

La présente demande d'assurance comprend deux formulaires : *Preuve d'assurabilité – Description de la protection* et *Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie.*

DIRECTIVES

- Gestionnaire de régime :**
- Remplir, signer et dater le formulaire Description de la protection.
 - Garder une copie du formulaire dûment rempli dans vos dossiers.
 - Transmettre l'original et le Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie au salarié.
- Participant de régime :**
- Relire, signer et dater le formulaire Description de la protection.
 - Remplir le Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie et retourner les deux formulaires à la Great-West.

LA GREAT-WEST, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE
SÉLECTION DES RISQUES MÉDICAUX, COLLECTIVE
C.P. 6000
WINNIPEG (MANITOBA) R3C 3A5
TÉLÉPHONE : 204 946-8554
LIGNE ATS : 1 800 990-6654
(disponible pour les sourds et les malentendants)

Nom du titulaire de police collective (employeur)		Police collective n°	Division n°
STANDBRED CANADA		43431	
<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> D ^r <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> D ^{re} <input type="checkbox"/> _____	Nom du participant de régime	Prénom	Second prénom
Adresse du domicile		Rue	Province
Code postal	Date de naissance	Téléphone au domicile	Téléphone au travail
	Jour Mois Année		poste
Numéro d'identification		Profession (décrivez les tâches)	

OBJECTIF DE LA PRÉSENTE DEMANDE D'ASSURANCE

Montant de l'assurance-vie temporaire collective facultative actuellement en vigueur :

Participant : _____ \$ Conjoint : _____ \$

Veillez cocher le montant d'assurance-vie que vous demandez :

Participant :	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> 150 000 \$	Conjoint :	<input type="checkbox"/> 25 000 \$	<input type="checkbox"/> 150 000 \$
	<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 175 000 \$		<input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 175 000 \$
	<input type="checkbox"/> 75 000 \$	<input type="checkbox"/> 200 000 \$		<input type="checkbox"/> 75 000 \$	<input type="checkbox"/> 200 000 \$
	<input type="checkbox"/> 100 000 \$	<input type="checkbox"/> 225 000 \$		<input type="checkbox"/> 100 000 \$	<input type="checkbox"/> 225 000 \$
	<input type="checkbox"/> 125 000 \$	<input type="checkbox"/> 250 000 \$		<input type="checkbox"/> 125 000 \$	<input type="checkbox"/> 250 000 \$

Total de l'assurance :

Participant : _____ \$ Conjoint : _____ \$

Montant payé avec la proposition :

Participant : _____ \$ Conjoint : _____ \$

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE À L'ÉGARD DE L'ASSURANCE-VIE FACULTATIVE	À NOTER : LÀ OÙ LE CODE CIVIL DU QUÉBEC S'APPLIQUE, toute désignation de votre conjoint à titre de bénéficiaire est irrévocable (par « conjoint », on entend toute personne qui, en vertu de la loi et dans le présent contexte, est réputée être votre conjoint), à moins que vous ne déclariez la désignation révoquable en cochant la case applicable. Par les présentes, je déclare la désignation : <input type="checkbox"/> révoquable <input type="checkbox"/> irrévocable La désignation irrévocable d'un bénéficiaire ne peut être modifiée sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable. La désignation révoquable d'un bénéficiaire peut être modifiée à tout moment sans le consentement du bénéficiaire révoquable.
Prénom _____ Nom _____	
Lien avec le participant _____ Le participant est le bénéficiaire de l'assurance du conjoint et des enfants s'il est alors vivant. Autrement, la succession en sera le bénéficiaire.	
Signature du gestionnaire de régime : _____ Date : _____	
Nom du gestionnaire de régime en caractères d'imprimerie : _____	Numéro de téléphone de gestionnaire du régime : _____
Signature du participant : _____ Date : _____	

AVIS AU SUJET DU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Avis important

VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS SERONT TRAITÉS CONFIDENTIELLEMENT. CEPENDANT, LA GREAT-WEST OU L'UN DE SES RÉASSUREURS PEUVENT SOUMETTRE UN COMPTE RENDU AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, UNE ASSOCIATION SANS BUT LUCRATIF CRÉÉE PAR DES COMPAGNIES D'ASSURANCE-VIE POUR ÉCHANGER DES RENSEIGNEMENTS PARMIS SES MEMBRES. SI VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE D'ASSURANCE-VIE OU D'ASSURANCE-MALADIE, OU UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT AUPRÈS D'UNE COMPAGNIE MEMBRE DE CE BUREAU, CELUI-CI TRANSMET À CETTE DERNIÈRE, SUR DEMANDE, LES RENSEIGNEMENTS QU'IL POSSÈDE AU DOSSIER.

