



Formulaire d'adhésion Propriétaire de commerce indépendant (PCI)

Assurance-maladie complémentaire et assurance dentaire

IMPRIMER À L'ENCRE. RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS.
POSTER LE FORMULAIRE REMPLI À LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE WAWANESA.

ADMISSIBILITÉ

Pour présenter une demande d'assurance vous devez être :

- membre actif de l'Association des propriétaires de commerce indépendants – avantages sociaux (IBOBA)
- résident du Canada et couvert au titre du régime provincial d'assurance-maladie
- âgé entre 18 et 60 ans
- l'assurance prend fin à l'âge de 70 ans

Partie A – Choix du régime

NOUVEAU PROPOSANT :

Type de protection	Protection requise	Date de prise d'effet			Renoncer à la protection (inscrire un X)
		Mois	Jour	Année	
Assurance-maladie complémentaire (comprenant l'assurance voyage)	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Couple* <input type="checkbox"/> Familiale				<input type="checkbox"/>
Assurance dentaire	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Couple* <input type="checkbox"/> Familiale				<input type="checkbox"/>
Assurance-maladie complémentaire (comprenant l'assurance voyage) et assurance dentaire	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Couple* <input type="checkbox"/> Familiale				<input type="checkbox"/>

NOTA: Le même choix doit être fait pour l'assurance-maladie complémentaire et l'assurance dentaire.
L'assurance-médicaments n'est pas offerte au Québec.

* Un adulte et un enfant sont considérés comme un couple.

Étes-vous couvert par un régime provincial d'assurance-maladie ? Oui Non

Partie B – Renseignements généraux

Nom de famille _____ Prénom légal _____ Prénom privilégié _____

Adresse _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Profession du proposant _____ N° tél. à domicile _____ N° tél. au travail _____

N° téléc. _____ N° d'assurance sociale _____ N° PCI ou n° de membre _____

Courriel : _____ Catégorie de PCI _____

Sexe : Homme Femme Langue: Anglais Français

Situation matrimoniale : Célibataire Marié Conjoint de fait

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE WAWANESA

400 – 200 Main Street, Winnipeg, MB R3C 1A8

Téléphone 1-800-263-6785 Télécopieur 1-888-985-3872 Site Web wawanesalife.com

Partie C – Personnes à assurer

Renseignements relatifs au proposant, au conjoint et aux enfants à charge – Veuillez indiquer le prénom et les initiales de tous les membres de la famille devant être assurés, de même que le nom de famille de toute personne à charge, s'il diffère de celui du proposant.

Nom de famille	Prénom et initiale(s)	Sexe H/F	Date de naissance			Grandeur	Poids	Nom du médecin
			Mois	Jour	Année			
Proposant								
Conjoint								
Enfant								
Enfant								

Partie D – Renseignements relatifs au cumul des prestations

Votre conjoint est-il couvert par une autre assurance? Oui Non Si oui, veuillez fournir les détails.

Nom de la compagnie d'assurance du conjoint : _____

Vous et votre (vos) enfant(s) êtes-vous couverts par ce régime? Oui Non

Ce régime offre-t-il une assurance-maladie? Oui Non Une assurance dentaire ? Oui Non

En signant le présent formulaire d'adhésion ou en fournissant de l'information personnelle, je conviens que les renseignements sont, à ma connaissance, exacts et complets. Je suis autorisé à communiquer des renseignements concernant mon conjoint et mes personnes à charge aux fins de la détermination de leur admissibilité à la protection. Si mon numéro d'assurance sociale est utilisé comme numéro de certificat, j'autorise son utilisation aux fins d'identification et d'administration de mon assurance collective.

