HUMANIA ASSURANCE MD®

Assurance collective
Déclaration d'assurabilité

Si vous avez besoin d'informations, consultez notre site Internet (www.humania.ca) ou contactez-nous :
région de Saint-Hyacinthe : 450 773-5783 ; autres régions : 1 877 987-3076 ; courriel : adm.col@humania.ca.

Partie 1 – Identification de la personne assurée

N° de Police : N° de sous-groupe : N° du certificat :

Nom de l'employeur :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : année / mois / jour Sexe à la naissance : M F

Travaillez-vous présentement ? Oui Non

Si non, indiquez la raison : invalidité, mise à pied, maternité, autre (veuillez préciser) :

Profession / occupation :

Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de tabac (incluant : tabac à chiquer ; cigarette électronique ou autre dispositif similaire ; substitut de nicotine ou autre [p. ex. : timbres antitabac]), ou avez-vous eu une prescription médicale ou suivi un programme de sevrage tabagique ? ..... Oui Non

Si oui, indiquez la fréquence et la forme de votre consommation :

Si non, antérieurement aux douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de tabac ?

Partie 2 – But de la déclaration

Veuillez spécifier le but de cette déclaration :

Veuillez spécifier : Garantie : Montant demandé :

4200-011-fr
2024/04

Partie 3 – Informations générales

1. Avez-vous déjà fait l'objet d'une surprime, d'une clause d'exclusion, d'une réduction de garantie, d'un ajournement, d'un refus d'assurance ou d'une remise en vigueur ? ..... ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, précisez le genre d'assurance, l'assureur en cause, les dates concernées et les raisons invoquées :

2. Avez-vous déjà fait une demande de prestations en raison d'invalidité ? ..... ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, indiquez le nom de l'assureur ou de l'organisme gouvernemental, les dates concernées et les raisons de l'invalidité :

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 ? ..... ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez remplir le questionnaire ci-dessous. Si non, passez à la question 4 :

- Précisez quelle est l'activité :
- Date du début : Date de la dernière fois :
- Nombre de fois par année :
- Avez-vous l'intention de pratiquer à nouveau cette activité : ..... ☐ Oui ☐ Non
- Pratiquez-vous cette activité en tant que : ☐ Amateur ☐ Professionnel
- Participez-vous à des courses lors de compétitions ? ..... ☐ Oui ☐ Non

4. Consommez-vous de l'alcool ou en avez-vous déjà consommé ? ..... ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, indiquez les quantités dans le tableau ci-dessous :

	Bière	Vin	Spiritueux (onces)	Date de dernière consommation
Par jour				
Par semaine				
Par mois				

5. Faites-vous usage de drogues ou de narcotiques (avec ou sans ordonnance médicale) ou en avez-vous déjà fait usage ? ..... ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Type de drogue	Date de début	Date de fin	Quantité	Fréquence (par jour, mois ou année)

6. Avez-vous déjà été traité pour usage de drogue et/ou d'alcool ou vous a-t-on déjà conseillé de suivre une thérapie ou un traitement à cet effet ? ..... ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, veuillez préciser les dates de début et de fin du traitement :

7. Votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué au cours des trois (3) dernières années ? ..... ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, veuillez détailler la date et la nature de l'infraction :

Partie 3 – Informations générales (suite)

8. Avez-vous déjà été reconnu coupable de conduite avec les facultés affaiblies ? ..... Oui Non

Si oui, veuillez détailler :

A. Nombre d'épisodes : B. Dates des épisodes :

C. Date à laquelle le permis a été recouvré sans limitation :

9. Avez-vous été reconnu coupable d'infraction(s) ou d'acte(s) criminel(s), ou des accusations d'infraction(s) ou d'acte(s) criminel(s) ont-elles été portées contre vous ? ..... Oui Non

Si oui, veuillez détailler votre réponse (inclure la date et la nature de l'infraction) :

10. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur de l'Amérique du Nord ou avez-vous l'intention de le faire au cours des douze (12) prochains mois ? ..... Oui Non

Si oui, veuillez préciser la destination, la date et la durée :

Partie 4 – Renseignements médicaux

Si vous répondez « Oui » à l'une ou l'autre des questions, vous devez fournir les détails dans la partie 5 (Diagnostic) ou 7 (Commentaires généraux)

1. Taille : pi po/cm Poids : lb kg

2. Prenez-vous des médicaments, suivez-vous une diète ou prenez-vous des produits homéopathiques ? ..... Oui Non

Lesquels : Raison :

