

Toute la demande doit être remplie à l'encre. S'IL TE PLAÎT IMPRIME.

Veuillez parapher toutes les modifications. Les télécopies ne sont pas acceptées.

Déclaration de confidentialité

MDM Insurance Services Inc. ("MDM") et Co-operators LifeInsuranceCompany ("Co-operators") s'engagent à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels qu'ils recueillent, utilisent, conservent et divulguent dans le cadre de la conduite des affaires.

Nom de l'employé: _____ Employeur: _____

Adresse de l'employé: _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Téléphone : Travail () _____ Maison () _____

| Vies proposées à assurer | Genre | Date de naissance | | | Hauteur <input type="checkbox"/> pi./po. <input type="checkbox"/> cm | Poids <input type="checkbox"/> lbs. <input type="checkbox"/> kg |
|--------------------------|---|-------------------|------|----|--|---|
| | | Jour | Mois | An | | |
| Conjoint: | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | |
| Enfant: | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | |
| Enfant: | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | |
| Enfant: | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | |

Oui Non

1. L'employé est-il activement au travail? Si "Non", pourquoi pas? Oui Non
2. Toutes les personnes à charge nommées ci-dessus résident-elles avec l'employé? Si "Non", donne des détails. Identifier l'enfant. Oui Non
3. Un enfant est-il né prématurément ? Si "Oui", identifiez l'enfant et indiquez comment plusieurs mois. Oui Non
4. Si un enfant a moins d'un an, indiquez son nom et son poids à la naissance.
5. Une personne à charge a-t-elle déjà consulté un médecin ou fournisseur de soins de santé alternatifs (y compris herboriste, acupuncteur, chiropraticien ou praticien de l'homéopathie ou de la naturopathie, etc.) pour, ou a déjà eu état de (veuillez préciser lequel):
 - a. Trouble des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge? Oui Non
 - b. Maux de tête sévères, étourdissements, évanouissements, perte de conscience, épilepsie, onvulsions, troubles de la parole, paralysie, accident vasculaire cérébral ou trouble du cerveau ou système nerveux? Oui Non
 - c. Troubles nerveux, y compris dépression, anxiété grave ou suicide les pensées? Oui Non
 - d. Hypertension artérielle, palpitations ou douleurs au niveau du cœur ou de la poitrine, difficultés respiratoires, troubles cardiaques, angine de poitrine ou maladie coronarienne, rhumatisme articulaire aigu, souffle cardiaque, crise cardiaque ou autre trouble cardiaque ou des vaisseaux sanguins? Oui Non
 - e. Toux persistante ou enrouement, toux de sang, asthme, emphysème, pleurésie, bronchite, tuberculose, maladie respiratoire ou autre trouble des poumons? Oui Non
 - f. Ulcère de l'estomac ou du duodénum, indigestion récurrente, jaunisse, vésicule biliaire calculs, colite, saignement ou diarrhée chronique, troubles de l'estomac, de la vésicule biliaire vessie, foie, intestins, pancréas, rectum ou système digestif? Oui Non
 - g. Hépatite A, B, C ou "type inconnu"? Oui Non
 - h. Albumine, sucre, pus ou sang dans les urines, diabète, calculs rénaux ou coliques, ou tout autre trouble des reins ou de la vessie? Oui Non
 - i. Arthrite, goutte, rhumatisme, sciatique, difformité ou trouble des articulations ou des membres, tout trouble des muscles ou de la colonne vertébrale, y compris une discopathie dégénérative, des douleurs au cou ou au dos, un traumatisme de la colonne vertébrale, l'utilisation d'un corset ou d'un collier cervical, la fibromyalgie ou une maladie chronique syndrome de fatigue? Oui Non
 - j. Leucémie, anémie, hémophilie ou tout autre trouble/anomalie du sang? Oui Non
 - k. Cancer, tumeurs, glandes hypertrophiées (ganglions) ou lésions cutanées, anomalies kystes ou excroissances, trouble de la thyroïde, de l'hypophyse, des surrénales ou d'autres glandes ou des infections inexplicables? Oui Non
 - l. Troubles thyroïdiens ou autres troubles endocriniens? Oui Non
 - m. Maladie vénérienne ou toute maladie sexuellement transmissible ou trouble de prostate ou organes reproducteurs? Oui Non
 - n. Toutes autres conditions, maladies, blessures ou opérations non mentionné ci-dessus? Oui Non

Détails des réponses "Oui":

Identifiez le numéro de la question et encerclez les éléments applicables. Inclure le nom de personne à charge, date, diagnostic, durée, type et quantité de traitement (liste nom du médicament, force et posologie, le cas échéant), effet/résultat, ainsi comme nom et adresse du médecin consulté.

