



# ASSURANCES COLLECTIVES

## QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ — MALADIES GRAVES

### RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (Prière de répondre à toutes les questions à l'encre)

Nom \_\_\_\_\_ Police n° **CO10417201**

Prénom \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Employeur **Teva Canada** Société n° \_\_\_\_\_

Adresse au domicile \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Nom du conjoint \_\_\_\_\_ (le cas échéant) Date de naissance du conjoint (J/M/A) \_\_\_\_\_

Préférences linguistiques  Français  Anglais  
Date de naissance (J/M/A) \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE - (Prière de donner les noms des personnes à charge mineures citées à la proposition, le cas échéant)

Lien	Nom	Prénom	Date de naissance (J/M/A)	Sexe (m/f)
Conjoint	_____	_____	_____	_____

### QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

### EMPLOYÉ CONJOINT

\*

Oui Non Oui Non

- 1) Avez-vous déjà consulté, reçu des traitements ou ressenti des manifestations en ce qui a trait à une affection telle que :
- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (a) accident vasculaire cérébral (y compris accident ischémique transitoire), crise cardiaque, maladie coronarienne, affection grave des valves du cœur, telles que sténose de l'aorte, ou tout type de chirurgie cardiaque ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) cancer ou tumeur bénigne ou maligne ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (c) affection grave des yeux ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (d) sclérose en plaques ou paralysie ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (e) toute maladie chronique ou progressive ou troubles des reins, des poumons, du foie, du pancréas ou de la moelle osseuse pouvant mener à la défaillance d'un organe ou requérir une transplantation ?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (f) SIDA, VIH, infections chroniques ou inexplicables ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 2) Au cours des 5 dernières années, avez-vous éprouvé les affections suivantes, reçu un diagnostic ou ressenti des symptômes de troubles médicaux relatifs à une affection ou à une situation telle que :
- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| (a) hypertension artérielle non traitée ou non contrôlée, angine, souffle cardiaque associé à une maladie cardiaque connue, ou ECG anormal associé au risque ou à l'existence d'un événement cardiaque ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (b) diabète, troubles digestifs ou intestinaux, compte non tenu de troubles fonctionnels tels que le syndrome du côlon irritable ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (c) hospitalisation pour troubles respiratoires graves ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| (d) utilisation de drogues créant une accoutumance, traitements ou conseils médicaux relatifs à la consommation de drogues ou d'alcool ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 3) Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie ou accepté de vous couvrir seulement moyennant une surprime ?
- |  |                          |                          |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

## QUESTIONNAIRE SUR L'ÉTAT DE SANTÉ

## EMPLOYÉ CONJOINT

Oui Non Oui Non

4) Votre stature (taille-poids) est-elle absente du tableau qui suit ?

Hommes						Femmes					
Taille	Poids min.	Poids max.									
4 pi 8 po	95	145	5 pi 8 po	132	207	4 pi 8 po	86	145	5 pi 8 po	119	207
4 pi 9 po'	98	150	5 pi 9 po	137	213	4 pi 9 po	88	150	5 pi 9 po	123	213
4 pi 10 po	100	155	5 pi 10 po	141	219	4 pi 10 po	90	155	5 pi 10 po	127	219
4 pi 11 po	103	160	5 pi 11 po	145	225	4 pi 11 po	93	160	5 pi 11 po	131	225
5 pi 0 po	105	165	6 pi 0 po	150	233	5 pi 0 po	95	165	6 pi 0 po	135	233
5 pi 1 po	108	170	6 pi 1 po	155	241	5 pi 1 po	97	170	6 pi 1 po	140	241
5 pi 2 po	111	175	6 pi 2 po	160	249	5 pi 2 po	100	175	6 pi 2 po	144	249
5 pi 3 po	114	180	6 pi 3 po	165	257	5 pi 3 po	103	180	6 pi 3 po	149	257
5 pi 4 po	118	185	6 pi 4 po	170	265	5 pi 4 po	106	185	6 pi 4 po	153	265
5 pi 5 po	121	190	6 pi 5 po	175	272	5 pi 5 po	109	190	6 pi 5 po	158	272
5 pi 6 po	124	195	6 pi 6 po	180	279	5 pi 6 po	112	195	6 pi 6 po	162	279
5 pi 7 po	128	201	6 pi 7 po	185	285	5 pi 7 po	115	201	6 pi 7 po	167	285

