

NOM DE L'EMPLOYEUR	GROUPE	DIVISION	NO DE CERTIFICAT
NOM DE L'EMPLOYÉ	NOM À LA NAISSANCE	PRÉNOM	

CONJOINT

NOM DU CONJOINT (NOM DE FILLE S'IL Y A LIEU)	DATE DE NAISSANCE J M A	LIEU DE NAISSANCE	NO D'ASSURANCE SOCIAL
TAILLE _____ PI.PO. OU _____ CM	POIDS ACTUEL _____ LB OU _____ KG	POIDS IL Y A UN AN _____ LB OU _____ KG	CAUSE DE LA VARIATION DU POIDS

ENFANTS

PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE J M A	TAILLE _____ PI.PO. OU _____ CM	POIDS ACTUEL _____ LB OU _____ KG
PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE J M A	TAILLE _____ PI.PO. OU _____ CM	POIDS ACTUEL _____ LB OU _____ KG
PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE J M A	TAILLE _____ PI.PO. OU _____ CM	POIDS ACTUEL _____ LB OU _____ KG
PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE J M A	TAILLE _____ PI.PO. OU _____ CM	POIDS ACTUEL _____ LB OU _____ KG

RAISON DE LA DEMANDE D'ASSURANCE DE PERSONNES À CHARGE

MARIAGE
 COHABITATION
 PERTE D'EMPLOI DU CONJOINT
 PRÉCISEZ : JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____
 AUTRES PRÉCISEZ : _____

INFORMATION SUR VOTRE CONJOINT ET VOS ENFANTS

	CONJOINT		ENFANTS		PRÉNOM
	OUI	NON	OUI	NON	
1. VOTRE CONJOINT A-T-IL DANS SA FAMILLE (PARENTS, GRANDS-PARENTS, FRÈRES, SŒURS, ONCLES, TANTES) DES CAS DE DIABÈTE, CANCER, TUBERCULOSE, HAUTE TENSION, MALADIE DU CŒUR OU AFFECTION MENTALE?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. VOTRE CONJOINT OU UN DE VOS ENFANTS SOUFFRE-T-IL OU A-T-IL SOUFFERT DE QUELQUE MALADIE, BLESSURE OU INFIRMITÉ PHYSIQUE OU MENTALE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. VOTRE CONJOINT OU UN DE VOS ENFANTS A-T-IL DEPUIS CINQ ANS, ÉTÉ EXAMINÉ, CONSEILLÉ OU SOIGNÉ PAR UN MÉDECIN OU AUTRE PRATICIEN ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. VOTRE CONJOINT OU UN DE VOS ENFANTS A-T-IL DÉJÀ SUIVI DES TRAITEMENT DANS UN HÔPITAL, UNE CLINIQUE, UN SANATORIUM, ETC. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. VOTRE CONJOINT OU UN DE VOS ENFANTS REÇOIT-IL PRÉSENTEMENT LES SOINS D'UN MÉDECIN OU PREND-IL DES MÉDICAMENTS ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. VOTRE CONJOINT OU UN DE VOS ENFANTS A-T-IL DÉJÀ ÉTÉ TRAITÉ POUR ABUS D'ALCOOL OU DE DROGUES ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. VOTRE CONJOINT OU UN DE VOS ENFANTS A-T-IL DEMANDÉ OU TOUCHÉ UNE PENSION OU UNE INDEMNITÉ POUR UNE BLESSURE CORPORELLE OU UNE INVALIDITÉ ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. VOTRE CONJOINT EST-ELLE ENCEINTE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> SI OUI, PRÉCISEZ LA DATE DE L'ACCOUCHEMENT JOUR _____ MOIS _____ ANNÉE _____					

POUR CHACUNE DES QUESTIONS PRÉCÉDENTES, SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI, VEUILLEZ DÉTAILLER DANS LA SECTION « EXPLICATIONS » CI-DESSOUS.

EXPLICATIONS

QUESTION NUMÉRO	PRÉNOM DE LA PERSONNE CONCERNÉE	DATE	DURÉE		MALADIE, OPÉRATION, EXAMENS, TESTS, TRAITEMENTS, MÉDICAMENTS, RÉSULTATS	NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN ET HÔPITAL
			HÔPITAL	MALADIE		

JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS DANS CETTE DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ SONT VRAIS ET COMPLETS AU MEILLEUR DE MA CONNAISSANCE ET QU'ILS FONT PARTIE DE MA DEMANDE D'ASSURANCE.