3. Avez-vous déjà souffert d'une maladie ou présenté l'un des problèmes de santé suivants :

a) Système cardiovasculaire : pression artérielle élevée, cholestérol élevé, crise cardiaque, douleur dans la poitrine, palpitations, rhumatisme articulaire aigu, souffle au cœur, ou autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins ? ..... Oui Non

b) Système respiratoire : asthme, bronchite chronique, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), tuberculose, pneumonie, apnée du sommeil, ou autre trouble respiratoire ? ..... Oui Non

c) Système digestif : colite, ulcère, hémorragie intestinale, gastrite, hernie, maladie de Crohn, syndrome du côlon irritable, maladie céliaque, ou autre trouble de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose), du pancréas ou des intestins ? ..... Oui Non

d) Système génito-urinaire : sang, infections ou toute autre anomalie dans les urines, calcul ou autre trouble des reins, de la vessie, de la prostate ou des organes génito-urinaires (incluant les maladies sexuellement transmissibles) ? ..... Oui Non

e) Système endocrinien :
   1. Diabète (type 1 ou type 2, insipide), prédiabète, intolérance au glucose, diabète de grossesse ? ..... Oui Non
   2. Trouble de thyroïde ou autre affection endocrinienne ? ..... Oui Non

f) Tout trouble des yeux (à l'exception de la myopie et de la presbytie), des oreilles, du nez, de la bouche ou de la gorge, ou toute maladie de la peau ? ..... Oui Non

g) Anémie ou tout autre maladie du sang ? ..... Oui Non

Partie 4 – Renseignements médicaux (suite)

h) Kyste, tumeur, cancer ? ..... Oui Non

i) Système musculosquelettique :

1) Fibromyalgie, rhumatisme, arthrite, arthrose, goutte ou affection des muscles ou des os ? ..... Oui Non

Si oui, veuillez remplir le questionnaire ci-dessous. Si non, passez à la question 2)

Diagnostic exact :

Nombre d'épisodes : Date du 1er épisode : année / mois / jour

Date du dernier épisode : année / mois / jour

Dates et fréquence du traitement (inclure les médicaments et tout traitement avec un professionnel de la santé) :

Avez-vous des limitations ? Oui Non Si oui, précisez :

Êtes-vous rétabli ? Oui Non Si oui, depuis quand :

Avez-vous été absent du travail ou des études pour cette condition ? Oui Non

Si oui, précisez la ou les dates ainsi que la durée de l'absence :

2) Articulations ? ..... Oui Non

Si oui, veuillez remplir le questionnaire ci-dessous. Si non, passez à la question 3.

Poignets Mains Épaules Hanches Genoux Chevilles Pieds Autre Précisez :

Diagnostic exact :

Nombre d'épisodes : Date du 1er épisode : année / mois / jour

Date du dernier épisode : année / mois / jour

Dates et fréquence du traitement (inclure les médicaments et tout traitement avec un professionnel de la santé) :

Avez-vous des limitations ? Oui Non Si oui, précisez lesquelles :

Êtes-vous rétabli ? Oui Non Si oui, précisez depuis quand :

Avez-vous été absent du travail ou des études pour cette condition ? Oui Non

Si oui, précisez la ou les dates ainsi que la durée de l'absence :

Partie 4 – Renseignements médicaux (suite)

3) Colonne vertébrale, troubles sciatiques ?

Cou (partie cervicale) Centre (partie dorsale) Bas (partie lombaire et/ou lombosacrée)

Diagnostic exact :

Nombre d'épisodes : Date du 1er épisode : année / mois / jour Date du dernier épisode : année / mois / jour

Dates et fréquence du traitement (inclure les médicaments et tout traitement avec un professionnel de la santé) :

Avez-vous des limitations ? Oui Non Si oui, précisez lesquelles :

Êtes-vous rétabli ? Oui Non Si oui, précisez depuis quand :

Avez-vous été absent du travail ou des études pour cette condition ? Oui Non

Si oui, précisez la ou les dates ainsi que la durée de l'absence :

j) Anxiété, dépression, fatigue, dépression majeure, insomnie, épuisement professionnel, trouble d'adaptation, stress, trouble bipolaire, pensées suicidaires, tentative de suicide, TDA/TDAH ou autre problème de santé mentale ? ..... Oui Non

Si oui, veuillez remplir le questionnaire ci-dessous. Si non, passez à la question k.

