

# DECLARATION SUR L'USAGE DE SUBSTANCES FUMABLES

**Veillez écrire lisiblement et en lettres moulées.** Remplissez le formulaire à l'encre, le signer et le dater puis le retourner à l'administrateur de votre régime pour traitement.

## DIRECTIVES

- Membre: 1. Remplir les sections 1 à 3 s'il y a lieu.  
2. Signer et dater le formulaire (section 4).  
3. Retourner le formulaire à votre employeur pour traitement.

Envoyer à:  
Coughlin et associés ltée  
C.P. 3517 Succ. C  
Ottawa, ON K1Y 4H5

## 1. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE

Numéro de police: <b>87032G</b>		Numéro d'indentité	
Nom de famille du membre		Prénom du membre	
Adresse postale		Ville	Province
Adresse courriel		Téléphone primaire	Téléphone secondaire
État matrimonial	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> union de fait <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e) <input type="checkbox"/> marié(e)	Seulement si le statut de fumeur change pour le/la conjoint(e) Nom de famille de conjoint(e)    Prénom de conjoint(e)    Initiale de conjoint(e)	

## 2. DÉCLARATION

### Je, membre, certifie que :

- Au cours des **12 derniers mois**, je n'ai pas fait usage de produits contenant du tabac, de la nicotine ou un substitut nicotinique.  
*Cela inclut les cigarettes, les cigarettes électroniques, les vaporisateurs, les cigarillos, le tabac à pipe, les cigares, le tabac à chiquer, les timbres à la nicotine, la gomme à la nicotine, la chicha et tout autre produit semblable, sous quelque forme que ce soit.*
- Au cours des **12 derniers mois**, mon/ma conjoint(e) n'a pas fait usage de produits contenant du tabac, de la nicotine ou un substitut nicotinique.  
*Cela inclut les cigarettes, les cigarettes électroniques, les vaporisateurs, les cigarillos, le tabac à pipe, les cigares, le tabac à chiquer, les timbres à la nicotine, la gomme à la nicotine, la chicha et tout autre produit semblable, sous quelque forme que ce soit.*

**Je certifie la sincérité et l'exactitude des renseignements ci-dessus. Je reconnais que toute fausse déclaration entraîne la nullité de l'assurance.**

## 3. AGREEMENT AND AUTHORIZATION TO COLLECT, USE, AND DISCLOSE PERSONAL INFORMATION

### Accord et autorisation. En signant le présent formulaire :

- Vous demandez d'obtenir la couverture prévue au régime d'assurance collective fourni par le promoteur (« régime ») et vous autorisez le prélèvement de retenues salariales équivalant aux cotisations nécessaires, s'il y a lieu, pour couvrir les coûts des prestations du régime auquel vous avez adhéré, conformément aux dispositions du régime.
- Vous autorisez Coughlin & associés ltée (l'administrateur du régime), une entreprise de People Corporation, à utiliser et à communiquer les renseignements inscrits sur le formulaire aux fins établies ci-après. Vous convenez également d'aviser immédiatement Coughlin & associés ltée de toute modification apportée aux renseignements que vous avez fournis sur ce formulaire.
- Vous atteste que les renseignements sont véridiques, exacts et complets, au meilleur de vos connaissances, et que, si vous avez fourni des renseignements sur un conjoint, un enfant à charge, un bénéficiaire ou un fiduciaire, vous êtes autorisé à le faire et avez obtenu le ou les consentements requis afin de nous permettre d'utiliser et de communiquer l'information indiquée aux présentes. Vous reconnaissez que toute photocopie ou copie électronique du formulaire que vous avez signé a la même valeur que l'original.

### Utilisation des renseignements personnels.

- Coughlin & associés ltée utilise et communique vos renseignements personnels pour :
  - Déterminer votre admissibilité aux prestations offertes par le régime, de même que celle de votre conjoint et de vos enfants à charge; prendre des dispositions pour que ces prestations vous soient versées; administrer le régime et votre participation; vérifier, gérer et évaluer le régime et vos demandes de règlement; enquêter sur vos demandes de règlement; vous verser les prestations; se conformer aux exigences réglementaires; faire des analyses.
  - Vérifier votre identité et effectuer des recherches pour vous trouver ou trouver vos bénéficiaires.
  - Répondre aux questions sur le régime et les prestations qu'il offre.
- Nous utilisons et communiquons vos renseignements personnels et, si applicable, les renseignements personnels sur la santé afin d'effectuer l'évaluation actuarielle du régime et des prestations, pour déterminer l'admissibilité aux prestations de vos enfants à charge et, au besoin, pour vérifier votre identité.

