



RWAM Insurance
Administrators Inc.
 49 Industrial Drive,
 Elmira, ON N3B 3B1
 Téléc. : 519-669-1923

Déclaration d'assurabilité (collective) Demande de l'employé

N° de groupe/division _____
N° de certificat _____
Assureur(s) _____

L'EMPLOYÉ DOIT REMPLIR CE FORMULAIRE

Le formulaire entier doit être rempli à l'encre. EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE S.V.P.

Nom de l'employé		Numéro de téléphone :	
Adresse de l'employé		Travail ()	
N° et rue	Ville	Prov.	Code postal
Nom du titulaire de police/de l'employeur		Profession	Êtes-vous effectivement au travail ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, pourquoi ?
Date de naissance	Taille	Poids	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Jour	Mois	Année	
1. Un membre de votre famille a-t-il reçu l'un des diagnostics suivants : diabète, maladie du cœur, hypertension artérielle, hyperlipidémie, cancer, maladie mentale, VIH ou accident cérébrovasculaire ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Dans l'affirmative, préciser :			
2. Quelqu'un parmi vos parents, frères ou sœurs a-t-il déjà eu un trouble héréditaire (c.-à-d. chorée de Huntington, maladie polykystique des reins, etc.) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui, Dans l'affirmative, préciser :			
3. Avez-vous déjà consulté un médecin ou un praticien de médecine douce (comme un herboriste, acupuncteur, chiropraticien ou praticien de l'homéopathie ou de la naturopathie, etc.) pour l'une des affections suivantes ou avez-vous déjà été atteint de l'une des affections suivantes (encercler l'affection pertinente) :		Oui	Non
		Précisions en cas de réponse affirmative : Indiquer le numéro de la question, encercler les données qui s'appliquent, indiquer la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (indiquer les médicaments, leur concentration et leur posologie, le cas échéant), l'issue ou le résultat, ainsi que le nom et l'adresse du médecin consulté.	
a) Trouble des yeux, oreilles, nez ou gorge ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Maux de tête graves, étourdissements, évanouissements, perte de conscience, épilepsie, crises d'épilepsie, troubles de la parole, paralysie, accident cérébrovasculaire, trouble cérébral ou du système nerveux ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Troubles nerveux, y compris dépression, anxiété grave ou idées suicidaires ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hypertension, palpitations ou douleurs dans la région du cœur ou à la poitrine, troubles respiratoires, troubles cardiaques, angine ou maladie coronarienne, rhumatisme articulaire aigu, souffle cardiaque, crise cardiaque ou autre problème cardiaque ou vasculaire ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Toux persistante ou enrouement, crachement de sang, asthme, emphysème, pleurésie, bronchite, tuberculose, maladie de l'appareil respiratoire ou autre trouble pulmonaire ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Ulcère d'estomac ou du duodénum, indigestion récurrente, jaunisse, calculs biliaires, colite, saignements ou diarrhée chronique, troubles gastriques, troubles de la vésicule biliaire, du foie, des intestins, du pancréas, du rectum ou de l'appareil digestif ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Hépatite A, B, C ou de type inconnu ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Présence d'albumine, de sucre, de pus ou de sang dans l'urine, diabète, calcul néphrétique ou colique, ou autres troubles rénaux ou de la vessie ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Arthrite, goutte, rhumatisme, sciatique, déformation ou troubles des articulations ou des membres, troubles des muscles ou de la colonne vertébrale, y compris discarthrose, douleur cervicale ou dorsale, traumatisme à la colonne, utilisation d'appareil orthopédique ou d'un collier cervical, fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Leucémie, anémie, hémophilie ou tout autre problème ou anomalie du sang ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Cancer, tumeurs, hypertrophie ganglionnaire (ganglions) ou lésions cutanées, kystes ou excroissances anormales, problèmes des surrénales ou de toute autre glande ou infections inexplicables ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Maladie de la thyroïde ou autres troubles endocriniens ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Maladie vénérienne ou autre maladie transmise sexuellement ou trouble de la prostate ou des organes reproducteurs ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Tout autre trouble, affection, maladie, blessure ou opération non mentionné ci-dessus ?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(SUITE PAGE SUIVANTE...)

