

NO DE GROUPE	NO D'EMPLOYEUR	NO D'IDENTIFICATION

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX RELATIFS À LA PERSONNE ADHÉRENTE

NOM DU GROUPE		NOM DU MINISTÈRE OU DE L'ORGANISME	
NOM	PRÉNOM		NO D'EMPLOYÉ
N° RUE		APP.	TÉLÉPHONE RÉSIDENT
ADRESSE			
VILLE ET PROVINCE		CODE POSTAL	TÉLÉPHONE TRAVAIL

SECTION 2 - DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

NOTE: LA DÉCLARATION ET L'AUTORISATION QUI SUIVENT S'APPLIQUENT ÉGALEMENT À CETTE DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ.

3.1 POUR CHAQUE PERSONNE À ASSURER, VEUILLEZ FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS :

	NOM (NOM DE FILLE S'IL Y A LIEU)	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE ANNÉE / MOIS / JOUR	TAILLE PI PO/CM	POIDS ACTUEL LB/KILO	POIDS IL Y A UN AN LB/KILO
PERSONNE ADHÉRENTE						

ADHÉSION DE LA PERSONNE CONJOINTE

PERSONNE CONJOINTE					
-----------------------	--	--	--	--	--

3.2 ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

L'UN DE VOS PARENTS NATURELS OU DE VOS FRÈRES OU SOEURS NATURELS, VIVANTS OU DÉCÉDÉS, A-T-IL DÉJÀ SOUFFERT OU ÉTÉ DIAGNOSTIQUÉ DE L'UNE DES MALADIES SUIVANTES : MALADIE DU COEUR OU DES REINS, HYPERTENSION ARTÉRIELLE, MALADIE POLYKYSTIQUE DES REINS, ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL, DIABÈTE, CANCER, SCLÉROSE EN PLAQUES, MALADIE D'ALZHEIMER, CHORÉE DE HUNTINGTON, MALADIE DU MOTONEURONE OU QUELQUE FORME DE MALADIE HÉRÉDITAIRE? **PERSONNE ADHÉRENTE** : OUI NON **PERSONNE CONJOINTE** : OUI NON

Membre de la famille	PERSONNE ADHÉRENTE					PERSONNE CONJOINTE				
	Affection	Âge au début de la maladie	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès	Affection	Âge au début de la maladie	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès
PÈRE										
MÈRE										
FRÈRE(S)										
SOEUR(S)										

3.3 EST-CE QUE L'UNE OU L'AUTRE DES PERSONNES À ASSURER	PERSONNE ADHÉRENTE		PERSONNE CONJOINTE		PRÉNOM
	OUI	NON	OUI	NON	
1) EST ACTUELLEMENT ABSENTE DE SES OCCUPATIONS RÉGULIÈRES EN RAISON DE CONVALESCENCE, DE MALADIE OU DE BLESSURES OU L'A ÉTÉ AU COURS DES 3 DERNIÈRES ANNÉES ? DATE : _____ RAISON : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2) S'EST FAIT REFUSER, MODIFIER OU ACCEPTER AVEC SURPRIME UNE DEMANDE D'ASSURANCE? DATE : _____ CIE : _____ RAISON : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3) PRATIQUE OU COMPTE PRATIQUER UN SPORT PROFESSIONNEL OU UNE ACTIVITÉ DE LOISIRS À RISQUES? PRÉCISEZ : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4) PREND DES MÉDICAMENTS OU DES PRODUITS HOMÉOPATHIQUES? NOM : _____ QTÉ/JOUR : ____ RAISON : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5) FAIT OU A DÉJÀ FAIT USAGE DE DROGUES, STUPÉFIANTS OU NARCOTIQUES? SORTE : _____ DATE DERNIÈRE CONSOMMATION : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6) PRÉSENTE DES ANOMALIES PHYSIQUES OU MENTALES, DES INFIRMITÉS OU DES SÉQUELLES D'ACCIDENT? PRÉCISEZ : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7) SOUFFRE OU A DÉJÀ SOUFFERT D'UNE MALADIE OU A PRÉSENTÉ UN PROBLÈME DE SANTÉ? DATE : _____ PRÉCISEZ : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