Date : _____ Signature du souscripteur _____

Partie E – Autre assurance individuelle

Êtes-vous actuellement couvert par un autre régime d'assurance-maladie individuel? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date de prise d'effet originale : _____ Nom de la compagnie d'assurance : _____

À quelle date votre assurance-maladie et assurance dentaire individuelle actuelle prendra-t-elle fin? _____

Êtes-vous couvert ou étiez-vous couvert par un régime collectif de la compagnie d'assurance-vie Wawanesa ou de Greenshield au cours des 60 derniers jours? Oui Non

Dans l'affirmative, à quelle date votre assurance collective de la compagnie d'assurance-vie Wawanesa prendra-t-elle ou a-t-elle pris fin?

Numéro de la police : _____ Nom de la société : _____

Partie F – Déclaration d'état de santé du proposant, du conjoint et des enfants à charge

DANS LE CAS D'UNE DEMANDE D'ASSURANCE DENTAIRE SEULEMENT, RÉPONDRE UNIQUEMENT AUX QUESTIONS 6 ET 7

1. Avez-vous, ou toute personne à charge mentionnée dans le présent formulaire, été hospitalisé au cours des deux dernières années?
 Proposant : Oui Non Conjoint/enfants à charge Oui Non
2. Prévoyez-vous, ou toute personne à charge mentionnée dans le présent formulaire, être hospitalisé au cours des trois prochains mois?
 Proposant : Oui Non Conjoint/enfants à charge Oui Non
3. Avez-vous, ou toute personne à charge mentionnée dans le présent formulaire, DÉJÀ été traité, consulté ou reçu les conseils d'un médecin ou d'un médecin spécialiste pour l'une des affections suivantes :
 Oui Non (cochez une case)

Si la réponse est «OUI» cochez la case correspondante ci-dessous, selon le cas.

- Trouble mental ou trouble du cerveau, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, perte de mémoire ou démence, crises ou paralysie
- Maladie du cœur ou du système circulatoire, affection vasculaire, hypertension artérielle, angine, accident cérébrovasculaire ou taux de cholestérol élevé
- Sida, SAS (syndrome apparenté au sida) ou autre trouble immunitaire
- Trouble de l'estomac, des intestins, du foie, des reins ou de la vessie
- Arthrite ou rhumatisme
- Trouble du dos ou des articulations
- Emphysème ou asthme
- Stérilité ou trouble de l'appareil reproducteur
- Alcoolisme ou toxicomanie
- Céphalées ou migraines
- Diabète, colite ou maladie de Crohn
- Affection cutanée
- Cancer, tumeur ou leucémie

Si vous avez répondu «OUI» à la question 1 ou 2, ou si vous avez coché l'une des cases dans la question 3, veuillez indiquer les détails ci-dessous :

Prénom seulement	Affection	Date du début du traitement	Durée du traitement	Type de traitement	Résultats ou rétablissement

4. Avez-vous, ou toute personne à charge mentionnée dans le présent formulaire, été traité par un médecin spécialiste ou un autre médecin, ou été référé à un médecin, afin d'obtenir un deuxième avis médical *pour toute autre affection non énumérée à la question 3?* Oui Non

Si «OUI», veuillez indiquer l'affection en question : _____

5. Au cours des 12 derniers mois, l'une des personnes à assurer a-t-elle pris des médicaments sur ordonnance et(ou) utilisé un dispositif et(ou) un accessoire médical, ou lui a-t-on conseillé de la faire?

Proposant : Oui Non Conjoint : Oui Non Enfant(s) : Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir la section suivante :

Nom de la personne à assurer	Affection	Médicament, traitement et(ou) dispositif	Coût mensuel	Force	Dose quotidienne	Durée du traitement

6. Avez-vous, ou toute personne à charge mentionnée dans le présent formulaire, visité votre dentiste annuellement au cours trois (3) dernières années?
 Oui Non
7. Prévoyez-vous, ou toute personne à charge mentionnée dans le présent formulaire, visiter votre dentiste au cours des deux (2) prochains mois? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez indiquer les soins dentaires prévus : _____

NOTA: Si un montant **dépassant 300,00\$** est prévu pour couvrir les frais des **soins dentaires proposés**, un **plan de traitement détaillé** doit être établi par votre dentiste **avant le début des traitements**.