	Oui	Non	Précisions en cas de réponse affirmative :
4. Au cours des dix dernières années, avez-vous :			Indiquer le numéro de la question, encercler les données qui s'appliquent. Indiquer la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (indiquer les médicaments, leur concentration et leur posologie, le cas échéant), l'issue ou le résultat, ainsi que le nom et l'adresse du médecin consulté.
a) contracté ou été informé que vous aviez le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou un syndrome para-sida (arc) ou toute autre affection liée au sida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) reçu des conseils ou des traitements en relation avec l'une des catégories mentionnées ci-dessus dans 4.a) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) été déclaré séropositif pour les anticorps du virus HTLV III (virus humain T-lymphotrope de type III) du sida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. Une proposition d'assurance sur votre vie ou votre santé a-t-elle déjà été refusée, supprimée ou modifiée d'une façon quelconque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ? Par quelle compagnie ?
6. Possédez-vous actuellement une police d'assurance vie individuelle auprès de Les Coopérateurs émise au cours des cinq dernières années ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Émise par quelle compagnie d'assurance ?
7. Avez-vous déjà fait une demande pour recevoir ou avez-vous reçu une rente ou une indemnité d'accident du travail ou des prestations d'invalidité à la suite d'une maladie ou d'une blessure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ?
8. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous absenté du travail pour raison de maladie ou blessure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Pendant combien de temps ? Pourquoi ?
9. Souffrez-vous d'une condition quelconque pour laquelle vous devez être hospitalisé ou opéré ou pour laquelle une hospitalisation ou une opération est prévue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Donner les détails et les dates :
10. Recevez-vous un traitement ou prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin ou un praticien de médecine douce non-précisés ci-dessus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indiquez-en la nature et la fréquence.
11. Questions réservées aux proposantes :			
a) Avez-vous déjà souffert d'une maladie liée aux seins, aux ovaires, au col de l'utérus ou à l'utérus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Avez-vous eu une grossesse ou un accouchement anormal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Êtes-vous enceinte ? Si oui, indiquer la date prévue de l'accouchement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
12. Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé de l'alcool ? Si oui, répondez aux questions suivantes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Fréquence de la consommation (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle) _____			
b) Montant consommé à chaque occasion _____			
c) Date de la dernière consommation _____			
13. Au cours des trois dernières années, votre permis a-t-il déjà été suspendu ou révoqué pour une raison médicale ou pour conduite avec facultés affaiblies par les drogues ou l'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Raison :
14. Avez-vous déjà reçu un traitement afférent à la consommation d'alcool ou de drogue (y compris l'adhésion aux A.A.) ou vous a-t-on conseillé de le faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
15. Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé des médicaments vendus sans ordonnance, des hallucinogènes, des stimulants, des stupéfiants, des sédatifs ou des tranquillisants (y compris la marijuana ou la cocaïne) ? Si oui, répondez aux questions suivantes :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
a) Type de médicament/drogue _____			
b) Fréquence de la consommation (quotidienne, hebdomadaire, mensuelle) _____			
c) Date de la dernière consommation _____			
16. Avez-vous déjà consommé sous une forme quelconque du tabac, des produits à base de nicotine ou des substituts de ces produits (y compris les timbres ou la gomme à la nicotine) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pendant combien de temps et à quelle fréquence ? Depuis combien de temps fumez-vous ?
17. Qui est votre médecin habituel ou votre médecin de famille ? (Si aucun, donner le nom de la clinique sans rendez-vous qui a été consultée) _____			
Adresse _____			
Date approximative de la dernière consultation _____			Raison/issue _____

Déclaration de confidentialité de RWAM
RWAM Insurance Administrators Inc. s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels qu'elle collige, utilise, détient et divulgue dans le cours nécessaire de nos affaires.

