

**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL  
ASSURANCE COLLECTIVE DE L'EMPLOYÉ  
DÉCLARATION PERSONNELLE D'ASSURABILITÉ**

*Protégé « B » lorsque rempli*

Contrat collectif n° <b>12500-GD</b>	ASSURANCE- INVALIDITÉ
Numéro individuel de l'organisme	

**PARTIE 1 - RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ**

Nom	Prénoms	Date de naissance
Adresse (N° et rue, ville, province, code postal)		
Employeur	Emploi actuel	Salaire annuel

**Agent du personnel:** Remplir le verso du formulaire puis l'expédier, intact, au requérant qui devra le remplir et le signer. Le requérant devrait cacheter l'original et le renvoyer à votre bureau pour que vous le transmettiez à la Direction des pensions de retraite accompagné des cartes d'assurance appropriées. La Direction des pensions de retraite se chargera d'envoyer les documents à la SunLife.

**Requérant:** Lire le formulaire, puis le remplir soigneusement. Si vous avez besoin de plus d'espace, vous pouvez utiliser une feuille séparée sur laquelle vous apposerez la date et votre signature. Lorsque le formulaire sera rempli, détacher, plier, joindre les feuilles supplémentaires et cacheter l'original. Renvoyer à votre agent du personnel qui se chargera de transmettre le tout à la Direction des pensions de retraite. Conserver le double pour vos dossiers. On vous fera connaître la décision de la SunLife sous peu.

**PARTIE 2 - DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ DE L'EMPLOYÉ**

1. A. Taille ▶	m pi	cm po	B. Poids ▶	<input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> lb
----------------	---------	----------	------------	-----------------------------	-----------------------------

Sur une feuille supplémentaire, DONNEZ TOUTES LES PRÉCISIONS NÉCESSAIRES ET INDIQUEZ VOTRE ÉTAT ACTUEL (dates, durées, traitements, noms et adresses des médecins et des hôpitaux) POUR TOUTES RÉPONSES AFFIRMATIVES.

