

APPLICATION FOR NON-SMOKER RATE FOR OPTIONAL INSURANCE

--

Please print clearly and complete this form, in INK. The plan administrator should keep a copy of the completed form for their records and send the **original** to The Great-West Life Assurance Company.

1. General Enrollment Information

Plan number: 164034

Plan sponsor: Flint Energy Services Ltd.

Plan member name: _____
last name first name middle initial

Division number: _____ Plan member ID: _____

2. Smoking Declaration

This section must be completed by the insured (plan member or spouse).

Name of insured: _____
last name first name middle initial

Date of birth: Month _____ Day _____ Year _____

i) Do you now, or have you smoked any cigarettes within the past 12 months? Yes No

ii) In the past 2 years have you been treated for or had any indication of heart disease, stroke, cancer, or any respiratory disease or disorder? Yes No

If yes, give details _____

3. Privacy

This section explains Great-West Life's commitment to privacy.

Protecting Your Personal Information

At **The Great-West Life Assurance Company (Great-West Life)**, we recognize and respect the importance of privacy. When you apply for coverage, we establish a confidential file that contains your personal information. This file is kept in the offices of Great-West Life or the offices of an organization authorized by Great-West Life. You may exercise certain rights of access and rectification with respect to the personal information in your file by sending a request in writing to Great-West Life. Great-West Life may use service providers located within or outside Canada. We limit access to personal information in your file to Great-West Life staff or persons authorized by Great-West Life who require it to perform their duties, to persons to whom you have granted access, and to persons authorized by law. Your personal information may be subject to disclosure to those authorized under applicable law within or outside Canada. We collect, use and disclose the personal information to determine your eligibility for coverage and to administer the plan, including investigating and assessing claims, and creating and maintaining records concerning our relationship.

4. Authorizations and Declarations

This section must be signed and dated in INK by the insured (plan member or spouse).

Authorizations and Declarations

I authorize:

- Great-West Life, any healthcare provider, my plan administrator, other insurance or reinsurance companies, administrators of government benefits or other benefits programs, other organizations, or service providers working with Great-West Life to exchange personal information, when necessary to determine my eligibility for coverage and to administer the plan.

I agree that a photocopy or electronic copy of this Authorizations and Declarations section is as valid as the original.

I certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.

For Québec applicants: I request that this form be in English.
 Je demande que ce formulaire me soit remis en anglais.

Signature of insured: _____ Date: _____

DEMANDE DE TAUX NON-FUMEUR À L'ÉGARD DE L'ASSURANCE FACULTATIVE

Veillez remplir le présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. L'administrateur 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 précisions _____

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 dans lequel vos renseignements sont consignés. Ce document est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Certains droits d'accès et de rectification vous sont conférés à l'égard des renseignements personnels qui sont contenus dans votre dossier. Il vous suffit d'envoyer une demande par écrit à cet effet à la Great-West. Il arrive que la Great-West obtienne les services de tiers fournisseurs du Canada ou de l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels dans 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. Vos renseignements peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime, par exemple pour étudier et évaluer les demandes de règlement, ou encore pour créer et mettre à jour les documents relatifs à notre relation d'affaires.

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, l'administrateur de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État 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 : _____