Partie G – Consentement à l'égard des renseignements personnels

Les renseignements que contient la présente proposition d'assurance sont requis aux fins d'examen et, après approbation, du traitement de la présente proposition d'assurance. Ils peuvent également servir à l'administration de la police d'assurance, aux enquêtes liées aux demandes de règlement pouvant être présentées au titre de la présente police et à la fourniture de divers produits et services. Ces renseignements, ainsi que ceux déjà consignés dans les dossiers, peuvent être utilisés par la compagnie d'assurance-vie Wawanesa, leurs agents, leurs sociétés affiliées, leurs partenaires, leurs filiales, leurs réassureurs, leurs agences de notation et leurs administrateurs autorisés à ces fins, et peuvent être échangés entre eux, sans égard à l'émission d'une police ou à la résiliation de la police. Sous réserve des exigences juridiques et contractuelles, le proposant peut refuser de donner son consentement pour l'obtention, l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels à des fins spécifiques en s'adressant à privacy@wawanesa.com ou téléphonant au 1-888-997-9965 et en demandant le Bureau de la protection de la vie privée.

Partie H – Autorisation à signer par tous les proposants

Nota : Les renseignements fournis dans le présent formulaire sont confidentiels.

Il revient à Green Shield Canada de statuer sur les demandes de règlement.

Les déclarations contenues dans le présent formulaire sont vraies et complètes, et sont à la base de l'approbation de toute protection. **Toute fausse déclaration ou défaut de divulguer de l'information concernant mon état de santé et(ou) celui de mon conjoint et(ou) de mes personnes à charge pourrait entraîner le refus d'une demande de règlement et l'annulation de ma protection.** Il est entendu que la protection n'entrera en vigueur qu'une fois approuvée par la compagnie d'assurance-vie Wawanesa. Il est également entendu que la signature du présent formulaire autorisera tout médecin, dentiste, médecin praticien, hôpital, clinique ou autre établissement médical, compagnie d'assurance ou autre organisme, institution ou personne, qui possède des dossiers ou des renseignements sur moi ou mon état de santé, à communiquer toute information pertinente à la présente assurance à la compagnie d'assurance-vie Wawanesa.

Une reproduction de cette autorisation aura la même valeur légale que l'original.

Signature du proposant : _____ Date: _____

Signature du conjoint : _____ Date: _____

Instructions pour l'envoi par la poste :

- Ne pas envoyer d'argent avec la présente demande.
- Remplir la partie H et joindre un chèque portant la mention «NUL» si vous avez choisi l'option de paiement 1.
- La protection ne sera pas approuvée tant que la compagnie d'assurance-vie Wawanesa ne vous aura pas avisé par écrit.
- Poster le présent formulaire dûment rempli à la compagnie d'assurance-vie Wawanesa.

LA COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE WAWANESA

400 – 200 Main Street, Winnipeg, MB R3C 1A8

Téléphone 1-800-263-6785 Télécopieur 1-888-985-3872 Site Web wawanesalife.com

ASSURÉ : _____ NUMÉRO DE LA POLICE : _____

Veuillez choisir l'une des deux options de paiement suivantes.

 OPTION 1 – PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES – JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE AVEC LA MENTION « ANNULÉ »

Nom du titulaire de compte : _____

 OPTION 2 – CARTE DE CRÉDIT – Le paiement par carte de crédit est seulement autorisé pour certains produits.

La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa est autorisée à porter les paiements au compte de ma carte de crédit. J'accepte d'indiquer à Wawanesa Vie la nouvelle date d'expiration de la carte de crédit au besoin. La présente autorisation s'applique à toutes les cartes de remplacement que je peux recevoir et demeure en vigueur jusqu'à ce que je l'annule.

