



ASSURANCE INDIVIDUELLE

## **MODIFICATION D'ASSURANCE**

Invalidité, vie et maladies graves

## Instructions au conseiller

1. Écrire lisiblement en lettres moulées à l'encre bleue ou noire.
2. Si votre client demande une augmentation d'assurance Prodige ou Maladies graves Temporaire, veuillez joindre une illustration conforme à l'assurance demandée.
  - La proposition doit être signée par la personne à assurer et le titulaire si autre que la personne à assurer.
  - La proposition doit être datée de la journée qu'elle est signée par la personne à assurer.
  - Veuillez détacher la **page 7** de la proposition et la remettre à la personne à assurer.
3. Pour le droit d'échange (HuGO)
  - Disponible entre le 1<sup>er</sup> et le 5<sup>ème</sup> anniversaire de la date d'effet du contrat.
  - La proposition doit être signée par la personne à assurer et le titulaire si autre que la personne à assurer.
  - La proposition doit être datée la journée qu'elle est signée par la personne à assurer.
  - Compléter les parties 1, 2, 4 et 5.
  - Veuillez détacher la **page 7** de la proposition et la remettre à la personne à assurer.
4. Dans l'éventualité où les documents nécessaires pour effectuer la modification nécessite un formulaire de déclaration d'assurabilité et une entrevue téléphonique, le formulaire de déclaration d'assurabilité n'est pas requis.

**Partie 1 - Identification assuré**

Police no°:

Nom de famille :

Prénom :  Sexe :  H  F

2<sup>e</sup> prénom :

Numéro de téléphone :

Date de naissance :  /  /   
jour / mois / année

Profession : \_\_\_\_\_

**Partie 2 - Type de modification permise en tout temps**

<b>Modification demandée</b>	<b>Document nécessaire pour effectuer la modification</b>
<input type="checkbox"/> Diminution de l'indemnité : De _____ à _____	Aucun
<input type="checkbox"/> Augmentation du délai de carence : De _____ à _____	Aucun
<input type="checkbox"/> Diminution de la durée des prestations : De _____ à _____	Aucun
<input type="checkbox"/> Droit d'échange (HuGO) entre le 1 <sup>er</sup> et le 5 <sup>ème</sup> anniversaire de la date d'effet du contrat :	Aucun
<input type="checkbox"/> Pour le montant assuré complet <input type="checkbox"/> Ou pour une partie du montant Montant demandé à échanger : _____	
Est-ce que la différence de l'indemnité doit demeurer en vigueur ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>



## Partie 2 - Type de modification permise en tout temps (suite)

### Modification demandée

### Document nécessaire pour effectuer la modification

Modification de fumeur à non-fumeur :

Formulaire de déclaration d'assurabilité \* et Questionnaire concernant l'usage de tabac

Transformation de l'assurance vie

Aucun

Transformation de la maladies graves

Aucun

Prestations garanties

Preuves de revenus des 2 dernières années  
Formulaire de déclaration d'assurabilité\*

Annulation de garantie :

Aucun

Nommer les garanties annulées \_\_\_\_\_

Autre modification demandée : \_\_\_\_\_

\* Humania Assurance se réserve le droit de demander tout document supplémentaire pour l'étude du dossier.

## Partie 3 - Type de modification permise à l'anniversaire de police

Pour les produits Prodiges ou Maladies graves Temporaire.

### Modification demandée

### Document nécessaire pour effectuer la modification

Augmentation du capital assuré :

Entrevue téléphonique \*

De \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_

Identifier les garanties ajoutées : \_\_\_\_\_

## Partie 4 - Identification du représentant

Nom et prénom du représentant de service \_\_\_\_\_

Code         % N° de téléphone \_\_\_\_\_

Nom et prénom autre représentant \_\_\_\_\_

Code         % N° de téléphone \_\_\_\_\_

### Confirmation de la communication de renseignements concernant les conseillers

Je confirme que j'ai communiqué par écrit à mon client les renseignements pertinents, conformément au document intitulé « communication de renseignements concernant les conseillers » qui porte sur a) les sociétés que je représente, b) ma rémunération, c) bonis et participation à des congrès et d) toute source possible de conflit d'intérêts.

Signature du représentant : \_\_\_\_\_

## Partie 5 - 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 : \_\_\_\_\_

## Partie 6 - Autorisations en cas de décès

De mon vivant et advenant mon décès, j'autorise Humania Assurance Inc., ses mandataires, ses fournisseurs de services 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'étude de toute réclamation soumise en vertu de 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, dont la communication est nécessaire à l'exécution de leur mandat.

Advenant mon décès, le titulaire, le titulaire subrogé et le bénéficiaire de ma police d'assurance, l'héritier et le liquidateur de ma succession, sont expressément autorisés à fournir à Humania Assurance Inc. et à ses *Partenaires d'affaires*, tous les autorisations et renseignements personnels aux fins de l'étude de la réclamation.

La présente autorisation vise mes renseignements personnels détenus par toute personne physique ou morale incluant notamment, mais non exclusivement : tout médecin, psychologue ou autre professionnel de la santé, tout établissement public ou privé de la santé et des services sociaux, tout régime de santé et de sécurité au travail, d'assurance accident-automobile ou d'assurance-maladie, incluant les différents régimes de santé provinciaux dont notamment, mais non exclusivement, la Régie de l'assurance-maladie du Québec, toute pharmacie, toute institution financière dont les compagnies d'assurance ou de réassurance, tout agent de renseignements personnels, toute agence d'investigation, de police ou de sécurité. La présente autorisation vise également tous autres renseignements personnels contenus sur les réseaux sociaux ou sur toute plateforme Internet dont l'accès est rendu disponible au public.

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.

Signé à \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

Signature de la Personne à assurer (si âgée de plus de 14 ans) : \_\_\_\_\_

## Partie 7 - Commentaires généraux

Donnez tout renseignement qui pourrait aider à l'évaluation du risque ou directives particulières pour le traitement de la présente proposition.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## 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.

Voici l'adresse du bureau : Bureau de renseignements médicaux, 330, avenue University, Toronto, Ontario. M5G 1R7 Téléphone : 866 692-6901 (services adaptés 866 346-3642)

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](http://www.humania.ca)