



ASSURANCE INDIVIDUELLE

**DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ
POUR PROSANTÉ ASSURANCE SALAIRE - ACCIDENT**

Instructions

- **Le présent formulaire doit être utilisé seulement pour une demande de remise en vigueur d'une police Prosanté Assurance salaire – accident.**
- Joindre le paiement des primes dues ainsi que le formulaire « Accord relatif au paiement par débit préautorisé », si la police est payée mensuellement par compte bancaire ou « l'Accord au paiement préautorisé par carte de crédit » si la police est payée mensuellement par carte de crédit.
- Écrire lisiblement en lettres moulées à l'encre bleue ou noire.
- Le formulaire doit être signé par la personne assurée.
- Le formulaire doit être signé par le titulaire de la présente police.
- Ce formulaire sert à remettre la présente police en vigueur selon les termes et conditions de votre contrat en date à laquelle elle a été annulée.
- Les délais prévus en matière d'incontestabilité et de suicide seront à nouveau en vigueur à compter de la date de la dernière remise en vigueur.

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

Partie 2 - Renseignements généraux

	Oui	Non
1. Est-ce que l'assuré a plus de 10 000 \$ d'indemnité mensuelle sur d'autres(s) contrat(s) d'assurance invalidité individuel en vigueur ou à l'étude, excluant la présente demande et toutes assurances créances auprès d'une institution bancaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'assuré a-t-il actuellement des restrictions causées par une maladie ou une blessure qui l'empêchent d'effectuer ses activités de la vie courante ? <i>Définition « Activité de la vie courante », inclus sans s'y limiter : travailler, faire l'épicerie ou le ménage, s'occuper des enfants, pratiquer son sport de prédilection, etc. Si l'activité est impraticable dû à une cause hors du contrôle de l'assuré (confinement, hors-saison, etc.), l'assuré doit répondre oui si la blessure ou la maladie l'empêcherait quand même de pratiquer l'activité même sans la cause externe?.....</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'assuré a-t-il eu un accident, un arrêt de travail ou présenté une demande d'invalidité dans les 3 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Partie 3 - Emploi

- | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. L'assuré exerce-t-il présentement un travail rémunéré à raison d'un minimum de 21 heures par semaine sur 35 semaines par année? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Est-ce que l'assuré a eu un changement d'emploi dans son occupation depuis qu'il a souscrit à ce contrat?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Si oui, confirmez l'occupation actuelle de l'assuré : _____ | | |
| 3. Parmi les choix suivants, lequel représente le mieux la situation de l'assuré ? | | |
| <input type="checkbox"/> Employé salarié <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Propriétaire d'entreprise | | |
| • Si salarié : | | |
| - Revenu d'emploi brut tel qu'indiqué dans votre dernier rapport d'impôt fédéral (<i>Case 14 du formulaire T4 ou ligne 10100 du formulaire T1</i>): _____ | | |
| • Si travailleur autonome : | | |
| - Revenu net tel qu'indiqué dans votre dernier rapport d'impôt fédéral : _____ | | |
| • Si propriétaire d'entreprise : | | |
| - Selon votre pourcentage des parts détenus, quel est le bénéfice net avant impôt de votre entreprise pour la dernière année fiscale complétée ? (<i>L'état des résultats de l'entreprise</i>): _____ | | |

Partie 4 - 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. 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.

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 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 _____

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.

HUMANIA ASSURANCE INC.

1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6
Site Internet : www.humania.ca