LA GREAT-WEST OU L'UN DE SES RÉASSUREURS PEUVENT AUSSI TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS À TOUTE AUTRE COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE AUPRÈS DE LAQUELLE VOUS SOUMETTEZ UNE PROPOSITION D'ASSURANCE-VIE OU D'ASSURANCE-MALADIE, OU UNE DEMANDE DE RÈGLEMENT. CEPENDANT, LA COMPAGNIE NE RÉVÉLERA, NI À UNE AUTRE COMPAGNIE, NI AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, LA DÉCISION PRISE QUANT À VOTRE DEMANDE D'ASSURANCE ACTUELLE.

SI VOUS SOUHAITEZ CONSULTER LES RENSEIGNEMENTS À VOTRE DOSSIER OU DEMANDER À CE QU'ILS SOIENT RECTIFIÉS, VEUILLEZ COMMUNIQUER AVEC LE BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX, SOIT EN ÉCRIVANT AU :

MEDICAL INFORMATION BUREAU, 330, AVENUE UNIVERSITY, BUREAU 501, TORONTO (ONTARIO) M5G 1R7, SOIT EN COMPOSANT LE 416 597-0590.

Protection de vos renseignements personnels

À la Great-West, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière (situés au Canada ou à l'étranger). Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Nous nous servons de ces renseignements personnels pour déterminer votre assurabilité et pour administrer le régime collectif.

AUTORISATION RELATIVE AU SYSTÈME DE PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES DES CHÈQUES

Nom du titulaire de la police : **STANDARD BRED CANADA**

Numéro de la police : 43431 Nom _____

Participant Date de naissance : _____ Numéro d'identification : _____

Type de compte (veuillez ne faire qu'un seul choix)

Chèque Épargne Épargne / chèque

Numéro de domiciliation	Numéro de compte
-------------------------	------------------

Numéro de la succursale	Numéro de l'institution	
-------------------------	-------------------------	--

Nom et adresse de la banque, de la société de fiducie ou de la caisse où est détenu le compte précité

Nom du ou des titulaires de compte, selon ce qui est indiqué dans les dossiers de la banque

Veillez joindre un chèque portant la mention « NUL ». La Great-West est autorisée à effectuer des retraits mensuels dans le compte de la banque, de la société de fiducie ou de la caisse figurant sur le chèque. Le montant du retrait est calculé en fonction du montant d'assurance et du barème des taux applicable.

Signature du titulaire de compte	Date de la signature (jj/mm/aaaa)
Adresse du titulaire de compte	
Signature du titulaire de compte	Date de la signature (jj/mm/aaaa)
Adresse du titulaire de compte	

COMPTES DE CONJOINT : Tous les titulaires de compte doivent signer l'autorisation si plus d'une signature est requise pour tirer un chèque du compte.

COMPTES D'ENTREPRISE : Tous les signataires autorisés doivent signer la présente.

CONDITIONS

La Great-West avisera le responsable des primes du montant du chèque, du jour du mois où il sera tiré du compte aux fins de paiement ainsi que des numéros de police et de certificat auxquels les fonds seront appliqués au moment où la protection sera approuvée.

Tant que le système de prélèvements automatiques des chèques sera en vigueur, les paiements seront effectués mensuellement à l'avance.

Le système de prélèvements automatiques des chèques prendra fin à la date à laquelle l'assurance-vie facultative collective du responsable des primes sera résiliée.

La présente demande d'assurance comprend deux formulaires : *Preuve d'assurabilité – Description de la protection et Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie.*

- DIRECTIVES Participant :**
- Remplir, signer et dater le formulaire Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie.
 - Fournir les renseignements sur le conjoint uniquement si vous demandez la protection à l'égard des personnes à charge.**
 - Envoyer à la Great-West les originaux du formulaire Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie et du formulaire Preuve d'assurabilité – Description de la protection.

LA GREAT-WEST, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE
SÉLECTION DES RISQUES MÉDICAUX, COLLECTIVE
C.P. 6000
WINNIPEG (MANITOBA) R3C 3A5
TÉLÉPHONE : 204 946-8554
LIGNE ATS : 1 800 990-6654
(disponible pour les sourds et les malentendants)

Nom du titulaire de police collective (employeur) STANDARD BRED CANADA		Police collective n° 43431	Division n°
--	--	--------------------------------------	-------------

<input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> D. <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> D ^{re} <input type="checkbox"/> _____	Nom du participant de régime	Prénom	Second prénom
--	------------------------------	--------	---------------

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____ Taille du participant? _____ m/cm pi/po Poids du participant? _____ kg lb

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT (le cas échéant) – Si l'espace fourni ne suffit pas, annexe une feuille.

	PRÉNOM	NOM	Sexe	Date de naissance			Taille	Poids
				Jour	Mois	Année		
Conjoint			<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin				<input type="checkbox"/> m/cm <input type="checkbox"/> pi/po	<input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb

VOUS DEVEZ RÉPONDRE AUX QUESTIONS CI-DESSOUS À L'ÉGARD DE CHAQUE PERSONNE À ASSURER. POUR TOUTE RÉPONSE AFFIRMATIVE À UNE QUESTION, DONNEZ DES PRÉCISIONS DANS LA SECTION RÉSERVÉE À CET EFFET À LA FIN DU QUESTIONNAIRE. (Si l'espace fourni ne suffit pas, annexe une feuille.)