DATE _____	SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____	SIGNATURE DU CONJOINT _____
	SIGNATURE ENFANT DE 14 ANS ET PLUS _____	SIGNATURE DU TÉMOIN _____

AVIS À L'ASSURÉ

COMPTE RENDU D'ENQUÊTE ET ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS
 TOUTES LES COMPAGNIES D'ASSURANCE, Y COMPRIS L'UNION-VIE, COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE ET SES RÉASSUREURS, FONT PARFOIS RÉDIGER UN COMPTE RENDU D'ENQUÊTE SELON LEURS NORMES RELATIVES AU TRAITEMENT DES PROPOSITIONS. LE COMPTE RENDU COMPREND NORMALEMENT DES RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À ASSURER ET SUR SON MODE DE VIE.
 LES RENSEIGNEMENTS CONCERNANT VOTRE ASSURABILITÉ SERONT TRAITÉS DE FAÇON CONFIDENTIELLE. TOUTEFOIS, L'UNION-VIE ET SES RÉASSUREURS PEUVENT EN COMMUNIQUER UN RÉSUMÉ AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX. LE BUREAU EST UN ORGANISME SANS BUT LUCRATIF, AU SERVICE EXCLUSIF DES COMPAGNIES D'ASSURANCE DE PERSONNES, DONT L'OBJET EST DE PERMETTRE À SES MEMBRES L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS. SI VOUS ADRESSEZ UNE PROPOSITION D'ASSURANCE-VIE OU MALADIE, OU SOUMETTEZ UNE DEMANDE DE PRESTATIONS À L'UNE DES COMPAGNIES MEMBRES, LE BUREAU LUI FOURNIRA, SUR DEMANDE, LES RENSEIGNEMENTS CONSIGNÉS DANS SES DOSSIERS.
 SI VOUS LUI EN FAITES LA DEMANDE, LE BUREAU VOUS TRANSMETTRA TOUT RENSEIGNEMENT QU'IL POSSÈDE À VOTRE SUJET. SI VOUS METTEZ EN DOUTE L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS CONSIGNÉS AU BUREAU VOUS POUVEZ EN DEMANDER LA RECTIFICATION EN VOUS ADRESSANT AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, 330 AVENUE UNIVERSITY, TORONTO, ONTARIO M5G 1R7. TÉLÉPHONE : (416) 597-0590.
 L'UNION-VIE ET SES RÉASSUREURS PEUVENT AUSSI COMMUNIQUER LES RENSEIGNEMENTS QU'ILS POSSÈDENT À UNE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE À LAQUELLE VOUS AURIEZ ADRESSÉ UNE PROPOSITION D'ASSURANCE-VIE OU MALADIE, OU UNE DEMANDE DE PRESTATIONS.

AUTORISATION

J'AUTORISE TOUT PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ AINSI QUE TOUT ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ DE SANTÉ OU DE SERVICES SOCIAUX, TOUTE COMPAGNIE D'ASSURANCE, LE BUREAU DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, LES AGENTS DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS OU LES AGENCES D'INVESTIGATION ET DE SÉCURITÉ, MON EMPLOYEUR OU EX-EMPLOYEUR AINSI QUE TOUT ORGANISME PUBLIC DÉTENANT DES RENSEIGNEMENTS À LES TRANSMETTRE À L'ASSUREUR, À SES RÉASSUREURS ET À LEURS FOURNISSEURS DE SERVICES SI NÉCESSAIRE, POUR L'ÉVALUATION DU RISQUE OU À L'ÉTUDE DE TOUTE RÉCLAMATION.
 J'AUTORISE ÉGALEMENT MON ASSUREUR, OU SES RÉASSUREURS À ÉCHANGER AVEC D'AUTRES ASSUREURS OU PERSONNES QUE J'AI INDIQUÉES À TITRE DE RÉFÉRENCE, LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS CONTENUS DANS LA PRÉSENTE DEMANDE ET À FAIRE ENQUÊTE AUPRÈS D'EUX POUR L'ÉVALUATION DU RISQUE OU LORS D'UNE RÉCLAMATION.
 L'ASSURÉ S'ENGAGE À COLLABORER ET À SIGNER TOUT DOCUMENT D'AUTORISATION SPÉCIFIQUE QUI POURRAIT ÊTRE REQUIS OU NÉCESSAIRE POUR L'OBTENTION DES RENSEIGNEMENTS PERMETTANT À L'ASSUREUR D'ÉVALUER ADÉQUATEMENT LA SITUATION. UNE PHOTOCOPIE DE LA PRÉSENTE AUTORISATION OU DU PRÉSENT CONSENTEMENT À LA MÊME VALEUR QUE L'ORIGINAL

DATE _____	SIGNATURE DU TÉMOIN X _____	SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ _____
	SIGNATURE ENFANT DE 14 ANS ET PLUS _____	SIGNATURE DU TÉMOIN _____