



ASSURANCE INDIVIDUELLE

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

Partie 3 - Renseignements généraux (suite)

- Veillez détailler vos réponses affirmatives à la partie 8 - Commentaires généraux
- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 9. Avez-vous une autre proposition à l'étude ou soumise à d'autres compagnies au cours des six (6) derniers mois ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Au cours des trois (3) dernières années, à l'exception des vacances, avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou avez-vous l'intention de le faire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Avez-vous séjourné à l'extérieur du Canada dans les 14 derniers jours ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Avez-vous une maladie ou êtes-vous affecté d'une déficience physique, nerveuse ou mentale ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, indiquez la consommation journalière et sous quelle forme : _____ | | |
| Antérieurement aux douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de tabac ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Partie 4 - Renseignements médicaux

Veillez détailler vos réponses affirmatives à la partie 8 - Commentaires généraux

1. Grandeur _____ pi _____ po _____ cm Poids _____ lb _____ kg
- EST-CE QUE LA PERSONNE À ASSURER
- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. Prend des médicaments, suit une diète ou prend des produits homéopathiques ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sorte : _____ Raison : _____ | | |
| 3. A déjà souffert d'une maladie ou a présenté un des problèmes de santé suivants : | | |
| a) Système cardiovasculaire : douleur dans la poitrine, palpitations, pression artérielle élevée, rhumatisme articulaire aigu, souffle au coeur, crise cardiaque, cholestérol élevé ou autre trouble du coeur ou des vaisseaux sanguins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Système respiratoire : Asthme, bronchite chronique, emphysème, crachement de sang, tuberculose, pneumonie, ou autre trouble respiratoire ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Système digestif : Colite, ulcère, hémorragie intestinale, gastrite ou autre trouble de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose), hernie, pancréas ou des intestins ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Système génito-urinaire : Sucre, albumine, sang ou pus dans les urines, calcul ou autre trouble des reins, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Système endocrinien : Diabète, trouble de thyroïde ou autre affection endocrinienne ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Système musculo-squelettique : Rhumatisme, arthrite, goutte ou affection des muscles ou des os, y compris la colonne vertébrale, les troubles sciatiques, le dos et les articulations ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Tout trouble des yeux, des oreilles, du nez, de la bouche ou de la gorge, maladie vénérienne, toute maladie de la peau ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Système nerveux : Convulsions, épilepsie, migraine, céphalée, paralysie, anxiété, stress, fatigue chronique, fibromyalgie, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, maladie dégénérative, problème neurologique ou autre problème mental ou nerveux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Anémie ou autre maladie de sang, kyste, tumeur, cancer ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j) Autre désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus, précisez : _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. A, au cours des 3 dernières années, dû s'absenter de son travail ou de ses occupations régulières, pour une période de 30 jours ou plus, en raison de maladie ou blessure ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Date : _____ Raisons : _____ | | |
| 5. A eu connaissance de quelque symptôme ou maladie, pour lequel encore aucun médecin n'a été consulté ou aucun traitement n'a été reçu ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Partie 4 - Renseignements médicaux (suite)

Veillez détailler vos réponses affirmatives à la partie 8 - Commentaires généraux

- | EST-CE QUE LA PERSONNE À ASSURER | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 6. Prévoit consulter un médecin ou autre professionnel de la santé ou subir une opération prochainement ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. A, au cours des 5 dernières années, consulté un médecin ou autre professionnel de la santé ou a été admis dans un hôpital ou autre établissement de santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, remplissez la section 5. | | |
| 8. A subi ou doit subir ou a été conseillé ou avisé de subir un test de dépistage du S.I.D.A. ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Date : _____ Raison : _____

Résultat : _____

Partie 5 - Questionnaire à remplir pour toute consultation médicale

(répondre à toutes les questions même s'il s'agit d'un examen de routine)

Raison de consultation : _____

Diagnostic du médecin (nom de la maladie) : _____

Date (première consultation) _____ Date (dernière) _____ Total _____

Nom et adresse du médecin ou hôpital consulté : _____

Concernant cette consultation, y a-t-il eu :
Hospitalisation ? Oui Non

Date : _____ Durée : _____

Intervention chirurgicale (opération) ?

Date : _____ Nom de l'opération : _____

Prescription de médicaments ou de traitements ?

Précisez lesquels : _____

Date de début : _____ Date de terminaison : _____

Tests sanguins, radiographies, ECG, autres tests ?

Précisez lesquels : _____

Date : _____ Résultats : _____

Veillez préciser votre condition actuelle : _____

Partie 6 - Antécédents familiaux

Y a-t-il déjà eu dans votre famille des cas de diabète, cancer (spécifiez-en le type), tuberculose, haute tension, maladie cardiaque, maladie mentale, accident ischémique transitoire ou vasculaire cérébral, maladie rénale, alcoolisme, chorée d'Huntington, sclérose latérale amyotrophique, affection au motoneurone, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer ou autre maladie héréditaire? Oui Non

Membre de la famille	Âge au début	Âge si vivant	Âge au décès	État de santé ou cause du décès
Père				
Mère				
Frère(s)				
Sœur(s)				

Partie 7 - Autorisations et signatures

Je soussigné, en tant que titulaire ou personne à assurer, déclare que les renseignements fournis sont complets et véridiques et j'accepte qu'ils fassent partie intégrante de ma demande d'assurance. Je sais, qu'une fausse déclaration ou une omission peut entraîner la nullité des garanties obtenues par cette demande.

