout autre traitement <i>(Vous n'avez pas besoin de mentionner les problèmes musculaires, les problèmes osseux et les infections mineures dont vous vous êtes complètement remis)</i> - Affection ou problème ayant une incidence sur le comportement ou la santé mentale (p. ex. anorexie nerveuse, boulimie, dépression, trouble bipolaire, automutilation, schizophrénie, ou encore stress ou anxiété qui a nécessité la prise de médicaments ou tout autre traitement ou qui a déjà entraîné une absence du travail ou de l'école)			Oui Non Membre ☐ ☐ Conjoint ☐ ☐
3. Mis à part les examens de santé habituels, avez-vous actuellement des rendez-vous ou des examens médicaux à venir ou à planifier? Attendez-vous de passer des tests ou de recevoir des résultats, ou vous a-t-on recommandé de passer des tests? Êtes-vous en attente d'un traitement, d'un acte médical (p. ex. intervention chirurgicale) relativement à un trouble de santé, à des symptômes ou à une affection? <i>(À l'exception d'une grossesse sans complications, d'une vasectomie, d'une chirurgie dentaire, d'une chirurgie esthétique ou d'une lésion musculaire/articulaire ou osseuse dont vous vous êtes pleinement rétabli, cela comprend notamment ce qui suit : biopsie, électrocardiogramme (ECG), radiographie, tomodensitogramme, imagerie par résonance magnétique (IRM), analyse sanguine, échographie, endoscopie, colonoscopie, test Pap, mammographie)</i>			Oui Non Membre ☐ ☐ Conjoint ☐ ☐
4. Y a-t-il des membres de votre famille immédiate biologique (père, mère, frère, soeur, enfant) qui sont atteints ou ont déjà été atteints de l'une des affections indiquées ci-dessous? - Cécité - Cancer - Cardiomyopathie - Démence (y compris la maladie d'Alzheimer) - Diabète - Maladie cardiaque - Chorée de Huntington - Maladie du motoneurone (y compris la SLA ou la maladie de Lou Gehrig) - Sclérose en plaques - Maladie de Parkinson - Maladie polykystique des reins (ou toute autre insuffisance rénale chronique nécessitant une dialyse) - Accident vasculaire cérébral - ou toute autre maladie héréditaire			Oui Non Membre ☐ ☐ Conjoint ☐ ☐
5. Au cours des 12 derniers mois , avez-vous fait usage de produits contenant du tabac, de la nicotine ou un substitut nicotinique? <i>Cela inclut les cigarettes, les cigarettes électroniques, les vaporisateurs, les cigarillos, le tabac à pipe, les cigares, le tabac à chiquer, les timbres à la nicotine, la gomme à la nicotine, la chicha et tout autre produit semblable, sous quelque forme que ce soit.</i>			Oui Non Membre ☐ ☐ Conjoint ☐ ☐
6. Au cours des dix dernières années , avez-vous fait usage de drogues ou de stupéfiants (y compris le cannabis) ou avez-vous eu des problèmes de consommation abusive d'alcool (cela comprend le fait d'avoir été avisé de limiter ou de réduire votre consommation)?			Oui Non Membre ☐ ☐ Conjoint ☐ ☐
7. Au cours des deux dernières années , avez-vous participé à une activité à risque élevé, ou encore planifiez-vous participer à une activité de ce type au cours des 12 prochains mois ? <i>Par exemple, aviation (à titre de pilote ou de membre d'équipage), boxe, montgolfière, saut à l'élastique, deltaplane, héliski/planche à neige, course à bord d'un véhicule motorisé (automobile, motocyclette, bateau, motoneige, etc.), escalade de rocher ou de paroi glacée, plongée en scaphandre, parachutisme ou tout autre type de saut en parachute et descente en eau vive.</i>			Oui Non Membre ☐ ☐ Conjoint ☐ ☐

Reconnaissance

Je confirme être un membre actif employé de l'Association canadienne du contrôle du trafic aérien (ACCTA), ou son conjoint, et par la présente demande l'assurance offerte par l'ACCTA.

J'AUTORISE : Coughlin à utiliser mes renseignements personnels aux fins de rapports gouvernementaux, d'identification et d'administration de mes avantages sociaux ; Coughlin à échanger mes renseignements personnels avec les personnes, parties et organismes suivants : Fournisseurs de soins de santé, sociétés affiliées avec Coughlin; institutions financières; agences gouvernementales ; compagnies d'assurance ; employeurs ou anciens employeurs ; mon syndicat local ou fiduciaires du régime et vérificateurs; et Coughlin à utiliser les renseignements personnels contenus dans mon dossier pour me fournir des informations additionnelles à-propos des avantages sociaux auxquels j'ai droit. Lorsque je fournis des renseignements personnels pour mon conjoint et/ou mes enfants, je confirme que je suis autorisé à agir en leur nom. J'accepte qu'une photocopie ou copie numérisée de cette Autorisation et Déclaration soit aussi valide que l'original. J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques, corrects et complets au meilleur de ma connaissance.

