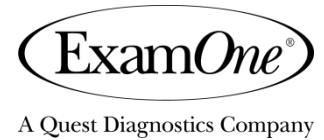


IMPORTANT



Instructions sur la cueillette, le consentement et le transport de la trousse pour besoins d'assurance

Merci d'avoir fait de choix de protéger votre famille avec une assurance vie. Veuillez lire les instructions ci-dessous pour comprendre comment prélever facilement et rapidement un échantillon de liquide buccal, remplir le formulaire de consentement et l'envoyer au laboratoire pour fins d'analyse.



CEUILLETTE DE L'ÉCHANTILLON

Ouvrez l'emballage et retirez le dispositif de cueillette de liquide buccal.

1. Placez le tampon coussiné dans votre bouche entre la joue inférieure et la gencive. Frottez-le d'avant en arrière pour le mouiller, puis maintenez-le en place pendant au moins 2 à 5 minutes avec la bouche fermée.
2. Poussez soigneusement le tampon dans le flacon jusqu'à ce qu'il touche le fond, en veillant à ne pas renverser la solution de conservation bleue.
3. **Faites attention de ne pas briser la pointe du flacon.** Pliez la poignée du bâton et détachez la moitié supérieure. Mettez le capuchon sur le flacon. (Voir les instructions visuelles à l'extérieur de l'emballage de l'appareil.)
4. Écrivez votre nom et la date de cueillette sur l'étiquette sur le côté du flacon.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT À COMPLÉTER

1. Remplissez le formulaire de consentement et signez (Signature # 1). Un exemple de formulaire de consentement se trouve au dos de cette feuille, les champs obligatoires sont mis en évidence.
2. Signez la bande inviolable (Signature # 2, section E) sur la bande de codes à barres au bas du formulaire de consentement.
3. **Veuillez vérifier que vous avez signé le formulaire de consentement et l'étiquette sur le côté du flacon.**



ENVOIE DE L'ÉCHANTILLON

1. Après avoir signé la bande inviolable (Signature # 2, section E) sur la bande de code à barres au bas du formulaire de consentement, décollez, centrez et appliquez la bande **sur le dessus du capuchon** en appuyant la partie collante des deux côtés du flacon de façon à sceller l'échantillon.
2. Placez le flacon de cueillette dûment étiqueté (dans le sac) et le formulaire de consentement dans la pochette ExamOne, puis placez-les dans le sac d'expédition Planète Courier.
3. Scellez le sac et collez l'étiquette pré imprimée de Postes Canada à l'extérieur du sac d'expédition et poster dans une boîte postale de Postes Canada dans les 48 heures de la cueillette.

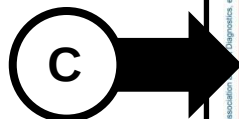
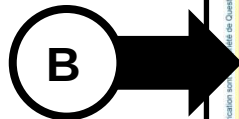
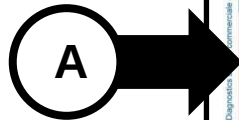
DES QUESTIONS? Contactez notre équipe de service à la clientèle à:
cs.canada@examone.com ou par téléphone: 1-800-952-2350



EXEMPLE D'INSTRUCTIONS DU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Veuillez remplir toutes les sections requises, puis vérifiez que vous avez signé à la fois le formulaire de consentement et la bande adhésive du flacon (*Signature # 1 et Signature # 2* notées ci-dessous). Après avoir signé le ruban inviolable sur la bande de code à barres, placez-le sur le capuchon du flacon tel qu'illustré.

Les sections qui requièrent votre attention sont identifiées et étiquetées comme suit : (A, B, C, D)



Signez la bande inviolable sur le collant du code à barre et placez-le sur le bouchon du flacon.

ExamOne
Une compagnie de Quest Diagnostics
A Quest Diagnostics Company

Interleaved 2 of 5 0000000000 8640

INSURANCE COMPANY INFORMATION / DONNEES SUR COMPAGNIE D'ASSURANCE
INSURANCE COMPANY / COMPAGNIE D'ASSURANCE

CITY / VILLE PROV. REFERENCE / POLICY / MEMBER NUMBER / NUMERO DE REFERENCE, DE POLICE, DE MEMBRE

AMOUNT OF INSURANCE APPLIED FOR / MONTANT D'ASSURANCE \$ AGENT LAST NAME / NOM DE L'AGENT AGENT FIRST NAME / PRENOM DE L'AGENT AGENCY NAME / NOM D'AGENCE