- |   | «OUI»                    |    | «NON»                    |
|---|--------------------------|----|--------------------------|
| 2. Au cours des cinq dernières années, avez-vous :  |                          |    |                          |
| a) Consulté un médecin ou un autre spécialiste de la santé?   | <input type="checkbox"/> | 2a | <input type="checkbox"/> |
| b) Subi un ECG, des analyses sanguines, des radiographies ou d'autres tests?  | <input type="checkbox"/> | 2b | <input type="checkbox"/> |
| c) Subi une intervention chirurgicale ou été hospitalisé?   | <input type="checkbox"/> | 2c | <input type="checkbox"/> |
| d) Demandé ou obtenu des prestations d'invalidité pendant une période de trois mois ou plus?  | <input type="checkbox"/> | 2d | <input type="checkbox"/> |
| Au cours des douze derniers mois, avez-vous :   |                          |    |                          |
| e) Été absent du travail pendant plus de cinq jours consécutifs en raison d'une maladie ou de blessures?  | <input type="checkbox"/> | 2e | <input type="checkbox"/> |
| f) Souffert d'une infection urinaire ou d'une maladie transmise sexuellement?   | <input type="checkbox"/> | 2f | <input type="checkbox"/> |
| 3. Suivez-vous actuellement un traitement sous forme d'une diète, de médicaments, ou autre?   | <input type="checkbox"/> | 3  | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous déjà consulté un médecin pour l'une ou l'autre des affections ci-dessous :   |                          |    |                          |
| a) Étourdissements, épilepsie, affection du système nerveux ou troubles mentaux?  | <input type="checkbox"/> | 4a | <input type="checkbox"/> |
| b) Asthme, toux chronique, essoufflement ou affection des poumons?  | <input type="checkbox"/> | 4b | <input type="checkbox"/> |
| c) Hypertension, maux de poitrine, troubles cardiaques ou circulatoires?  | <input type="checkbox"/> | 4c | <input type="checkbox"/> |
| d) Ulcère, affection du foie, colite, diarrhée chronique, hépatite, ou autre affection de l'appareil digestif?  | <input type="checkbox"/> | 4d | <input type="checkbox"/> |
| e) Arthrite, rhumatisme, maux de dos, affection discale, maladies des os ou des articulations?  | <input type="checkbox"/> | 4e | <input type="checkbox"/> |
| f) Cancer, tumeur, diabète ou sucre dans l'urine, goutte, hypertrophie glandulaire ou tuméfaction ganglionnaire?  | <input type="checkbox"/> | 4f | <input type="checkbox"/> |
| g) Affections urinaire, rénale ou vésicale?   | <input type="checkbox"/> | 4g | <input type="checkbox"/> |
| h) Anémie, hémorragie ou maladies du sang?  | <input type="checkbox"/> | 4h | <input type="checkbox"/> |
| i) Troubles de la vue ou de l'ouïe?   | <input type="checkbox"/> | 4i | <input type="checkbox"/> |
| j) Syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA) ou forme de pré-SIDA?  | <input type="checkbox"/> | 4j | <input type="checkbox"/> |
| k) Présence, décelée par un test, du virus SÉRO+ (SIDA)?  | <input type="checkbox"/> | 4k | <input type="checkbox"/> |
| 5. Pour les employées :   |                          |    |                          |
| a) Êtes-vous enceinte? Depuis combien de temps? _____   | <input type="checkbox"/> | 5a | <input type="checkbox"/> |
| b) Vos grossesses ont-elles présentées des complications?   | <input type="checkbox"/> | 5b | <input type="checkbox"/> |
| 6. a) Indiquer votre consommation hebdomadaire moyenne d'alcool. _____  | <input type="checkbox"/> | 6b | <input type="checkbox"/> |
| b) Vous a-t-on déjà conseillé de cesser de boire de l'alcool ou de réduire votre consommation d'alcool?   | <input type="checkbox"/> | 6b | <input type="checkbox"/> |
| 7. Faites-vous ou comptez-vous faire du parachutisme ou de la plongée sous-marine, de la course automobile ou nautique ou des voyages en avion autrement que comme simple passager? | <input type="checkbox"/> | 7  | <input type="checkbox"/> |
| 8. Avez-vous déjà fait usage, sans ordonnance médicale, de cocaïne, d'héroïne, d'autres narcotiques ou de marijuana, de LSD ou d'amphétamines?                                      | <input type="checkbox"/> | 8  | <input type="checkbox"/> |
| 9. Avez-vous déjà présenté une demande d'assurance-vie ou d'assurance-maladie qui a été refusée ou acceptée sous réserve de conditions spéciales?                                   | <input type="checkbox"/> | 9  | <input type="checkbox"/> |
| 10. Dans les douze derniers mois, vos tâches ont-elles été modifiées pour des raisons de santé?   | <input type="checkbox"/> | 10 | <input type="checkbox"/> |

Je déclare qu'à ma connaissance, les réponses données ci-dessus ou sur toute pièce jointe sont complètes et véridiques. Je travaille de façon régulière chez l'employeur ci-dessus. Je comprend que la SunLife peut refuser ma demande si, à son avis, je ne suis pas assurable au titre de l'assurance collective.

**PARTIE 3 - AUTORISATION**

Par la présente, j'autorise les médecins, les hôpitaux, les cliniques médicales ou paramédicales, les compagnies d'assurances, les organismes, les institutions ou les personnes possédant des dossiers ou des renseignements concernant mon état de santé, à les transmettre à la SunLife du Canada, compagnie d'assurances-vie. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé

Date

Assurance collective n° <b>12500-GD Assurance-invalidité</b>		Numéro individuel de l'organisme
Nom de l'employé		Prénoms
Nom du Ministère		
Adresse du Ministère		
Date de la dernière entrée dans la fonction publique	Poste	Salaire
Date	Signature de l'agent du personnel	Numéro de téléphone

**S.V.P. NE PAS OUVRIR**

**PLEASE DO NOT OPEN**

Travaux publics et Services  
gouvernementaux Canada  
Direction des pensions de retraite  
Section des assurances aux clients  
C.P. 5010  
Moncton (N.-B.)  
E1C 8Z5

Public Works and Government  
Services Canada  
Superannuation Directorate  
Client Insurance Section  
P.O. Box 5010  
Moncton, N.B.  
E1C 8Z5

*Personnel et Confidentiel*