| | Oui | Non | Détails des réponses "Oui": |
|--|--------------------------|--------------------------|--|
| 6. Une personne à charge a-t-elle déjà été informée qu'une intervention chirurgicale était requis? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Identifiez le numéro de la question et encerclez les éléments applicables. Inclure le nom de la personne à charge, la date, le diagnostic, la durée, le type et la quantité de traitement (indiquer le nom du médicament, le dosage et posologie, le cas échéant), issue/résultat, ainsi que nom et adresse du médecin consulté. |
| 7. Une personne à charge a-t-elle déjà vu sa demande d'assurance refusée, reporté ou modifié de quelque manière que ce soit? Si "Oui", quand, pourquoi et par quoi entreprise. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 8. Femmes à charge: | | | |
| a. Une personne à charge a-t-elle déjà eu une maladie des seins, des ovaires, col de l'utérus ou utérus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. Des grossesses ou des accouchements ont-ils été anormaux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. Une personne à charge est-elle enceinte? Si "Oui", indiquez la date de livraison prévue. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 9. Au cours des 10 dernières années, a une personne à charge: | | | |
| a. Avaient ou avaient été informés qu'ils avaient le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), complexe lié au "SIDA" (ARC) ou conditions liées au "SIDA"? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| b. Reçu des conseils ou un traitement en rapport avec l'une des catégories mentionné ci-dessus en 9.a.? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| c. Testé positif pour les anticorps contre le SIDA (Human T-cell Lymphotropic, TYPE III); Virus VIH ? Si "Oui", donnez des détails. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 10. CONJOINT: | | | |
| Médecin régulier/médecin de famille ou clinique sans rendez-vous/hôpital/médecin vu pour la dernière fois: _____ | | | |
| Adresse: _____ | | | |
| Date approximative de la dernière vue: _____ Raison/résultat: _____ | | | |
| ENFANT: _____ | | | |
| Médecin régulier/médecin de famille ou clinique sans rendez-vous/hôpital/médecin vu pour la dernière fois: _____ | | | |
| Adresse: _____ | | | |
| Date approximative de la dernière vue: _____ Raison/résultat: _____ | | | |
| ENFANT: _____ | | | |
| Médecin régulier/médecin de famille ou clinique sans rendez-vous/hôpital/médecin vu pour la dernière fois: _____ | | | |
| Adresse: _____ | | | |
| Date approximative de la dernière vue: _____ Raison/résultat: _____ | | | |
| ENFANT: _____ | | | |
| Médecin régulier/médecin de famille ou clinique sans rendez-vous/hôpital/médecin vu pour la dernière fois: _____ | | | |
| Adresse: _____ | | | |
| Date approximative de la dernière vue: _____ Raison/résultat: _____ | | | |

Déclaration et autorisation du demandeur

Je déclare que tous les enfants à charge qui ne sont pas mes enfants naturels ou adoptifs résident avec moi depuis au moins 12 mois consécutifs.

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique ou tout autre fournisseur ou établissement médical ou de soins de santé, toute compagnie d'assurance, régime provincial d'assurance-maladie, ministère gouvernemental ou agence, ou toute autre personne ou organisation ayant des informations médicales ou autres informations personnelles pertinentes ou des dossiers concernant moi, mon conjoint ou les personnes à charge à divulguer et à échanger avec MDM, Co-operators, l'administrateur du régime collectif ou leurs représentants et/ou mandataires, toute information nécessaire à l'une ou à l'ensemble des fins suivantes: cette demande de couverture d'assurance, évaluer l'admissibilité à la couverture et statuer sur toutes les réclamations.

Je confirme que je suis autorisé à agir au nom de mon conjoint et de mes personnes à charge. J'autorise la divulgation par MDM et Co-operators des informations obtenues lors du processus de souscription à mon médecin personnel et aux réassureurs de Co-operators et, au besoin, aux autorités de santé publique. J'autorise en outre MDM, Co-operators, l'administrateur du régime collectif ou leur représentants et/ou agents pour me demander, à moi ou aux personnes à ma charge, de subir tout examen ou évaluation médical(s) ou paramédical(s) pouvant être requis à ces fins. Je comprends que mon refus ou mon retrait de consentement peut entraîner le retard ou le refus de cette demande.

Je reconnais que toute information obtenue à partir de tout examen paramédical ou médical, tout formulaire de preuve médicale, questionnaire(s) ou toute autre déclaration écrite complétée et fournis comme preuve d'assurabilité font partie de la présente proposition et je déclare que toutes ces informations et les informations fournies dans la présente proposition sont véridiques, complètes et exact. Je reconnais que tout défaut de divulguer ou toute fausse déclaration de tout fait important peut annuler la politique. Cette autorisation restera valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Toute copie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ (à l'encre) _____ DATE _____

SIGNATURE DU CONJOINT _____ DATE _____

SIGNATURE DE L'ENFANT (16 ans ou plus) _____ DATE _____

SIGNATURE DE L'ENFANT (16 ans ou plus) _____ DATE _____

SIGNATURE DE L'ENFANT (16 ans ou plus) _____ DATE _____

L'employé/l'employeur est responsable de toute dépense encourue pour fournir ces informations ou des informations supplémentaires. Ce formulaire doit être reçu à nos bureaux dans les 60 jours suivant la date ci-dessus, sinon un nouveau formulaire devra être rempli.