


## Service de l'administration

Montréal  
C.P. 4002, Succursale B  
Montréal (Québec) H3B 4M2

Toronto  
C.P. 4105, Succursale A  
Toronto (Ontario) M5W 2P4

I Renseignements administratifs (prière d'écrire en lettres moulées)							
Nom du titulaire du contrat					Police n°		Compte n°
Nom de famille du participant			Prénom(s)		Initiale	Certificat n°	
1. Quel est l'objet de cette déclaration ?							
<input type="checkbox"/> Augmentation du montant d'assurance en excédent du maximum sans preuves d'assurabilité				<input type="checkbox"/> Demande de participation soumise en retard Date d'embauche sur une base permanente et à plein temps avec l'employeur actuel (AAAA/MM/JJ) / /			
<input type="checkbox"/> Demande d'assurance vie facultative Montant total : Participant _____ \$ Conjoint _____ \$ Enfants _____ \$		<input type="checkbox"/> Demande d'assurance décès et mutilation accidentels facultative Montant total : Participant _____ \$ Conjoint _____ \$ Enfants _____ \$		<input type="checkbox"/> Demande de protection des personnes à charge soumise en retard Votre conjoint et (ou) vos enfants à charge, le cas échéant, étaient-ils couverts en vertu d'un régime d'assurances collectives d'un autre employeur ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, veuillez préciser : Nom de l'employeur précédent _____ Nom de l'assureur _____ Date de cessation de l'assurance (AAAA/MM/JJ) / /			
2. Êtes-vous effectivement et physiquement capable d'effectuer tous et chacun des travaux relatifs à votre emploi ?							
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, veuillez fournir une brève explication							
<b>Important : Si vous n'avez pas rempli cette section, la Standard Life analysera ce formulaire en présumant que vous êtes effectivement et activement au travail.</b>							
II Déclaration du participant - renseignements sur les personnes à assurer							
Veuillez inscrire les renseignements sur les personnes à assurer seulement							
<input type="checkbox"/> Participant		Taille pi po m <input type="checkbox"/>	Poids lb kg <input type="checkbox"/>	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Enfants		
Lieu de naissance		Date de naissance (AAAA/MM/JJ) / /			Nom de famille et prénom(s)		
Nombre d'années au Canada (si le lieu de naissance est situé à l'extérieur du pays)		Taille pi po m <input type="checkbox"/>	Poids lb kg <input type="checkbox"/>	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (AAAA/MM/JJ) / /		
Fonction		Nom de famille et prénom(s)					
Adresse de résidence principale (n°, rue)			App.	Taille pi po m <input type="checkbox"/>	Poids lb kg <input type="checkbox"/>	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (AAAA/MM/JJ) / /
Ville	Province		Code postal			Nom de famille et prénom(s)	
N° de téléphone (jour) ( )		N° de téléphone (soir) ( )		Taille pi po m <input type="checkbox"/>	Poids lb kg <input type="checkbox"/>	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (AAAA/MM/JJ) / /
<input type="checkbox"/> Conjoint		Taille pi po m <input type="checkbox"/>	Poids lb kg <input type="checkbox"/>	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Nom de famille et prénom(s)		
Nom ou nom à la naissance (si différent)		Taille pi po m <input type="checkbox"/>	Poids lb kg <input type="checkbox"/>	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance (AAAA/MM/JJ) / /		
Prénom(s)		Nom de famille et prénom(s)					
Lieu de naissance		Date de naissance (AAAA/MM/JJ) / /			Taille pi po m <input type="checkbox"/>	Poids lb kg <input type="checkbox"/>	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Nombre d'années au Canada (si le lieu de naissance est situé à l'extérieur du pays)							
Fonction							
III Autorisation de divulgation des renseignements							
 <p>Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.</p> <p>Par la présente, j'autorise tout médecin ou tout professionnel de la santé, tout hôpital ou toute autre institution médicale ou paramédicale, toute compagnie d'assurance, le Medical Information Bureau Inc., ainsi que toute personne possédant des renseignements sur moi ou sur mes enfants concernant notre état de santé ou notre assurabilité à les communiquer à la Compagnie d'assurance Standard Life du Canada ou à ses réassureurs dans le but de déterminer mon admissibilité et mon assurabilité en vertu du régime ou celle de mes personnes à charge, le cas échéant. Je conviens également qu'un rapport d'enquête à mon sujet peut être exigé.</p>							
Signature du participant (si personne à assurer)		Signature du conjoint (si personne à assurer)		Signature de l'enfant de plus de 18 ans (si personne à assurer)		Date (AAAA/MM/JJ) / /	

**Important :** Veuillez remplir et signer les 2 côtés.

## Avis relatif au Medical Information Bureau (MIB Inc.)

**Vous devez détacher et conserver cet avis.**

Les renseignements ayant trait à votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. Toutefois, la Compagnie d'assurance Standard Life du Canada ou ses réassureurs peuvent fournir un bref rapport à ce sujet au Medical Information Bureau, un groupement sans but lucratif de compagnies d'assurance vie permettant l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous soumettez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande d'indemnisation à l'une des compagnies membres, MIB Inc. lui fournira, sur demande, les renseignements contenus dans ses dossiers.