Déclaration et autorisation de l'adhérent

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique ou tout autre fournisseur ou établissement de soins de santé, toute compagnie d'assurance, tout régime d'assurance maladie provincial, département ou agence ministériel ou tout autre organisme ou personne détenant tous renseignements ou dossiers médicaux me concernant à communiquer ou à échanger avec RWAM Insurance Administrators Inc. (« RWAM ») et/ou le ou les assureurs pertinents, leurs administrateurs de régime respectifs, représentants et/ou agents, tous renseignements requis pour les objets suivants : la tarification de ma demande d'assurance collective, l'évaluation de mon admissibilité aux garanties demandées et l'adjudication de toutes réclamations (« Aux fins de »).

J'autorise la divulgation de renseignements obtenus lors de la tarification par RWAM et/ou le ou les assureurs pertinents à mon médecin personnel et à tous réassureurs de mon ou de mes assureurs, et selon les besoins, aux autorités en matière de santé publique.

J'autorise de plus RWAM et/ou les assureurs pertinents, leurs administrateurs de régime respectifs, représentants et agents, à me demander de me soumettre à tout examen médical ou paramédical pouvant être requis à ces fins. Je reconnais que mon refus ou le retrait de mon consentement peut retarder ou entraîner le refus de cette demande. Je reconnais que tout renseignement obtenu de mes examens médicaux ou paramédicaux, de tout formulaire de preuve médicale, de tout questionnaire ou de toute autre déclaration écrite remplis et produits comme preuve d'assurabilité fait partie intégrante de cette demande et je déclare que tous tels renseignements ainsi que tous les renseignements fournis dans cette proposition sont vrais, complets et exacts. Je reconnais que tout défaut de déclarer un fait pertinent ou toute fausse représentation d'un fait pertinent peut entraîner l'annulation de mon assurance. Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Toute copie de cette autorisation aura la même valeur que l'original.

Signature de l'employé _____ Date _____



**RWAM Insurance
Administrators Inc.**
49 Industrial Drive,
Elmira, ON N3B 3B1
Téloc. : 519-669-1923

Déclaration d'assurabilité (collective) Demande pour les personnes à charge

N° de groupe/de division _____

N° de certificat _____

Assureur(s) _____

NOM DE L'EMPLOYÉ _____ Le formulaire entier doit être rempli à l'encre. EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE S.V.P.

