



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^{er} et le 5^{ème} 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 assuréPolice no°: Nom de famille : Prénom : Sexe : H F2^e prénom : Numéro de téléphone : Date de naissance : / /
jour / mois / annéeProfession : **Partie 2 - Type de modification permise en tout temps****Modification demandée****Document nécessaire pour effectuer la modification** Diminution de l'indemnité :

Aucun

De _____ à _____

 Augmentation du délai de carence :

Aucun

De _____ à _____

 Diminution de la durée des prestations :

Aucun

De _____ à _____

 Droit d'échange (HuGO) entre le 1^{er} et le 5^{ème}
anniversaire de la date d'effet du contrat :

Aucun

 Pour le montant assuré complet Ou pour une partie du montant

Montant demandé à échanger : _____

Est-ce que la différence de l'indemnité doit demeurer en vigueur ? Oui Non 

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

Modification demandée	Document nécessaire pour effectuer la modification
<input type="checkbox"/> Modification de fumeur à non-fumeur :	Formulaire de déclaration d'assurabilité * et Questionnaire concernant l'usage de tabac
<input type="checkbox"/> Transformation de l'assurance vie	Aucun
<input type="checkbox"/> Transformation de la maladies graves	Aucun
<input type="checkbox"/> Prestations garanties	Preuves de revenus des 2 dernières années Formulaire de déclaration d'assurabilité*
<input type="checkbox"/> Annulation de garantie :	Aucun

Nommer les garanties annulées _____

* 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
<input type="checkbox"/> 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 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 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 Bureau de renseignements médicaux et la déclaration de divulgation en vertu de la Loi sur les institutions financières.** La proposition, la note de couverture conditionnelle, 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 _____ Signature du représentant _____

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 6 - 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

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.

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