Les renseignements fournis dans ce formulaire seront utilisés par la Canada Vie pour déterminer votre assurabilité et pour vous fournir les assurances demandées en vertu de ce régime.

J'AUTORISE : La Canada Vie, tout fournisseur d'assurance-maladie, l'administrateur de mon régime, d'autres assureurs, le Bureau des renseignements médicaux, d'autres organismes, ou des fournisseurs d'avantages sociaux qui travaillent avec la Canada Vie à échanger des renseignements, lorsque nécessaire à la détermination de mon assurabilité et à l'administration du régime d'assurance collective : La Canada Vie à procéder à des tests, examens, profils sanguins et tests d'urine si besoin pour déterminer mon assurabilité en rapport avec la présente demande.

J'ATTESTE ET CONFIRME QUE : Je suis membre actif employé de l'Association canadienne du contrôle du trafic aérien, ou son conjoint, à la date de signature de la présente demande; que j'ai lu et suis d'accord avec l'Avis important décrivant les procédures du Bureau des renseignements médicaux; que je conserve une copie de cette demande; que si je présente une demande de couverture pour mes personnes à charge, je suis autorisé à agir en leur nom; qu'une photocopie ou copie numérisée de la présente autorisation est aussi valide que l'originale. Les énoncés et réponses dans ce formulaire seront utilisés pour déterminer votre assurabilité et fournir des avantages sociaux en vertu de ce régime. Tout changement de véracité de tout énoncé ou réponse dans ce formulaire entre la date à laquelle le formulaire est signé et la date à laquelle la Canada Vie prend une décision doit être communiqué à la Canada Vie. Je comprends qu'à défaut de ce faire, toute couverture accordée sera nulle et sans effet. Je déclare qu'au meilleur de ma connaissance, toutes les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques, et je comprends que si une réponse est incomplète ou fautive, toute couverture accordée sera nulle et sans effet. Je comprends qu'on peut refuser ma demande de couverture en totalité ou en partie si, selon l'opinion de la Canada Vie, je ne suis pas assurable pour tout ou en partie de cette assurance.

Pour les résidents du Québec : I request that all communication and documents be in English. Je demande à ce que toutes les communications et tous les documents soient en anglais.

Autorisation et déclaration

Les renseignements précédents seront utilisés par la Canada Vie pour déterminer votre assurabilité et pour vous offrir les avantages prévus par ce régime.

J'autorise la Canada Vie, tout fournisseur de soins de santé, l'administrateur de mon régime, d'autres compagnies d'assurance, le bureau des renseignements médicaux, d'autres organisations ou fournisseurs de services qui travaillent avec la Canada Vie à échanger de l'information au besoin pour déterminer mon assurabilité et administrer le régime d'avantages collectifs et la Canada Vie à exécuter des tests, des examens, des profils sanguins et des tests d'urine au besoin pour déterminer mon assurabilité en rapport avec la présente demande.

J'autorise :

- La Canada Vie à divulguer les renseignements contenus dans mes dossiers médicaux au prestataire de soins de santé habituel ou à la clinique habituelle dont le nom figure dans la présente demande d'assurance, y compris les résultats d'examens obtenus au cours du processus de demande ;
- La Canada Vie à communiquer avec moi au sujet de cette demande au moyen de messages électroniques en utilisant le numéro de cellulaire ou l'adresse courriel que j'ai fournis ;
- Le répondant de régime à déduire de ma rémunération et à remettre à la Canada Vie les cotisations salariales requises aux termes du régime, le cas échéant.

Je certifie ou confirme que je suis membre en règle ou membre du personnel de l'ACCTA, ou le conjoint d'une telle personne, à la date de la signature de la présente demande ; j'ai lu et j'accepte l'important avis décrivant les procédures du bureau des renseignements médicaux ; j'ai conservé une copie de la présente demande ; si je demande la couverture pour des personnes à charge, je suis autorisé à agir en leur nom. Une photocopie ou une copie électronique de cette autorisation est aussi valide que l'original.

Les déclarations et les réponses apparaissant sur ce formulaire seront utilisées pour déterminer votre assurabilité et pour vous faire profiter des avantages prévus par le régime. Tout changement aux déclarations et réponses apparaissant sur le formulaire entre la date à laquelle le formulaire a été signé et la date à laquelle la Canada Vie prend une décision doit être signalé à la Canada Vie. Je comprends que si je néglige de le faire, toute couverture pourrait être annulée.

