

Veillez remplir le présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. Le gestionnaire du régime doit conserver une copie du formulaire rempli dans ses dossiers et faire parvenir l'**original** à La Great-West, compagnie d'assurance-vie.

1. Renseignements généraux sur l'adhésion

Numéro de régime : _____

Répondant du régime : _____

Nom du participant : _____
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

Numéro de division : _____ Numéro d'identification du participant : _____

2. Déclaration de situation fumeur / non-fumeur

La présente section doit être remplie par l'assuré (participant ou conjoint)

Nom de l'assuré : _____
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____

i) Fumez-vous présentement la cigarette ou avez-vous fumé la cigarette au cours des douze derniers mois? Oui Non

ii) Au cours des deux dernières années, avez-vous été traité pour une maladie du cœur, un accident cérébrovasculaire, un cancer ou toute affection ou maladie respiratoire, ou avez-vous eu des raisons de croire que vous souffriez de tels troubles? Oui Non

Dans l'affirmative, donnez des détails _____

3. Confidentialité

La présente section explique l'engagement de la Great-West en matière de confidentialité.

Protection de vos renseignements personnels

À La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West), nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Nous nous servons de ces renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime collectif.

4. Autorisation et déclarations

La présente section doit être signée et datée, à l'ENCRE, par l'assuré (participant ou conjoint).

Autorisation et déclarations

J'autorise :

- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie sous forme électronique de la présente section Autorisation et déclarations est aussi valide que l'original.

J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature de l'assuré : _____ Date : _____