Personnes à charge à assurer	Date de naissance			Taille	Poids
	Jour	Mois	Année		
Conjoint :					
Enfant :					
Enfant :					
Enfant :					
<p>1. L'employé est-il effectivement au travail ? Si non, pourquoi ? _____</p> <p>2. Toutes les personnes à charge mentionnées ci-dessus habitent-elles avec l'employé ? Si non, préciser et donner le nom de chaque personne à charge.</p>	Oui	Non	<p>Précisions en cas de réponse affirmative : Indiquer le numéro de la question, encercler les données qui s'appliquent. Indiquer la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (indiquer les médicaments, leur concentration et leur posologie, le cas échéant), l'issue ou le résultat, ainsi que le nom et l'adresse du médecin consulté.</p>		
3. Un des enfants et-il né prématurément ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Donner le nom de l'enfant : _____ Nombre de mois prématuré ? _____ Poids à la naissance ? _____		
4. Un des enfants a-t-il moins d'un an ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Donner le nom de l'enfant : _____ Poids à la naissance ? _____		
<p>5. L'une des personnes à charge a-t-elle déjà consulté un médecin ou un praticien de médecine douce (comme un herboriste, acupuncteur, chiropraticien ou praticien de l'homéopathie ou de la naturopathie, etc.) pour l'une des affections suivantes ou avez-vous déjà été atteint de l'une des affections suivantes (préciser l'affection pertinente) :</p> <p>a) Trouble des yeux, oreilles, nez ou gorge ?</p> <p>b) Maux de tête graves, étourdissements, évanouissements, perte de conscience, épilepsie, crises d'épilepsie, troubles de la parole, paralysie, accident cérébrovasculaire, trouble cérébral ou de système nerveux ?</p> <p>c) Troubles nerveux, y compris dépression, anxiété grave ou idées suicidaires ?</p> <p>d) Hypertension, palpitations ou douleurs dans la région du cœur ou à la poitrine, troubles respiratoires, troubles cardiaques, angine ou maladie coronarienne, rhumatisme articulaire aigu, souffle cardiaque, crise cardiaque ou autre problème cardiaque ou vasculaire ?</p> <p>e) Toux persistante ou enrouement, crachement de sang, asthme, emphysème, pleurésie, bronchite, tuberculose, maladie de l'appareil respiratoire ou autre trouble pulmonaire ?</p> <p>f) Ulcère d'estomac ou du duodénum, indigestion récurrente, jaunisse, calculs biliaires, colite, saignements ou diarrhée chronique, troubles gastriques, troubles de la vésicule biliaire, du foie, des intestins, du pancréas, du rectum ou de l'appareil digestif ?</p> <p>g) Hépatite A, B, C ou de type inconnu ?</p> <p>h) Présence d'albumine, de sucre, de pus ou de sang dans l'urine, diabète, calcul néphrétique ou colique, ou autres troubles rénaux ou de la vessie ?</p> <p>i) Arthrite, goutte, rhumatisme, sciatique, déformation ou troubles des articulations ou des membres, troubles des muscles ou de la colonne vertébrale, y compris discarthrose, douleur cervicale ou dorsale, traumatisme à la colonne, utilisation d'appareil orthopédique ou d'un collier cervical, fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique ?</p> <p>j) Leucémie, anémie, hémophilie ou tout autre problème ou anomalie du sang ?</p> <p>k) Cancer, tumeurs, hypertrophie ganglionnaire (ganglions) ou lésions cutanées, kystes ou excroissances anormales, problèmes des surrénales ou de toute autre glande ou infections inexplicables ?</p> <p>l) Maladie de la thyroïde ou autres troubles endocriniens ?</p> <p>m) Maladie vénérienne ou autre maladie transmise sexuellement ou trouble de la prostate ou des organes reproducteurs ?</p> <p>n) Tout autre trouble, affection, maladie, blessure ou opération non mentionné ci-dessus ?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

(SUITE PAGE SUIVANTE....)

	Oui	Non	Précisions en cas de réponse affirmative :
6. Personnes à charge du sexe féminin :			Indiquer le numéro de la question, encercler les énoncés qui s'appliquent, indiquer la date, le diagnostic, la durée, la nature et le nombre de traitements (indiquer les médicaments, leur concentration et leur posologie, le cas échéant), l'issue ou le résultat, ainsi que le nom et l'adresse du médecin consulté.
a) Une personne à charge a-t-elle déjà souffert d'une maladie liée aux seins, aux ovaires, au col de l'utérus ou à l'utérus ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Y a-t-il eu une grossesse ou un accouchement anormal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Une personne à charge est-elle enceinte ? Si oui, indiquer la date prévue de l'accouchement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. L'une des personnes à charge souffre-t-elle d'une condition quelconque pour laquelle elle doit être hospitalisée ou opérée ou pour laquelle une hospitalisation ou une opération est prévue ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Donner les détails et dates ?
8. Une proposition d'assurance sur la vie ou la santé d'une personne à charge a-elle déjà été refusée, surprimée ou modifiée d'une façon quelconque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Quand ? Pourquoi ? Par quelle compagnie ?
9. Au cours des dix dernières années, une personne à charge a-t-elle :			
a) contracté ou été informée qu'elle avait le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou un syndrome para-sida (arc) ou toute autre affection liée au sida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) reçu des conseils ou des traitements en relation avec l'une des catégories mentionnées ci-dessus dans 9.a) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) été déclarée séropositive pour les anticorps du virus HTLV III (virus humain T-lymphotrope de type III) du sida ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. Médecin de famille habituel du conjoint (Si aucun, donner le nom de la clinique sans rendez-vous qui a été consultée) _____ Adresse _____ Date approximative de la dernière consultation _____ Raison/issue _____			
11. Nom de l'enfant : _____ Nom du médecin de famille habituel de l'enfant (Si aucun, donner le nom de la clinique sans rendez-vous qui a été consultée) : _____ Adresse _____ Date approximative de la dernière consultation _____ Raison/issue _____			
12. Nom de l'enfant : _____ Nom du médecin de famille habituel de l'enfant (Si aucun, donner le nom de la clinique sans rendez-vous qui a été consultée) : _____ Adresse _____ Date approximative de la dernière consultation _____ Raison/issue _____			
13. Nom de l'enfant : _____ Nom du médecin de famille habituel de l'enfant (Si aucun, donner le nom de la clinique sans rendez-vous qui a été consultée) : _____ Adresse _____ Date approximative de la dernière consultation _____ Raison/issue _____			

