



ASSURANCE INDIVIDUELLE

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

Partie 1 - Identification

Police n° :

Prénom de l'assuré :

Nom de l'assuré : Sexe : F H

Numéro de téléphone :

Date de naissance : / /
année / mois / jour

Profession :

Partie 2 - But des déclarations

Demande de remise en vigueur* Demande de taux privilégié pour non-fumeur

Demande de révision d'un avenant Vérification de l'assurabilité

* Joindre le paiement des primes dues ainsi que le formulaire Accord relatif au paiement par débit préautorisé (DPA), si la police est payée mensuellement.

Partie 3 - Renseignements généraux

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

	Oui	Non
1. Avez-vous déjà été le sujet d'une surprime, d'une réduction de garantie, d'un ajournement, d'un refus d'assurance ou d'une remise en vigueur ? <small>Si oui, précisez le genre d'assurance, l'assureur en cause, les dates concernées et les raisons invoquées.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà fait une demande de prestations en raison d'invalidité ? <small>Si oui, indiquez le nom de l'assureur ou de l'organisme gouvernemental et les dates concernées.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Pratiquez-vous ou projetez-vous de pratiquer des activités telles que : aviation, parachutisme, plongée sous-marine, deltaplane, course ou épreuve de vitesse ou autre sport dangereux ? <small>Si oui, remplissez le questionnaire approprié.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Faites-vous usage ou avez-vous déjà fait usage de boissons alcooliques ? <small>Si oui, indiquez la fréquence, le genre de boisson, la quantité par semaine, par mois ou par année et depuis quand ?</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà été traité pour usage de boissons alcooliques ? <small>Si oui, remplissez le questionnaire sur la consommation d'alcool.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Faites-vous usage ou avez-vous déjà fait usage de drogues ou de narcotiques sans ordonnance médicale ? <small>Si oui, remplissez le questionnaire relatif à l'usage de drogues.</small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Au cours des trois (3) dernières années : votre permis a-t-il été suspendu ? <small>Avez-vous déjà été reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies ? <small>Si oui, remplissez le questionnaire relatif à la conduite automobile.</small></small>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous été reconnu coupable d'infraction(s) ou d'acte(s) criminel(s) ou des accusation(s) d'infraction(s) ou d'acte(s) criminel(s) ont-elles été portées contre vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Partie 3 - Renseignements généraux (suite)

- Veuillez 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

Veuillez 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 réassureurs et autres assureurs à obtenir auprès de toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic, entre autres les professionnels de la santé, les établissements publics ou privés de la santé et des services sociaux, les compagnies d'assurance ou de réassurance, le Bureau des renseignements médicaux, les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou agences d'investigation, toute agence gouvernementale, tout assureur provincial garantissant des soins médicaux, tous les renseignements personnels qu'ils détiennent à mon sujet et qui sont nécessaires à l'établissement de mon assurabilité, à la gestion de mon dossier et au règlement de mes demandes de prestations. Par la même occasion, je relève ces tiers de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer à Humania Assurance, ses réassureurs ou autres assureurs, les renseignements mentionnés ci-dessus. Pour les mêmes fins, j'autorise Humania Assurance, ses réassureurs et autres assureurs à communiquer ces renseignements aux tiers mentionnés, à demander un rapport d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements qu'ils détiennent dans d'autres dossiers dont l'objet est accompli.

Les présentes autorisations ne sont valides que pour les fins du présent contrat, de sa modification ou remise en vigueur ainsi que durant l'évaluation initiale du risque et la période de contestabilité. Elles s'appliquent également à toute demande de règlement soumise durant ladite période de contestabilité. Une photocopie de ces autorisations dûment signées a la même validité que l'original. L'Assureur pourra contester toute déclaration frauduleuse au-delà de la période de contestabilité. **Je reconnais avoir reçu et lu l'avis relatif aux renseignements personnels, le texte concernant le Bureau de renseignements médicaux et la déclaration de divulgation en vertu de la Loi sur les institutions financières.** La proposition et la police ou une de ses composantes ne peuvent faire l'objet de modification. **Une assurance constitue un contrat fondé sur la bonne foi. Toute divulgation incomplète de faits importants dans la présente proposition constitue un manquement pouvant entraîner l'annulation du contrat.** Toute police établie dans le cadre de la présente proposition ne prend effet qu'à l'acceptation de la proposition par l'Assureur, pour autant que cette dernière ait été acceptée sans modification, que la première 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 proposition.

Signé à _____

Date _____ Signature du titulaire _____

Signature de l'assuré ou du parent ou tuteur consentant _____
(si autre que le titulaire/les enfants de 14 ans et plus doivent signer)

Partie 8 - Commentaires généraux

Les détails de vos réponses affirmatives doivent être précédés du numéro de la question concernée.

À REMETTRE À L'ASSURÉ

Renseignements personnels

Avis

Dans le but d'assurer le 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.**

Dans le cadre normal du traitement des propositions d'assurance, toutes les compagnies d'assurance, y compris Humania Assurance, 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, 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