



ASSURANCE INDIVIDUELLE

PROPOSITION D'ASSURANCE

Maladies graves

Instructions au conseiller

1. Écrire lisiblement en lettres moulées à l'encre bleue ou noire.
2. La présente proposition peut servir à soumettre une demande d'assurance pour une seule police ou pour des polices à être émises conjointement pour les produits suivants :
 - Maladies graves Temporaire 10 ans
 - Maladies graves Temporaire 15 ans
 - Maladies graves Temporaire 20 ans
 - Maladies graves Temporaire 25 ans
 - Maladies graves Temporaire 30 ans
 - Maladies graves Temporaire 75 ans
 - Prodiges
3. **Un rabais de frais administratifs est applicable tant que les polices reçues et émises conjointement demeurent en vigueur (se référer au guide du représentant pour l'application du rabais).**
4. Compléter la partie 12 « Accord relatif au paiement par débit préautorisé (DPA) ».
5. Si votre client demande une Prodiges 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 la journée qu'elle est signée par la personne à assurer.
 - Dans le cas d'un remplacement, veuillez joindre le formulaire de remplacement approprié, rempli et signé.
 - Si le mode de paiement par débits bancaires mensuels préautorisés (DPA) a été choisi, veuillez remplir la partie 12 et y joindre un **SPÉCIMEN DE CHÈQUE**.
 - La présente demande est sujette à une entrevue de téléselection afin de remplir le questionnaire d'assurabilité. Veuillez bien informer la personne à assurer du processus de téléselection.
 - Veuillez détacher les **pages 13 et 14** de la proposition et les remettre à la personne à assurer.

Partie 1 - La personne à assurer

N°: _____

Nom de famille :

Prénom : Sexe : H F

2^e Prénom :

Numéro d'assurance sociale : Date de naissance : / /
jour / mois / année

Lieu de naissance :
(province/état/pays)

Adresse résidentielle :
(numéro et rue) (app.)

Ville :

Province :

Code postal :

Numéro de tél. résidence : Numéro tél. travail :

Est-ce que la personne à assurer est un citoyen Canadien ou un résident permanent du Canada : Oui Non

Si non, prière de ne pas continuer.

Votre pays de résidence antérieur, s'il y a lieu : _____

Est-ce que la personne à assurer parle et lit le français ou l'anglais ? Oui Non **Si non, prière de ne pas continuer**

Dans quelle langue souhaitez-vous que votre contrat soit rédigé ? En français En anglais



Partie 4 - Désignation de bénéficiaire

Au Québec à défaut de qualifier le bénéficiaire, ce dernier est irrévocable s'il est le conjoint lié par le mariage ou l'union civile et révocable dans tous les autres cas.

Au Québec, tout montant à être versé au bénéficiaire mineur sera versé pour son compte au(x) parent(s) ou au tuteur légal de ce bénéficiaire.

A. Indemnité de décès

Les indemnités de décès sont versées au titulaire, ou à la succession du titulaire à moins d'indication contraire ci-dessous. Si l'assuré a moins de 18 ans, le bénéficiaire est le titulaire à moins d'indication contraire ci-dessous.

Si le titulaire est une compagnie constituée en personne morale, tout remboursement de primes est versé au titulaire.

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____ Lien avec l'assuré : _____ % des parts : _____ Révocable Irrévocable

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____ Lien avec l'assuré : _____ % des parts : _____ Révocable Irrévocable

B. Assurance maladies graves

Les prestations en cas de maladies graves sont versées à l'assuré principal à moins d'indication contraire ci-dessous.

Si l'assuré principal a moins de 18 ans, l'indemnité de maladies graves est versée au titulaire à moins d'indication contraire ci-dessous.

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____ Lien avec l'assuré : _____ % des parts : _____ Révocable Irrévocable

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____ Lien avec l'assuré : _____ % des parts : _____ Révocable Irrévocable

C. Remboursement des primes aux 15 ans ou à 65 ans

Tout remboursement des primes est versé au titulaire à moins d'indication contraire ci-dessous.