5) Avez-vous déjà consulté, reçu des traitements ou ressenti des manifestations en ce qui a trait à une affection telle que :

## EMPLOYÉ CONJOINT

Oui Non Oui Non

- a) surdité grave ?
- b) maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie du motoneurone ou autres troubles neurodégénératifs ?
- c) troubles psychiatriques, détérioration mentale ou perte des facultés intellectuelles ?
- d) goutte, arthrite, sclérodermie, dystrophie musculaire, ataxie, lupus érythémateux systémique, myélite transverse, myasthénie grave, syndrome post-poliomyélite, sarcoïdose ou fibrose kystique ?
- e) amputation attribuable à une affection ?

6) Actuellement :

- a) Utilisez-vous ou avez-vous besoin d'utiliser des aides techniques ou médicaux tels que : fauteuil roulant, déambulatoire, canne multipode, béquilles, lit d'hôpital, dialyse, oxygène, triporteur ou, monte-escalier ?
- b) Avez-vous besoin d'aide ou de surveillance pour effectuer une des activités suivantes : prendre un bain, manger, vous habiller, utiliser les toilettes, marcher, vous transférer ou maintenir votre continence ?
- c) Avez-vous besoin d'aide ou de surveillance pour effectuer deux ou plus des activités quotidiennes suivantes : prendre vos médicaments, faire des travaux d'entretien domestique, faire la lessive, faire les courses ou préparer les repas ?

**Politique de confidentialité** — Lorsque vous soumettez une demande de participation au régime d'assurances collectives de ACE, établi par la Assurance-vie ACE INA («ACE»), les renseignements d j consignés aux dossiers d'assurances de ACE et les renseignements demandés dans la demande de participation sont requis par ACE, ses réassureurs et ses agents autorisés aux fins du traitement de votre demande de participation (*et, si celle-ci est approuvée*), aux fins de l'administration de votre police d'assurance, de l'étude de vos demandes d'indemnisation et de l'investigation de déclarations dolosives. ACE créera un dossier auquel elle versera les renseignements sur vos assurances, et, advenant un sinistre, elle y versera également les renseignements qu'elle obtiendra de vous-même ainsi que d'autres sources aux fins de l'étude de votre demande d'indemnisation et de l'administration des indemnités en vertu des garanties du régime. L'accès à ce dossier sera limité aux employés de ACE, à ses agents autorisés et à ses réassureurs qui devront y accéder aux fins de l'administration du régime et du traitement des demandes d'indemnisation ainsi qu'à d'autres personnes autorisées par la Loi. Vous pouvez demander d'examiner vos renseignements contenus à ce dossier et d'y faire apporter des corrections en communiquant par écrit avec le Chargé de la protection de la vie privée, Assurance-vie ACE INA, 1400 – 25 York Street, Toronto, ON, M5J 2V5

## AUTORISATION

Je déclare par la présente que les réponses et les déclarations qui précèdent sont complètes et vraies, et je conviens que toute garantie établie en vertu de la présente demande de participation ne prendra effet que si, à la date d'entrée en vigueur de l'assurance, je suis activement au travail à temps complet. Je conviens également que la garantie demandée ne prendra effet que lorsque ma demande de participation aura été approuvée par la compagnie d'assurance.

J'autorise par la présente tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique et établissement de santé, toute compagnie d'assurances ou toute autre organisation, institution ou personne possédant des dossiers ou des renseignements sur moi ou sur mon état de santé à communiquer lesdits renseignements à la compagnie d'assurance ou à ses réassureurs. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

Signé à \_\_\_\_\_ le (date) \_\_\_\_\_ (mois) \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Signature de l'employé \_\_\_\_\_

Signature du conjoint (le cas échéant) \_\_\_\_\_

*Les renseignements sur votre assurabilité et sur celle de vos personnes à charge seront traités de façon confidentielle.*

**COMPLÉTER LE FORMULAIRE ET LE FAIRE PARVENIR À L'ADRESSE SUIVANTE:**

**ACE ADMINISTRATION**  
**582 King Edward Street**  
**Winnipeg, MB**  
**R3H 0P1**