

	Âge	Homme non-fumeur	Homme fumeur	Femme non-fumeuse	Femme fumeuse
<p>Le tableau ci-dessous indique la prime mensuelle par tranches de 10 000 \$ de protection. La protection maximale disponible est de 500 000 \$ pour vous et de 500 000 \$ pour votre conjoint. Les primes sont déterminées en fonction de l'âge, du sexe et de l'usage du tabac.</p> <p><b>Exemple : Une femme de 38 ans qui ne fume pas désirent obtenir une protection de 100 000 \$ (10 x 10 000 \$) verserait une prime mensuelle de 6 \$ (10 x 0,60 \$). The monthly premium for a male non-smoker the same age would be \$7.00 (10 X \$0.70).</b></p>	Jusqu'à 34	0,60 \$	1,00 \$	0,50 \$	0,70 \$
	35-39	0,70	1,30	0,60	1,00
	40-44	1,00	2,10	0,90	1,60
	45-49	1,90	3,90	1,60	2,70
	50-54	3,30	6,50	2,70	4,40
	55-59	6,10	11,20	4,30	6,70
	60-64	8,60	15,10	5,70	8,40
	65-69	11,70	19,60	7,90	10,80

### INFORMATION DU MEMBRE

Nom complet (nom, initiale, prénom) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Adresse de CÉ : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_ N° de tél. à la maison : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification : \_\_\_\_\_

Sexe :  Homme  Femme Fumé dans les 12 derniers mois?  Oui  Non Langue :  Anglais  Français

Occupation : \_\_\_\_\_ N° de tél. au travail : \_\_\_\_\_ poste : \_\_\_\_\_

Votre taille : \_\_\_\_\_  pi/po  cm Votre poids : \_\_\_\_\_  lb  kg

Montant de protection d'assurance-vie demandé : \_\_\_\_\_

RÉSERVEZ À L'ADMINISTRATEUR

ID # \_\_\_\_\_

Division # \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT(E), LE CAS ÉCHÉANT

Nom complet (nom, initiale, prénom) : \_\_\_\_\_

Date de naissance (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_\_ Sexe :  Homme  Femme Fumé dans les 12 derniers mois?  Oui  Non

Conjoint(e) taille : \_\_\_\_\_  pi/po  cm Conjoint(e) poids : \_\_\_\_\_  lb  kg

Montant de protection d'assurance-vie demandé : \_\_\_\_\_

### DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE RÉVOCABLE

Nom(s) : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Le bénéficiaire de la protection du conjoint sera l'employé, s'il est vivant; sinon, le bénéficiaire sera la succession de l'employé.**

**Là où les lois du Québec s'appliquent, si le conjoint est le bénéficiaire désigné, cette désignation est irrévocable (ne peut être changée), à moins que vous n'indiquiez révocable en cochant cette case :  Révocable**

# Questionnaire médical

## QUESTIONNAIRE MÉDICAL

### PARTIE 1

	MEMBRE	CONJOINT(E)
(a) Au cours des deux dernières années, avez-vous reçu des soins médicaux ou chirurgicaux en raison d'une maladie ou d'une blessure?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
(b) Au cours des cinq dernières années, avez-vous passé des radiographies, des électrocardiogrammes, des tests sanguins ou d'autres tests spéciaux pour d'autres motifs que l'examen de santé habituel?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
(c) Avez-vous déjà éprouvé des symptômes de troubles cardiaques, d'hypertension, d'accident cérébrovasculaire, de trouble cérébral ou du système nerveux, de troubles sanguins, de colites ou d'un autre trouble intestinal, de trouble hépatique, d'ulcères, de diabète, de tumeurs, de trouble rénal ou urinaire, du syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), ou êtes-vous porteur du VIH, ou vous a-t-on déjà dit que vous étiez atteint de l'une de ces infections ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

### PARTIE 2 – Est-ce que vous ou votre conjoint(e) :

(a) avez connaissance d'un état existant qui nécessiterait que vous soyez hospitalisé ou que vous subissiez une intervention chirurgicale ou un traitement médical ou psychiatrique ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
(b) avez déjà demandé de l'assurance-vie ou de l'assurance-maladie que l'on a refusé de vous accorder ou dont on a modifié le taux de prime ou tout autre aspect ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
(c) avez déjà participé aux manœuvres d'opération d'un avion, ou vous adonnez-vous à des activités dangereuses, comme (encerclez les activités) la plongée en scaphandre autonome, la chute libre, le deltaplane, la course automobile ou la course en motocyclette ? Dans le cas d'activités non mentionnées, veuillez préciser.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
(d) croyez que, pour quelque motif que ce soit, vous n'êtes pas en ce moment en excellente santé et libre de tout symptôme ou d'un trouble quelconque ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
(e) comptez un membre de la famille proche atteint de diabète, de cancer, d'hypertension, de maladie cardiaque ou rénale ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu « oui » à l'une des questions, veuillez préciser ci-dessous, en indiquant notamment les tests particuliers, la blessure, la maladie, l'intervention chirurgicale, ainsi que le nom et l'adresse des médecins.

Membre :

Conjoint(e) :

## AUTORISATION

La Canada Vie, Compagnie d'Assurance-Vie utilisera les renseignements mentionnés plus haut pour se faire une opinion du risque que vous présentez et pour offrir des avantages dans le cadre du présent programme.

*Je déclare que, pour autant que je sache, toutes les réponses indiquées plus haut sont complètes et exactes. Je sais qu'advenant qu'une réponse soit incomplète ou inexacte, la protection accordée pourra être annulée. Je conserve une copie de la présente demande.*

*Je sais que la couverture n'entre en vigueur qu'au moment où la Canada Vie, Compagnie d'Assurance-Vie approuve la présente demande. Dans le cadre du présent programme d'assurance, j'autorise n'importe quel médecin reconnu, praticien médical, hôpital, clinique ou autre établissement de santé, compagnie d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, ou une autre organisation, institution ou personne, qui possède des dossiers ou de l'information me concernant ou à propos de mon état de santé, à transmettre ces renseignements à la Canada Vie, Compagnie d'Assurance-vie, ou à son(ses) réassureur(s). L'exemplaire photocopié de cette autorisation est aussi valide que l'original.*

Date (AAAA/MM/JJ)

Employé/demandeur

Date (AAAA/MM/JJ)

Signature du conjoint (pour la couverture du conjoint(e))