SECTION 2 - DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ (suite)

3.3 EST-CE QUE L'UNE OU L'AUTRE DES PERSONNES À ASSURER		PERSONNE ADHÉRENTE		PERSONNE CONJOINTE		PRÉNOM
		OUI	NON	OUI	NON	
8)	CONSULTE OU PRÉVOIT CONSULTER UN MÉDECIN OU SUBIR UNE OPÉRATION OU EN A ÉTÉ AVISÉE? PRÉCISEZ : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9)	CONSULTE OU PRÉVOIT CONSULTER UN AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ OU UN THÉRAPEUTE Y COMPRIS EN MÉDECINES DOUCES? PRÉCISEZ : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10)	AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES , A CONSULTÉ UN MÉDECIN, UN THÉRAPEUTE OU UN AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ, Y COMPRIS EN MÉDECINES DOUCES, OU A ÉTÉ ADMISE DANS UN HÔPITAL OU UN AUTRE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ? SI OUI, PRÉCISEZ AU 3.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11)	A SUBI, DOIT SUBIR OU A ÉTÉ CONSEILLÉE OU AVISÉE DE SUBIR UN TEST DE DÉPISTAGE DU SIDA? DATE: _____ RAISON: _____ RÉSULTAT: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12)	FAIT USAGE DU TABAC? QTÉ ACTUELLE /JOUR : _____ IL Y A UN AN : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13)	AU COURS DES 3 DERNIÈRES ANNÉES , S'EST FAIT SUSPENDRE OU RETIRER SON PERMIS DE CONDUIRE? DATE : _____ RAISON : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14)	A SUBI UNE CURE DE DÉSINTOXICATION OU A ÉTÉ CONSEILLÉE DE LE FAIRE? DATE : _____ NOM DU MÉDECIN OU CLINIQUE: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15)	FAIT OU A DÉJÀ FAIT USAGE DE BOISSONS ALCOOLIQUES?	QUANTITÉ HEBDOMADAIRE				
		BIÈRE		VIN		SPIRITUEUX
		ACTUELLE	IL Y A UN AN	ACTUELLE	IL Y A UN AN	ACTUELLE
		PERSONNE ADHÉRENTE				
		PERSONNE CONJOINTE				

3.4 EXPLICATION DES RÉPONSES AFFIRMATIVES AUX QUESTIONS 1 À 14

QUEST. N°	PRÉNOM	DIAGNOSTIC, OPÉRATION, ACCIDENT, RAISON DE LA CONSULTATION, NOM DE LA MALADIE		TESTS SANGUINS, RADIOGRAPHIES, ECG, AUTRES TESTS			MÉDECIN CONSULTÉ OU HÔPITAL				
		DATE	DÉTAIL	LEQUEL	DATE	RÉSULTAT	NOM	ADRESSE	DATE	DURÉE	

SECTION 3 - DÉCLARATION

« Je déclare que les réponses susmentionnées sont complètes et véridiques, et je reconnais qu'advenant l'établissement de la proposition, celle-ci sera régie par les conditions d'un contrat à l'égard de chacune des personnes à assurer susmentionnées. Je sais de plus que l'assurance souscrite par les présentes n'entrera en vigueur à l'égard de l'une ou l'autre des personnes susmentionnées que le jour où La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. l'approuvera et communiquera par écrit sa décision au proposant. »

La présente proposition est considérée comme refusée si elle n'a pas reçu l'approbation du siège social de La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. dans les soixante (60) jours suivant la date où elle a été remplie. De plus, toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance.

Signée à _____, le _____ 20_____.