Le Medical Information Bureau vous transmettra, sur demande, tout renseignement qu'il possède à votre sujet. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements contenus à votre dossier, vous pouvez faire apporter des corrections en vous adressant à MIB Inc. L'adresse du Bureau est la suivante :

MIB Inc.  
330, Avenue University,  
Toronto, Ontario, M5G 1R7  
Téléphone : 416-597-0590

La Compagnie d'assurance Standard Life du Canada ou ses réassureurs peuvent également communiquer les renseignements qu'ils possèdent à une autre compagnie d'assurance à laquelle vous auriez soumis une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande d'indemnisation.

#### IV Déclaration du participant - questionnaire médical

L'une ou l'autre des personnes à assurer (incluant le conjoint, les enfants le cas échéant) a-t-elle :

	Participant		Conjoint/ Enfant			Participant		Conjoint/ Enfant	
	Oui	Non	Oui	Non		Oui	Non	Oui	Non
1. souffert de cancer, tumeur, diabète, maladie du coeur ou de la circulation du sang, maladie du sang ou tension artérielle élevée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. déjà fait une demande d'assurance vie ou maladie qui aurait été refusée, acceptée à des conditions spéciales ou remise à plus tard ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. souffert de troubles nerveux, troubles du foie, des poumons ou des reins, ulcère ou troubles de l'intestin ou anomalies urinaires ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. au cours des cinq dernières années, consulté un médecin ou a-t-elle été traitée dans un hôpital, une clinique ou un sanatorium pour des raisons non mentionnées précédemment ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. souffert d'arthrite, rhumatisme, maladie des os ou des articulations, mal de dos ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. présente-t-elle une anomalie physique ou une difformité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. été atteinte du SIDA ou du PARASIDA ou a-t-elle subi un examen de dépistage du virus responsable de ces maladies qui s'est avéré positif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. suit-elle une diète, reçoit-elle des soins ou des traitements médicaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. au cours des deux dernières années, souffert d'une maladie ou subi une blessure ayant nécessité l'absence du travail pour une période de 10 jours ou plus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. prévu au cours de la prochaine année, recevoir un traitement médical ou subir une opération ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. au cours des cinq dernières années, subi un électrocardiogramme, une radiographie (excluant les radiographies dentaires), un examen du sang ou autre test à des fins de diagnostic, ou lui a-t-on conseillé de le faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. prend-elle actuellement des médicaments ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. fait usage de drogue sans ordonnance médicale, lui a-t-on conseillé de diminuer sa consommation d'alcool, ou a-t-elle été traitée pour abus de drogue ou d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. fumé la cigarette, le petit cigare (cigarillo), la pipe ou utilisé des produits anti-tabagisme au cours des douze derniers mois ? <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> La Standard Life doit être avisée de tout changement relatif au statut de fumeur.

Si vous avez répondu « oui » à une ou plusieurs des questions énumérées ci-haut, veuillez inscrire les détails demandés dans le tableau qui suit.

N° de la question	Prénom de la personne	Maladie, blessure, affection ou raison	Examens, opérations, traitements et résultats	Nom des médicaments	Date de l'examen annuel (AAAA/MM/JJ)	Date du début de l'événement (AAAA/MM/JJ)	Date de la guérison complète (AAAA/MM/JJ)	Nom et adresse complets des médecins et hôpitaux
								Nom
								Adresse
					/ /	/ /	/ /	N° de téléphone
					/ /	/ /	/ /	Nom
					/ /	/ /	/ /	Adresse
					/ /	/ /	/ /	N° de téléphone
					/ /	/ /	/ /	Nom
					/ /	/ /	/ /	Adresse
					/ /	/ /	/ /	N° de téléphone

Veuillez dater et signer tout document que vous annexe à ce formulaire.

#### V Déclaration

Je, soussigné, déclare que les renseignements contenus aux présentes et à tout autre document ci-annexé sont exacts et complets.

J'autorise l'employeur, le titulaire du contrat, l'administrateur du régime, la Compagnie d'assurance Standard Life du Canada ou ses réassureurs ainsi que leurs représentants et mandataires à fournir, à recevoir et à échanger entre eux tout renseignement personnel permettant de déterminer mon admissibilité et mon assurabilité en vertu du régime ou celles de mes personnes à charge, le cas échéant.

Je conviens que l'assurance ne prendra effet qu'à la date de son acceptation par l'assureur.

Je reconnais avoir pris connaissance de l'avis figurant au recto de la présente relativement à l'échange de renseignements avec Medical Information Bureau ou avec d'autres compagnies d'assurance.

Je comprends que mon numéro d'assurance sociale peut être utilisé comme numéro de certificat, et qu'il est de ma responsabilité d'aviser mon administrateur de régime si je ne désire pas que mon numéro d'assurance sociale soit utilisé pour m'identifier en vertu du régime.

Signature du participant (si personne à assurer)	Signature du conjoint (si personne à assurer)	Signature de l'enfant de plus de 18 ans (si personne à assurer)	Date (AAAA/MM/JJ)
--	---	---	-------------------

**Important :** Veuillez remplir et signer les 2 côtés.

**Note :** Un formulaire incomplet retardera le traitement de votre demande d'assurance.