Je déclare qu'au meilleur de ma connaissance, toutes les réponses données aux questions précédentes sont complètes et véridiques. Je comprends que dans le cas d'une réponse incomplète ou fautive, la couverture accordée pourrait être annulée. Je comprends que l'on peut me refuser la couverture pour une partie de l'avantage ou l'ensemble de celui-ci si, de l'avis de la Canada Vie, je ne suis pas assurable pour tout l'avantage ou une partie de celui-ci.

Pour les requérants du Québec : Je demande à ce que toutes les communications et tous les documents soient en anglais.

Signature du membre (*Obligatoire*)

Date

(AAAA/MM/JJ)

Signature du conjoint (*Pour la couverture du conjoint seulement*)

Date

(AAAA/MM/JJ)

Protection de vos renseignements personnels. À la Canada Vie, nous sommes soucieux de protéger vos renseignements personnels et de respecter votre vie privée. Les renseignements personnels sont des informations qui, seules ou combinées à d'autres, permettent d'identifier une personne. Ils comprennent notamment votre nom et adresse, ainsi que d'autres informations plus sensibles, comme des renseignements médicaux et financiers. Sont compris, le cas échéant, des renseignements sur d'autres personnes, comme votre époux, votre conjoint de fait et vos enfants.

Comment nous utilisons vos renseignements personnels. Vos renseignements personnels sont utilisés pour vous offrir des produits et services et pour améliorer nos activités d'exploitation. Ils sont notamment utilisés pour vérifier votre identité, tenir votre profil à jour et vous renseigner sur les caractéristiques des produits que vous avez auprès de nous. De plus, l'utilisation de vos renseignements personnels nous permet de vous offrir des conseils, d'évaluer votre admissibilité à certains produits, de tarifier nos produits, d'obtenir de la rétroaction sur notre service à la clientèle et de traiter les demandes de règlement ainsi que d'autres transactions financières. Cette utilisation nous permet aussi de vous protéger, tout comme nous, contre des risques, comme la cybercriminalité et la fraude, et de respecter nos obligations légales. Si vous avez fourni votre numéro d'assurance sociale (NAS), nous l'utiliserons à des fins de déclaration fiscale. Votre NAS sert également à lier vos produits et à séparer vos renseignements de ceux d'autres clients ayant des noms semblables.

Avec qui communiquons-nous les renseignements personnels. Nous transmettons vos renseignements personnels à d'autres personnes et organisations qui nous aident à administrer vos produits et à vous offrir des services. Cela comprend notamment votre conseiller et les personnes qui travaillent avec lui, nos filiales canadiennes et d'autres organisations qui nous offrent des services, comme des fournisseurs d'examen paramédicaux, des laboratoires médicaux, MIB, LLC., des fournisseurs de protections spécialisées, des médecins examinateurs indépendants et des gestionnaires de demandes de règlement électroniques pour médicaments. Nous pouvons aussi divulguer vos renseignements à des vérificateurs de demandes de règlement, à des fournisseurs d'assistance aux voyageurs, à des fournisseurs de services technologiques, à d'autres compagnies d'assurance et de réassurance, à d'autres institutions financières et à des agences d'évaluation du crédit. Dans le cadre de nos activités quotidiennes, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à des ministères et organismes gouvernementaux. Ils peuvent également être communiqués à l'extérieur du Canada ou de votre province de résidence. Nous prenons au sérieux la protection de vos renseignements personnels et nous ne les vendons jamais à qui que ce soit.

Vous êtes en contrôle de vos renseignements personnels. Nous respectons vos préférences en matière de protection des renseignements personnels et nous nous y conformons lorsque nous les utilisons. Tout au long de votre relation avec nous, vous pouvez choisir la façon dont vos renseignements personnels sont utilisés en mettant à jour vos préférences dans votre compte en ligne ou en présentant une demande par l'entremise de notre centre de protection des renseignements personnels à l'adresse canadavie.com/confidentialite. Vous pouvez notamment déterminer si vous souhaitez recevoir des sondages sur l'expérience client et si votre NAS peut être utilisé à d'autres fins que la déclaration fiscale. Vous pouvez aussi préciser si et comment vous voulez recevoir des informations et des offres de la Canada Vie, en fonction des renseignements personnels que nous recueillons auprès de vous tout au long de votre relation avec nous. Vous pouvez également exercer d'autres droits en matière de protection des renseignements personnels, tel qu'accéder à vos renseignements personnels ou les corriger, en présentant une demande à cet effet par l'entremise de notre centre de protection des renseignements personnels.

Si vous décidez de retirer votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels dont nous avons besoin pour vous fournir des services et nous acquitter de nos obligations légales, nous pourrions ne plus être en mesure de continuer à vous fournir des produits et services.

Vous voulez en savoir plus? Veuillez consulter le site canadavie.com/confidentialite.