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____ Lien avec l'assuré : _____ % des parts : _____ Révocable Irrévocable

D. Autres prestations

Toutes prestations en cas d'invalidité, mutilation ou perte d'usage, hospitalisation, fracture ou remboursement des frais médicaux sont versées à l'assuré principal.

Si l'assuré a moins de 18 ans les prestations sont versées au titulaire.

Nouvelle-Écosse seulement

Je comprends qu'une désignation de bénéficiaire irrévocable selon la loi sur les assurances signifie que je ne peux modifier ni révoquer la désignation de bénéficiaire, pas plus que je ne peux me prévaloir de mes droits, céder le contrat en garantie, le résilier ou en disposer d'aucune façon sans le consentement du bénéficiaire.

Signature du propriétaire _____

Signature du propriétaire _____

Partie 5 - Autres polices d'assurance

a) Avez-vous une assurance vie, une assurance invalidité ou une assurance maladies graves en vigueur ou **à l'étude** auprès de Humania Assurance ou d'une autre compagnie ?

Oui Non

b) La présente proposition a-t-elle pour but de remplacer une demande d'assurance à l'étude ou en vigueur ?

Oui Non

c) Indiquez toute assurance **en vigueur** et **à l'étude** pour la personne à assurer.

Nom de la compagnie	Type de contrat (vie, maladies graves, invalidité)	Date d'établissement	Capital assuré	Remplacement	
				Oui	Non
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie 6 - Protection demandée

Fumeur Non-fumeur

1. Prodiges Maladies graves Temporaire

Veillez joindre une illustration conforme aux protections demandées.

Un rabais de frais administratifs est applicable tant que les polices reçues et émises conjointement demeurent en vigueur.

Veillez vous référer au guide du représentant pour plus de détails.

Partie 7 - Identification du représentant

La signature du représentant de service est obligatoire sans quoi la proposition sera retournée.

Nom et prénom du représentant de service _____

Code % N° de téléphone _____

Nom et prénom autre représentant _____

Code % N° de téléphone _____

Rémunération Nivelée Cabinet _____

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.

Je confirme que j'ai expliqué en détail l'effet d'une désignation de bénéficiaire irrévocable à l'assuré. Le bénéficiaire n'était pas présent au moment de fournir ces explications à l'assuré. L'assuré a indiqué clairement qu'il comprenait l'effet de sa désignation d'un bénéficiaire irrévocable.

Signature du représentant : _____

Partie 8 - Questionnaire d'admissibilité à la couverture d'assurance conditionnelle

La présente couverture conditionnelle est valide en autant que toutes les réponses aux questions ci-dessous soient négatives et que la personne à assurer soit âgée de 1 mois et plus et de moins de 60 ans. Dans l'éventualité de réponses affirmatives ou de questions non répondues, aucune protection d'assurance n'est en vigueur en vertu de la présente convention.

	Oui	Non
1. Avez-vous été traité, consulté un médecin ou ressenti des symptômes relativement à une maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins, une crise cardiaque soupçonnée, des douleurs thoraciques, le diabète, un cancer ou des tumeurs, un accident ischémique transitoire, un accident vasculaire cérébral, troubles chroniques des reins, une maladie du foie ou du poumon, la sclérose en plaques, la paralysie, la cécité, la surdité, la perte de la parole, la perte d'un membre, le coma, des brûlures graves, le SIDA ou une infection par le V.I.H. ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Au cours des deux dernières années, avez-vous soumis une demande d'assurance vie, maladies graves ou invalidité, qui a été refusée, acceptée avec surprime, modifiée ou annulée par un assureur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours des 90 derniers jours, avez-vous été admis ou vous a-t-on conseillé de vous faire admettre dans un hôpital ou une clinique pour un motif autre qu'une grossesse ou un accouchement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au cours des 90 derniers jours, avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé qui vous a conseillé de subir un examen, épreuve, diagnostic ou intervention chirurgicale qui n'ont pas encore eu lieu ou dont vous n'avez pas reçu les résultats ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu non à toutes les questions vous êtes admissible à l'assurance conditionnelle sujet aux dispositions de la note de couverture conditionnelle.