Si vous êtes tenu de participer au régime, vous n'êtes pas autorisé à retirer votre consentement à utiliser et à communiquer ces renseignements personnels dans le contexte d'avantages obligatoires. Si vous retirez votre consentement pour ce qui touche les avantages facultatifs, vous pourriez de ce fait mettre fin à votre adhésion à cette partie du régime.

**Utilisation des renseignements personnels facultatifs.** Si vous fournissez des renseignements, vous pouvez nous retirer l'autorisation de les utiliser et de les communiquer. Pour ce faire, envoyez une demande écrite à l'administrateur du régime ou à notre agent de protection de la vie privée adressée à la personne-ressource indiquée ci-après.

- Dans le cas de renseignements sur un bénéficiaire, toute prestation de décès n'ayant pas à être versée à votre conjoint le sera aux bénéficiaires désignés. Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaires, la prestation de décès sera payée à la succession.
- Si un bénéficiaire désigné a moins de 18 ans, la prestation de décès sera versée en fiducie au fiduciaire que vous aviez désigné.
- Advenant que vous ayez fourni vos renseignements bancaires en lien avec toute couverture d'assurance vie facultative, ces renseignements seront utilisés pour payer les primes associées à cette couverture.

**Communication de renseignements personnels.** Les renseignements fournis dans le présent formulaire pourront être communiqués, s'il y a lieu, aux personnes suivantes :

- Nos employés, sous-traitants et conseillers professionnels, ainsi que les employés, sous-traitants et conseillers professionnels de nos sociétés affiliées, qui en ont besoin pour effectuer leurs tâches liées aux utilisations susmentionnées de ces renseignements.
- Les fournisseurs dont nous retenons les services pour nous aider à remplir nos obligations en vertu du régime, notamment en matière de sécurité des renseignements, de traitement des données, traitement des demandes d'indemnisation, contrôle des fraudes, de sauvegarde, de programmation, d'envoi de courrier et de localisation de personnes; ces fournisseurs se trouvent au Canada ou à l'étranger, et les renseignements sont susceptibles de divulgation aux autorités gouvernementales.
- Les personnes que vous avez autorisées à accéder à ces renseignements.
- Les personnes que la loi autorise à consulter ces renseignements.
- Le(s) établissement(s) financier(s) visé(s) par vos renseignements bancaires, des organismes gouvernementaux, des actuaires, des compagnies d'assurance et leurs réassureurs, des fournisseurs de services, votre employeur, le conseil d'administration du régime, le syndicat et des vérificateurs.

### Communications facultatives

- En cochant cette case, vous consentez à recevoir des communications électroniques sur nos autres produits et services et sur des produits et services offerts par nos fournisseurs de services ou nos fournisseurs de services affiliés.

Signature du participant	Date (aaaa/mm/jj)
--------------------------	-------------------

**Protection de vos renseignements personnels.** Nous reconnaissons et respectons votre droit à la vie privée. Lorsque des renseignements personnels nous sont fournis, nous les conservons dans un dossier confidentiel situé dans nos installations ou dans celles d'une organisation autorisée par nous. L'accès à ce dossier est limité à notre personnel ou à d'autres personnes autorisées par nous pour effectuer leurs tâches en rapport avec votre régime, à d'autres personnes autorisées par vous et à des personnes autorisées par la loi. Si vous souhaitez obtenir plus de détails sur nos mesures de protection de vos renseignements personnels ou sur les autres personnes à qui nous communiquons ces renseignements, consultez notre politique de protection de la vie privée à l'adresse <https://www.peoplecorporation.com/fr-ca/protection-de-la-vie-privee> ou encore, communiquez avec notre agent de protection de la vie privée par courrier envoyé à Coughlin & associés ltée, 1403, boul. Kenaston Winnipeg, MB, R3P 2T5, ou par courriel à d'adresse suivante [privacy.officer@peoplecorporation.com](mailto:privacy.officer@peoplecorporation.com).