AGENT CODE / CODE DE L'AGENT PHONE NUMBER / NUMERO DE TELEPHONE AGENT CITY / VILLE DE L'AGENT PROV. POSTAL CODE / CODE POSTAL

AGENT EMAIL ADDRESS / ADRESSE COURRIEL DE L'AGENT

PROPOSED INSURED INFORMATION / DONNEES SUR LA PERSONNE A ASSURER

LAST NAME / NOM DE FAMILLE FIRST NAME / PRENOM MIDDLE INITIAL / INITIALE 2e PRENOM

DATE OF BIRTH / DATE DE NAISSANCE GENDER / SEXE Male Female Y/A M/M D/J

CITY / VILLE PROV. POSTAL CODE / CODE POSTAL DRIVERS LICENSE NUMBER / NUMERO DU PERMIS DE CONDUIRE DL PROV. / PROV. DU PERMIS DE CONDUIRE

PICTURE VERIFIED VERIFICATION PAR PHOTO Yes / Oui No / Non

NOTICE AND CONSENT FOR TESTING OF BLOOD, URINE AND ORAL FLUID WHICH MAY INCLUDE AIDS VIRUS (HIV) ANTIBODY SCREENING

I have read and understand the Notice and Consent that appears on the reverse side of this form. I voluntarily consent to the withdrawal of blood from me by needle, the testing of any blood, urine and/or oral fluid specimen I provide, and also voluntarily consent to and authorize the disclosure of the personal information included herein and of the test results as described on the reverse side to the Insurer as hereinafter provided. I verify that my urine and/or oral fluid were collected into vials that were sealed with tamper-evident tape which I dated and signed. I further acknowledge receipt of the Important Applicant Information Brochure. In the event that my sample(s) is/are involved in exposure of any health worker, I give permission for my specimen to be tested for infectious diseases. No attempt by the Proposed Insured to modify or amend this form will change its terms or in any way be binding upon the insurance company or any of its agents or contractors.

AVIS ET CONSENTEMENT CONCERNANT DES ANALYSES DE SANG, D'URINE ET DE SALIVE QUI PEUVENT INCLURE UN DÉPISTAGE DU VIRUS DU SIDA (VIH)

J'ai lu et compris l'avis et le consentement qui figurent au verso de ce formulaire. Je consens volontairement à la prise de sang par aiguille, à l'analyse de tout échantillon de sang, d'urine ou de salive que je fournis et à la divulgation à l'assureur des renseignements personnels figurant dans les présentes et des résultats des analyses comme il est décrit au verso, et ce, tel qu'il est prévu ci-après. Je confirme que mon urine ou ma salive a été conservée dans des flacons scellés avec un ruban inviolable que j'ai daté et signé. En outre, j'accuse réception d'un exemplaire de feuillet intitulé «Renseignements importants pour Les Proposants». Au cas où mon échantillon doit être manipulé par un travailleur de la santé, je permets qu'il soit analysé aux fins de toute maladie infectieuse. Aucune tentative de la Personne à Assurer de modifier ce formulaire ne changera ses conditions ou n'engagera de quelque façon que ce soit la compagnie d'assurance ou l'un de ses agents ou sous-traitants.

Signature #1

X Signature of Proposed Insured / Signature de la Personne à Assurer Y/A M/M D/J

AGENT CERTIFICATION

I verify that the enclosed specimen(s) was/were properly collected. I further verify that this/these specimen(s) is/are in fact the specimen(s) collected from the Proposed Insured named on this ID form and that the proper barcode label has been placed by me on the specimen vial(s) for the Proposed Insured named on this ID form.

ATTESTATION DE L'AGENT

Je confirme que le ou les spécimens ci-joints ont été prélevés suivant les formes. Je confirme en outre que ce ou ces spécimens proviennent effectivement de la Personne à Assurer nommée sur ce formulaire d'identification et que j'ai moi-même apposé la bonne étiquette de code à barres sur le ou les tubes de spécimens pour la Personne à Assurer dont le nom apparaît sur ce formulaire d'identification.

X Signature of Agent / Signature de l'Agent Y/A M/M D/J

TO BE INCLUDED IN MAILER / À INCLURE DANS LE SAC D'ENVOI CANADA ORAL FLUID FORM #86 v4.0 11/15

Signature #2

FACILITATOR INITIALS: TAMPER TAPE ORAL FLUID VIAL DATE: PROPOSED INSURED SIGNATURE: 0082817564

FACILITATOR INITIALS: TAMPER TAPE URINE VIAL DATE: PROPOSED INSURED SIGNATURE: 0082817564

APPLICANT NAME: 0082817564