Partie 9 - 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 10 - 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 11 - Commentaires généraux

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

Partie 12 - Accord relatif au paiement par débit préautorisé (DPA)

L'ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Le payeur nommé ci-après autorise Humania Assurance Inc. (Humania Assurance) à effectuer des prélèvements mensuels sur le compte bancaire qu'il détient à l'institution financière nommée, ou toute autre institution financière désignée à une date ultérieure, pour acquitter les primes d'assurance conformément au calendrier de versements des primes de la police ou des polices, y compris la prime initiale.

LE COMPTE

- Le présent accord doit être signé par chaque personne dont la signature est requise pour un DPA au compte désigné ci-après.
- Vous devez joindre un spécimen de chèque portant la mention « NUL ». Le spécimen de chèque que vous transmettez à Humania Assurance vaut pour tous les nouveaux débits que vous pourriez autoriser sur ce compte.
- Si vous désirez changer le compte à partir duquel sont effectués les DPA, vous devez transmettre à Humania Assurance un spécimen de chèque de ce nouveau compte.

LES PRÉLÈVEMENTS

- Vous devez être le titulaire ou le payeur du contrat d'assurance et être le titulaire du compte bancaire sur lequel les DPA sont effectués.
- Vous choisissez la date de débit désirée, du 1^{er} au 28 du mois. Les DPA seront effectués à cette date, chaque mois pour la durée prévue au contrat d'assurance.
- Vous pourrez modifier les instructions de prélèvement seulement si la prime pour le mois courant est payée ou est due au moins 10 jours après la nouvelle date choisie.
- Le montant des débits variera selon la prime prévue par votre contrat d'assurance.
- En cas de changement du montant du débit, le titulaire du compte dispense Humania Assurance de lui adresser un préavis.
- À moins d'un avis contraire de votre part, votre autorisation sera valide pour tout renouvellement ou toute transformation de votre contrat d'assurance.

L'ANNULATION DE L'AUTORISATION

- Vous pouvez en tout temps mettre fin à cette autorisation, sous réserve d'un préavis écrit d'au moins 10 jours, et ce, pour toutes les polices d'assurance visées par l'accord.
- Humania Assurance peut mettre fin en tout temps aux prélèvements préautorisés conformément à la Règle H1.
- Vous pouvez obtenir de l'information supplémentaire sur vos droits concernant la résiliation de l'accord de DPA, en consultant le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse : www.paiements.ca.

LES CONSÉQUENCES D'UN DÉFAUT DE PAIEMENT

- Vous êtes toujours tenu responsable des conséquences d'un défaut de paiement ou de toute obligation découlant des dispositions prévues au contrat d'assurance.
- Vous êtes en défaut de paiement lorsqu'un DPA n'a pas pu être effectué en raison d'une insuffisance de fonds, de la fermeture d'un compte ou pour toute autre raison semblable.
- Si un débit n'est pas honoré par votre institution financière pour cause de provision insuffisante, Humania Assurance effectuera un débit en même temps que le débit préautorisé du mois suivant et des frais administratifs de 25 \$ seront alors perçus par Humania Assurance pour chaque débit qu'elle n'a pas pu effectuer. Humania Assurance peut aussi mettre fin au mode de paiement par DPA et la prime annuelle serait alors exigée pour tout contrat d'assurance visé par ce débit.
- Un arrêt de paiement de votre part, sans dispositions ou entente au préalable avec Humania Assurance pour le paiement de la prime, peut entraîner l'annulation de tout contrat d'assurance visé par le DPA.

LE REMBOURSEMENT D'UN PRÉLÈVEMENT

Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour plus d'information sur vos droits de recours, vous pouvez communiquer avec votre institution financière ou visiter le site : www.paiements.ca.

Partie 12 - Accord relatif au paiement par débit préautorisé (DPA) (suite)

LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En établissant votre paiement par DPA, Humania Assurance ne communique à son institution financière que les renseignements personnels légalement requis.