J'autorise Humania Assurance Inc., ses mandataires, ses fournisseurs de services, ses réassureurs et autres partenaires (ci-après « Partenaires d'affaires ») à recueillir, par tout moyen électronique, courriel, télécopieur ou courrier et à utiliser, tous les renseignements personnels pertinents aux fins de l'établissement de mon assurabilité relativement à la présente police d'assurance.

Par la même occasion, j'autorise Humania Assurance Inc. à communiquer les renseignements personnels recueillis à mon sujet à ses Partenaires d'affaires, situés au Québec ou à l'extérieur du Québec, selon le cas, et dont la communication est nécessaire à l'exécution de leur mandat. J'autorise également Humania Assurance Inc. à communiquer un bref rapport des renseignements personnels touchant mon assurabilité auprès du *Medical Information Bureau (MIB)*.

La présente autorisation vise mes renseignements personnels détenus par toutes personnes physique ou morales incluant notamment, mais non exclusivement : tout médecin ou professionnels de la santé, tout établissement public ou privé de la santé et des services sociaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, le *Medical Information Bureau (MIB)*, toute institution financière, ainsi que tout agent de renseignements personnels ou agence d'investigations.

Une copie papier ou numérique de cette autorisation est aussi valide que l'original. La signature électronique a la même valeur que sa signature manuscrite.

Je déclare être au fait des droits octroyés par la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé*, dont particulièrement, mais non exclusivement : le droit d'accéder à mes renseignements, le droit de faire rectifier ces renseignements, le cas échéant, et le droit de retirer, à tout moment, la présente autorisation en ce qui concerne la communication et l'utilisation de mes renseignements personnels.

L'Assureur pourra contester toute déclaration frauduleuse au-delà de la période de contestabilité. Je reconnais avoir compris la note se rattachant à la couverture d'assurance conditionnelle, s'il y a lieu, avoir reçu et lu l'avis relatif aux renseignements personnels, le texte concernant le *Medical Information Bureau (MIB)* et la déclaration de divulgation en vertu de la Loi sur les institutions financières. Une assurance constitue un contrat fondé sur la bonne foi. Toute divulgation incomplète de faits importants dans la présente déclaration d'assurabilité constitue un manquement pouvant entraîner l'annulation du contrat. Toute police établie dans le cadre de la présente déclaration d'assurabilité ne prend effet qu'à l'acceptation du risque par l'Assureur, pour autant que ce dernier ait été accepté sans modification, que la prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit survenu dans l'assurabilité de la personne à assurer depuis la signature de la présente déclaration d'assurabilité.

Signé à _____ Le : _____

Signature du représentant : _____ Signature de la personne à assurer
(âgée de 13 ans ou plus) : _____

Signature du parent ou tuteur de la Personne à assurer (si âgée de moins de 13 ans) : _____

Signature du titulaire : _____

À REMETTRE À L'ASSURÉ

Renseignements personnels

Avis

Aux fins de l'administration de votre dossier d'assurance et dans le but d'en assurer son caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Humania Assurance Inc. constituera un dossier d'assurance dans lequel sera versé les renseignements concernant votre proposition d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance.

Seuls les employés ou mandataires responsables de la souscription, des enquêtes et des réclamations ainsi que toute autre personne que vous aurez autorisée, auront accès à ce dossier.

Votre dossier sera détenu dans nos bureaux du siège social.

Vous avez droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante : **Responsable de l'accès à l'information, Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6.**

Vous avez également droit de retirer, à tout moment, toute autorisation formulée en lien avec la communication et l'utilisation des renseignements personnels contenus à votre dossier.

Dans le cadre normal du traitement des propositions d'assurance, toutes les compagnies d'assurance, y compris Humania Assurance Inc., peuvent demander une enquête personnelle ou un rapport sur le consommateur contenant des renseignements personnels sur les personnes à assurer. Il se peut que l'on communique avec vous à cet effet.

Bureau de renseignements médicaux

Avis

Les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. Cependant, Humania Assurance Inc. pourra en soumettre un bref rapport au *Bureau de renseignements médicaux (MIB)*, organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie et effectuant un échange d'information au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance vie ou une assurance maladie auprès d'une autre compagnie, membre du Bureau, ou si vous lui demandez des prestations ou des indemnités, le Bureau fournira à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous. Sur réception d'une demande de votre part, le Bureau prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre fiche.

Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pourrez lui demander une rectification. Veuillez contacter ce dernier par courriel au Canadadisclosure@mib.com, par téléphone au 866-692-6901 ou par courrier à l'adresse MIB Inc, 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734.

Humania Assurance Inc. pourra, elle aussi, communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous auriez demandé une assurance vie ou une assurance maladie ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités.

HUMANIA ASSURANCE INC.

1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

Site Internet : www.humania.ca