Diagnostic exact :

Nombre d'épisodes : Date du 1er épisode : année / mois / jour Date du dernier épisode : année / mois / jour

Causes des symptômes :

Dates et fréquence du traitement (inclure les médicaments et tout traitement avec un professionnel de la santé) :

Avez-vous des limitations ? Oui Non Si oui, précisez lesquelles :

Êtes-vous rétabli ? Oui Non Si oui, précisez depuis quand :

Avez-vous été absent du travail ou des études pour cette condition ? Oui Non

Si oui, précisez la ou les dates ainsi que la durée de l'absence :

k) Système neurologique : convulsions, épilepsie, migraine, céphalée, paralysie, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, maladie dégénérative, ou tout autre problème neurologique ?..... Oui Non

Si oui, veuillez remplir le questionnaire ci-dessous. Si non, passez à la question l.

Partie 4 – Renseignements médicaux (suite)

Diagnostic exact :

Nombre d'épisodes : Date du 1er épisode : année / mois / jour Date du dernier épisode : année / mois / jour

Dates et fréquence du traitement (inclure les médicaments et tout traitement avec un professionnel de la santé) :

Avez-vous des limitations ? Oui Non Si oui, précisez lesquelles :

Êtes-vous rétabli ? Oui Non Si oui, précisez depuis quand :

Avez-vous été absent du travail ou des études pour cette condition ? Oui Non

Si oui, précisez la ou les dates ainsi que la durée de l'absence :

l) Tout autre affection d'ordre physique ou de santé mentale (veuillez préciser) :

4. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous dû vous absenter de votre travail ou de vos occupations habituelles, pour une période de trente (30) jours ou plus, en raison d'une maladie ou d'une blessure ? ..... Oui Non

   Date : Raisons :

5. Avez-vous présenté ou présentez-vous des symptômes ou une maladie pour lesquels aucun médecin n'a encore été consulté, aucun traitement n'a été reçu, ou aucun examen de contrôle ou test diagnostic n'ont été effectués ? ..... Oui Non

6. Prévoyez-vous consulter un médecin ou autre professionnel de la santé ou subir une opération prochainement ? ..... Oui Non

7. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé ou avez-vous été admis dans un hôpital ou un autre établissement de santé ? ..... Oui Non

   Si oui, veuillez remplir la partie 5 (Diagnostic).

8. Avez-vous subi, devez-vous subir ou vous a-t-on conseillé ou avisé de subir un test de dépistage du VIH ou du SIDA. ? Oui Non

   Date : Raison :

   Résultat :

Partie 5 – Diagnostic

Raison de la consultation :

Diagnostic du médecin (nom de la maladie) :

Date de la première consultation : année / mois / jour Date de la dernière consultation : année / mois / jour

Partie 5 – Diagnostic (suite)

Nom et adresse du médecin consulté ou de l'hôpital :

Concernant cette consultation, y a-t-il eu :

1) Hospitalisation ? Oui Non

Si oui, précisez : Date : année / mois / jour Durée :

2) Intervention chirurgicale (opération) ? Oui Non

Si oui, précisez : Date : année / mois / jour Nom de l'opération :

3) Prescription de médicaments ou de traitements ? Oui Non

Si oui, précis

Date de début : année / mois / jour Date de fin : année / mois / jour

4) Tests sanguins, radiographies, électrocardiogramme, autres tests ? Oui Non

Si oui, préci

Date : année / mois / jour Résultats :

Veuillez 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 pression artérielle, maladie cardiaque, maladie mentale, accident ischémique transitoire ou vasculaire cérébral, maladie rénale, alcoolisme, chorée de Huntingdon, sclérose latérale amyotrophique, affection au motoneurone, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer ou autre maladie héréditaire ?

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 – Commentaires généraux

Partie 8 – Autorisations et signatures

Je soussigné(e), en tant que 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.

Je comprends que j'ai la responsabilité de fournir à Humania Assurance, de la manière que je jugerai la plus appropriée, les renseignements personnels demandés et nécessaires aux fins de l'établissement de mon assurabilité et à l'étude de toute réclamation relative à la présente police d'assurance.

À ce titre, j'autorise Humania Assurance à utiliser et à communiquer ces renseignements personnels à ses mandataires, à ses fournisseurs de services et à ses réassureurs (ci-après « Partenaires d'affaires »), situés au Québec ou à l'extérieur du Québec, selon le cas, dans le cadre des fins visées au paragraphe susmentionné.

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 l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels.

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.

La proposition, la police ou l'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 de l'assuré (et du parent ou du tuteur consentant si requis) :

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6