COORDONNÉES BANCAIRES

Ces services sont pour utilisation (cocher une mention) personnelle d'affaires

Nom de la banque ou de l'institution financière

N° de succursale N° de banque N° de compte

Adresse

Ville Province

Code postal

L'institution financière nommée ci-dessus est par la présente autorisée à honorer à partir de maintenant les demandes de DPA ou de frais de police présentés par Humania Assurance sur le compte bancaire indiqué ci-dessus, y compris la présentation à nouveau d'un débit préautorisé dans les 30 jours suivant la non-acceptation du débit initial. Les payeurs nommés ci-après autorisent Humania Assurance à effectuer ces prélèvements sur un autre compte, à l'occasion, suivant leurs instructions verbales ou écrites.

Fait à
(ville/province)

Le jour de
(mois/année)

Nom du payeur (titulaire du compte)

Prénom du payeur (titulaire du compte)

Nom du deuxième payeur
(titulaire du compte) (s'il y a lieu)

Prénom du deuxième payeur
(titulaire du compte) (s'il y a lieu)

Signature du payeur

Signature du deuxième payeur (s'il y a lieu)

VEUILLEZ JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE PORTANT LA MENTION « NUL » (s'il y a lieu)

**SPÉCIMEN DE
CHÈQUE MARQUÉ
« NUL »**

Partie 13 - Mode de paiement

L'identification de la personne qui paie les primes doit être vérifiée si la prime est de 10 000 \$ ou plus. (Document accepté : Certificat de naissance, permis de conduire, passeport ou certificat de citoyenneté)

Nom du payeur : _____

Nom du document : _____ N° du document : _____

S'il s'agit d'une personne morale ou une entité autre qu'une personne morale ou qui agit pour le compte d'un tiers vous devez joindre le formulaire à cet effet : <https://extranet.humania.ca> / Documentation Assurance individuelle / Formulaires et questionnaires / Détermination de personnes.

Si la somme versée est de 100 000 \$ et plus, vous devez joindre le formulaire concernant les étrangers politiquement vulnérables (EPV) : <https://extranet.humania.ca> / Documentation Assurance individuelle / Formulaires et questionnaires / Détermination de personnes.

Mode de paiement par prélèvement bancaire

Mode de paiement par prélèvement bancaire (Veuillez remplir la **PARTIE 11 - Accord relatif au paiement par débit préautorisé (DPA)**)

Date du prélèvement mensuel (du 1er au 28 du mois) :

Montant versé à la signature de la proposition : _____ \$ (aucun paiement en espèces ou mandat-poste n'est accepté)

Mode de paiement annuel par chèque

Mode de paiement annuel par chèque

Montant versé à la signature de la proposition : _____ \$

Partie 14 - Mode de paiement par carte de crédit

Mode de paiement par carte de crédit (annuel ou 1^{er} versement mensuel)

Montant autorisé à prélever : _____ \$ **Si aucun montant d'indiqué nous préleverons le montant de la prime initiale.**

Visa Master Card

Nom du détenteur de la carte : _____

Tout paiement par carte de crédit est effectué sur réception de la proposition au Siège Social de Humania Assurance Inc.

N°: _____

Numéro de la carte : Expiration :



Partie 15 - Autorisation de divulgation de renseignements

N°: _____

J'autorise tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation et de la sécurité, les agences de données sur les risques et les sinistres, les organismes de prévention, de détection ou répression de crime et des infractions, les intermédiaires de marché ou toute autre personne que j'ai indiqué à titre de référence ainsi que tout organisme public ou privé détenant des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements médicaux, à fournir et échanger ces renseignements avec Humania Assurance Inc., ses réassureurs ou autres assureurs, pour l'évaluation du risque ou l'enquête relative à l'étude de toute réclamation. En cas de décès, le titulaire ou le titulaire subrogé, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, est expressément autorisé à fournir à Humania Assurance, tous les renseignements et autorisations permettant l'étude ou l'enquête relative à l'étude de toute réclamation. Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, ou remise en vigueur et durant la période de contestabilité. Il s'applique également à toute demande de règlements soumise durant ladite période de contestabilité. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Nom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____ Date _____

Signature de l'assuré ou du parent tuteur consentant _____

(les enfants de 14 ans et plus doivent signer l'autorisation)