Type de carte : MASTERCARD VISA **Les cartes Amex, de débit ou prépayées ne sont pas acceptées.**

Numéro de la carte : _____ Date d'expiration : _____

Nom, tel qu'il paraît sur la carte de crédit : _____

Adresse du titulaire de carte de crédit : _____

Ville et province : _____ Code postal : _____ Numéro de téléphone : _____

AUTORISATION ET SIGNATURE Des paiements MENSUELS réguliers d'un montant de _____ \$ seront prélevés sur mon/notre compte ou portés au compte de la carte de crédit le _____ jour de chaque mois.
MM/JJ Des paiements ANNUELS réguliers d'un montant de _____ \$ seront prélevés sur mon/notre compte ou portés au compte de la carte de crédit le _____ de chaque année.
MM/JJ

Je comprends que les primes pourraient augmenter du montant requis pour maintenir ma police en vigueur, tel qu'il est indiqué dans ma police. Je reconnais que la présente autorisation n'a aucune incidence, quelle qu'elle soit, sur les modalités de la police.

J'autorise La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa à tirer des chèques aux termes de son régime de prélèvements automatiques et/ou de l'option de paiement par carte de crédit sur le compte et l'institution financière que j'indique. J'autorise en outre cette institution et toutes ses succursales à traiter ces transferts comme s'ils avaient été signés par moi.

- Si un versement est retourné en raison d'une insuffisance de fonds, le montant du versement suivant équivaldra à deux mois de la prime. Vous en serez informé avant ce double retrait.
- J'accepte également de remettre à Wawanesa Vie un spécimen de chèque annulé maintenant et à tout moment à l'avenir, au besoin, pour assurer la préimpression de renseignements bancaires exacts sur mes transferts préautorisés.
- Je peux en tout temps révoquer mon autorisation, à la condition de donner un préavis de 10 jours. Pour obtenir un modèle de formulaire d'annulation, ou pour obtenir d'autres renseignements sur mon droit d'annuler une entente de prélèvement automatique, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site www.paiements.ca.
- Tous les efforts seront déployés pour effectuer le prélèvement à la même date chaque mois; toutefois cette date pourrait changer pour un mois donné.
- Wawanesa Vie n'est pas tenue de donner un avis avant le prélèvement de la prime initiale.
- J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, j'ai le droit de recevoir un remboursement pour tout débit qui n'a pas été autorisé ou qui n'est pas conforme à la présente entente de prélèvement automatique. Pour obtenir de plus amples renseignements sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site www.paiements.ca.

La présente autorisation demeure en vigueur tant que ladite assurance est admissible aux paiements de primes aux termes du présent régime ou jusqu'à ce que la présente autorisation soit révoquée. Chacune des parties à la présente entente peut résilier la présente autorisation en transmettant par la poste un avis écrit à l'autre partie à son adresse officielle.

Signature du titulaire de compte bancaire/
du titulaire de carte de crédit : _____ Daté du : _____
JJ/MM/AAAASignature du titulaire de compte bancaire/
du titulaire de carte de crédit : _____ Daté du : _____
JJ/MM/AAAA

CONSENTEMENT À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS: Les renseignements que contient la présente proposition d'assurance sont requis aux fins d'examen et, après approbation, du traitement de la présente proposition d'assurance. Ils peuvent également servir à l'administration de la police d'assurance, aux enquêtes liées aux demandes de règlement pouvant être présentées au titre de la présente police et à la fourniture de divers produits et services. Ces renseignements, ainsi que ceux déjà consignés dans les dossiers, peuvent être utilisés par La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, leurs agents, leurs sociétés affiliées, leurs partenaires, leurs filiales, leurs réassureurs, leurs agences de notation et leurs administrateurs autorisés à ces fins, et peuvent être échangés entre eux, sans égard à l'émission d'une police ou à la résiliation de la police. Sous réserve des exigences juridiques et contractuelles, le proposant peut refuser de donner son consentement pour l'obtention, l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels à des fins spécifiques en s'adressant à privacy@wawanesa.com ou téléphonant au 1-888-997-9965 et en demandant le Bureau de la protection de la vie privée.