Déclaration de confidentialité de RWAM
RWAM Insurance Administrators Inc. s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels qu'elle collige, utilise, détient et divulgue dans le cours nécessaire de nos affaires.

Déclaration et autorisation de l'adhérent :

Je déclare que tout enfant à charge qui n'est pas mon enfant naturel ou adopté habite avec moi depuis au moins 12 mois consécutifs.

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique ou tout autre fournisseur ou établissement de soins de santé, toute compagnie d'assurance, tout régime d'assurance maladie provincial, département ou agence ministériel ou tout autre organisme ou personne détenant tous renseignements ou dossiers médicaux me concernant ou concernant mes personnes à charge à communiquer ou à échanger avec RWAM Insurance Administrators Inc. (« RWAM ») et/ou le ou les assureurs pertinents, leurs administrateurs de régime respectifs, représentants et/ou agents, tous renseignements requis pour les objets suivants : la tarification de ma demande d'assurance collective, l'évaluation de mon admissibilité aux garanties demandées et l'adjudication de toutes réclamations (« Aux fins de »).

J'autorise la divulgation de renseignements obtenus lors de la tarification par RWAM et/ou le ou les assureurs pertinents à mon médecin personnel et à tous réassureurs de mon ou de mes assureurs, et selon les besoins, aux autorités en matière de santé publique.

J'autorise de plus RWAM et/ou les assureurs pertinents, leurs administrateurs de régime respectifs, représentants et agents, à demander que mes personnes à charge et moi-même nous soumettions à tout examen médical ou paramédical pouvant être requis à ces fins. Je reconnais que mon refus ou le retrait de mon consentement peut retarder ou entraîner le refus de cette demande. Je reconnais que tout renseignement obtenu de mes examens médicaux ou paramédicaux, de tout formulaire de preuve médicale, de tout questionnaire ou de toute autre déclaration écrite remplis et produits comme preuve d'assurabilité fait partie intégrante de cette demande et je déclare que tous tels renseignements fournis dans cette proposition sont vrais, complets et exacts. Je reconnais que tout défaut de déclarer un fait pertinent ou toute fausse représentation d'un fait pertinent peut entraîner l'annulation de mon assurance. Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Toute copie de cette autorisation aura la même valeur que l'original.

Date _____ Signature de l'employé **X** _____

Date _____ Signature du conjoint **X** _____

Date _____ Signature de l'enfant (Si âgé de 16 ans ou plus) **X** _____

Date _____ Signature de l'enfant (Si âgé de 16 ans ou plus) **X** _____

Date _____ Signature de l'enfant (Si âgé de 16 ans ou plus) **X** _____

Tous frais encourus afin de procurer ces renseignements ou d'autres sont à la charge de l'employé.

Ce formulaire doit parvenir à RWAM dans les 60 jours de la date indiquée ci-dessus. Sinon, un nouveau formulaire devra être soumis.

RU0035F_02_10_4/4