Profession du conjoint : _____

Avez-vous, vous-même ou votre conjoint, déjà été atteint de l'un des troubles ou de l'une des affections qui suivent, ou vécu l'une des situations suivantes?

	PARTICIPANT		CONJOINT	
	Oui	Non	Oui	Non
1. au cours des cinq dernières années, malaise, blessure ou maladie ayant occasionné une absence du travail ou de l'école pendant au moins dix jours;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. hypertension ou hypotension artérielle, douleurs ou oppression thoraciques, ou tout autre trouble cardiaque, y compris des troubles du système circulatoire;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. cancer, troubles sanguins, diabète, hépatite, troubles du foie, affections rénales, respiratoires ou intestinales;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. convulsions, pertes de connaissance, évanouissements, violents maux de tête, dépression nerveuse, troubles mentaux, anxiété, états dépressifs, syndrome de fatigue chronique, paralysie cérébrale, accident cérébrovasculaire ou tout autre trouble du système nerveux;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. maux de dos, fièvre rhumatismale, rhumatisme, arthrite, paralysie, fibromyalgie ou troubles musculaires ou osseux, y compris des articulations, de la colonne vertébrale et de la peau;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. maladies des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. sida ou toute autre affection du système immunitaire, ou exposition au virus du sida (VIH) d'après des résultats d'examens;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. admission dans un hôpital, un sanatorium ou tout autre établissement aux fins de traitement ou d'observation;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. toute raison de croire que vous aurez besoin de soins médicaux ou chirurgicaux au cours des 12 prochains mois;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. consommation de médicaments ou de drogues, autrement que pour des raisons médicales, recommandation de réduire votre consommation d'alcool ou traitement pour alcoolisme ou toxicomanie;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. depuis l'enfance, toute maladie ou blessure grave qui n'est pas indiquée ci-dessus;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. au cours des cinq dernières années, radiographies ou électrocardiogrammes, analyses de sang ou autres examens spéciaux, sauf dans le cadre d'un examen médical complet de routine (indiquez ci-dessous les résultats des tests);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. présentation d'une demande de règlement ou obtention d'une rente, de paiements, ou d'une indemnisation par suite d'un accident ou d'une maladie;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. présentation d'une demande d'assurance qui a été refusée, remise à plus tard ou modifiée de quelque façon que ce soit;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. participation à la conduite d'un aéronef ou pratique de sports dangereux comme la course automobile ou de motocyclettes, le deltaplane, le parachutisme, la plongée en apnée ou en scaphandre autonome (dans l'affirmative, encerclez le sport visé);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. consommation de cigarettes au cours des 12 derniers mois;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. variation de poids depuis l'an dernier.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gain : _____ Perte : _____ Raison : _____

PRÉCISIONS

QUES. N°	NOM	TEST, BLESSURE, MALADIE, INTERVENTION CHIRURGICALE OU COMPLICATIONS	DATE		PRÉCISIONS (Y COMPRIS LES NOM ET ADRESSE DES MÉDECINS)
			DÉBUT	RÉTABLISSEMENT	

AUTORISATION ET DÉCLARATIONS

J'autorise :

- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, le Bureau de renseignements médicaux, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime collectif;
- la Great-West à effectuer des tests, examens, profils sanguins et analyses d'urine au besoin afin de déterminer mon assurabilité relativement à la présente demande d'assurance;
- le répondant du régime à déduire de ma rémunération et à remettre à la Great-West les cotisations salariales requises aux termes du régime, s'il y a lieu.

Je certifie ou confirme ce qui suit :

- j'étais effectivement au travail à la date à laquelle la présente demande d'assurance a été signée;
- j'ai lu et j'accepte l'Avis important décrivant les pratiques du Bureau de renseignements médicaux;
- je conserve une copie de la présente demande d'assurance;
- si je demande la protection des personnes à ma charge, je suis autorisé à agir en leur nom;
- une photocopie ou une copie sous forme électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Les déclarations et réponses contenues dans le présent formulaire serviront à déterminer votre assurabilité et à offrir des garanties aux termes du régime. Tout changement dans l'exactitude des déclarations et des réponses entre la date de signature du formulaire et la date à laquelle la Great-West prend une décision doit être déclaré à la Great-West. Il est entendu que le défaut de le faire pourrait entraîner l'annulation de la protection.

Je déclare qu'à ma connaissance, toutes les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et exactes. Je comprends que si une réponse se révélait incomplète ou fautive, toute protection accordée pourrait être annulée. Il est convenu que l'on peut refuser de m'accorder la protection dans sa totalité ou en partie si, de l'avis de la Great-West, je ne suis pas assurable pour une partie ou la totalité de la protection.

Signature du participant : _____ Date de la signature : _____

Signature du conjoint : _____ Date de la signature : _____