Personne adhérente

SECTION 4 - AVIS

LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC. (CI-APRÈS APPELÉE LA CAPITALE), DÉSIRE VOUS AVISER QUE LES RENSEIGNEMENTS RECUEILLIS LORS DE LA PRÉSENTE TRANSACTION SERONT VERSÉS À VOTRE DOSSIER DONT L'OBJET EST « ASSURANCE COLLECTIVE ». SEULS LES EMPLOYÉS OU MANDATAIRES DE LA COMPAGNIE Y AURONT ACCÈS, ET CE, UNIQUEMENT SI CES RENSEIGNEMENTS SONT NÉCESSAIRES À L'EXERCICE DE LEURS FONCTIONS OU À L'EXÉCUTION DE LEUR MANDAT. SAUF LES EXCEPTIONS PRÉVUES À LA LOI, AUCUNE AUTRE PERSONNE N'A ACCÈS À VOTRE DOSSIER SANS VOTRE AUTORISATION. LE DOSSIER SERA CONSERVÉ AU SIÈGE SOCIAL DE LA CAPITALE, DONT L'ADRESSE EST INDIQUÉE CI-DESSOUS.

SI VOUS DÉSIREZ ACCÉDER À VOTRE DOSSIER, VEUILLEZ TRANSMETTRE PAR ÉCRIT UNE DEMANDE AU SIÈGE SOCIAL DE LA CAPITALE À L'ATTENTION DU RESPONSABLE DE L'ACCÈS À L'INFORMATION, DIRECTION DE L'ADMINISTRATION. SI L'UN DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS VOUS CONCERNANT ÉTAIT INEXACT, INCORRECT OU INCOMPLÈT, VOUS POURRIEZ DE LA MÊME FAÇON EN DEMANDER LA RECTIFICATION.

LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC.

ÉDIFICE LE DELTA III, 2875, BOULEVARD LAURIER, BUREAU 400, CASE POSTALE 1500, QUÉBEC (QUÉBEC) G1K 8X9

SERVICE À LA CLIENTÈLE

TÉLÉPHONE : 418 644-4200 OU 1 800 463-4856

SECTION 5 - AUTORISATION

NOTE: SI VOUS PRÉSENTEZ UNE DEMANDE POUR LA PERSONNE CONJOINTE, SON CONSENTEMENT EST NÉCESSAIRE. ET DANS CE CAS. LA SIGNATURE DE LA PERSONNE CONJOINTE EST ÉGALEMENT REQUISE.

« J'AUTORISE TOUT MÉDECIN, TOUT AUTRE PROFESSIONNEL ET INTERVENANT DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ ET DE LA RÉADAPTATION, AINSI QUE TOUT ÉTABLISSEMENT PUBLIC OU PRIVÉ DE SANTÉ OU DE SERVICES SOCIAUX, TOUTE COMPAGNIE D'ASSURANCE, DE MÊME QUE TOUT RÉASSUREUR, TOUT ORGANISME PUBLIC OU PRIVÉ, TOUTE AGENCE DE RENSEIGNEMENTS QUI AURAIT REÇU TEL MANDAT, TOUT INTERMÉDIAIRE DE MARCHÉ, TOUT EMPLOYEUR OU EX-EMPLOYEUR, LE PRENEUR AINSI QUE TOUTE AUTRE PERSONNE DÉTENANT DES DOSSIERS OU DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS, NOTAMMENT DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX À MON SUJET ET AU SUJET DE MES PERSONNES À CHARGE, LE CAS ÉCHÉANT, À FOURNIR À LA CAPITALE ASSURANCES ET GESTION DU PATRIMOINE INC. (CI-APRÈS APPELÉE LA CAPITALE) OU À SES MANDATAIRES, TOUS LES RENSEIGNEMENTS QU'ELLE DÉTIENT, NÉCESSAIRES AU TRAITEMENT DE MON DOSSIER.

J'AUTORISE ÉGALEMENT LA CAPITALE À COMMUNIQUER CES RENSEIGNEMENTS AUX PERSONNES SUSMENTIONNÉES LORSQUE NÉCESSAIRE, DANS LE CADRE DE SES ACTIVITÉS ET DU TRAITEMENT DE MON DOSSIER. »

LE PRÉSENT CONSENTEMENT EST VALIDE AUX FINS DU PRÉSENT CONTRAT, DE SA MODIFICATION, DE SA PROLONGATION OU DE SON RENOUVELLEMENT. UNE PHOTOCOPIE DU PRÉSENT CONSENTEMENT A LA MÊME VALEUR QUE L'ORIGINAL.

Signature de la personne adhérente ou si mineure, de son représentant légal

Date

Signature de la personne conjointe

Date