4100-054-fr
2023/08



Partie 15 - Autorisation de divulgation de renseignements

N°: _____

J'autorise tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation et de la sécurité, les agences de données sur les risques et les sinistres, les organismes de prévention, de détection ou répression de crime et des infractions, les intermédiaires de marché ou toute autre personne que j'ai indiqué à titre de référence ainsi que tout organisme public ou privé détenant des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements médicaux, à fournir et échanger ces renseignements avec Humania Assurance Inc., ses réassureurs ou autres assureurs, pour l'évaluation du risque ou l'enquête relative à l'étude de toute réclamation. En cas de décès, le titulaire ou le titulaire subrogé, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, est expressément autorisé à fournir à Humania Assurance, tous les renseignements et autorisations permettant l'étude ou l'enquête relative à l'étude de toute réclamation. Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, ou remise en vigueur et durant la période de contestabilité. Il s'applique également à toute demande de règlements soumise durant ladite période de contestabilité. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Nom de la personne à assurer _____

Date de naissance _____ Date _____

Signature de l'assuré ou du parent tuteur consentant _____

(les enfants de 14 ans et plus doivent signer l'autorisation)

4100-054-fr
2023/08



↑ DÉTACHEZ ICI ↓

À REMETTRE À L'ASSURÉ

Avis relatif au droit d'annulation

À sa demande, le titulaire peut obtenir l'annulation de toute police établie dans le cadre de la présente proposition, pourvu qu'il en fasse la demande par écrit et qu'il retourne la police à l'Assureur dans un délai de dix jours, à compter de la date de sa réception. Toute prime perçue en vertu de la police lui est alors remboursée.

Déclaration de divulgation en vertu de la loi sur les institutions financières

La transaction visée par la présente proposition se fait entre le titulaire et Humania Assurance Inc. Votre représentant est un travailleur autonome et recevra une commission pour la vente des produits offerts de Humania Assurance. Il pourrait être éligible à recevoir une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, participation à des congrès ou autres incitatifs. La présente proposition ne comporte pas de condition selon laquelle le titulaire est obligé de faire toute autre transaction avec Humania Assurance.

Avis - Bureau des renseignements médicaux

Les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. Cependant, Humania Assurance Inc., pourra en soumettre un bref rapport au MIB, Inc., anciennement connue sous le nom de 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, 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'assurances auxquelles vous auriez demandé une assurance invalidité ou une assurance vie ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités.

Note de couverture conditionnelle

Humania Assurance Inc., convient de couvrir la personne à assurer, pour l'assurance maladies graves demandée à la proposition, à compter du jour où est signée la proposition, si l'assuré est admissible en vertu du questionnaire d'admissibilité, et si les conditions suivantes ont été remplies :

1. les examens requis à l'appui de la proposition ont été complétés ;
2. **la personne à assurer a répondu *NON* de façon véridique à toutes les questions d'admissibilité de la partie 5 de la proposition ;**
3. la personne à assurer est acceptable sans surprime, sans restriction, sans exclusion, sans limitation et sans modification ;
4. la personne à assurer est âgée de 1 mois et plus et de moins de 60 ans ;
5. aucun renseignement susceptible d'influer sur notre décision d'accorder une assurance ou sur les conditions auxquelles nous l'accordons n'a été déformé ou omis de la présente proposition.

Le capital assuré en vertu de l'assurance maladies graves sera limité au moindre du montant demandé dans la proposition ou de 100 000 \$, si cette couverture est demandée.

Cependant, si un assuré est protégé par plus d'une note de couverture conditionnelle, l'Assureur ne paiera jamais plus de 100 000 \$ d'assurance maladies graves pour l'ensemble des notes de couverture auprès de Humania Assurance pour cet assuré. Aucune prestation ne sera versée si l'invalidité ou le décès résulte d'une tentative de suicide ou du suicide de l'assuré qu'il soit sain d'esprit ou non, d'abus d'alcool ou de drogues ou de conduite d'un véhicule motorisé avec une alcoolémie supérieure à la limite permise.

La présente couverture prend fin dès l'entrée en vigueur de la police ou au plus tard 90 jours après la signature de la proposition ou la date à laquelle nous vous envoyons par la poste un avis indiquant que nous avons refusé votre proposition d'assurance.

Humania Assurance peut résilier la présente convention en tout temps, sur avis posté au titulaire à l'adresse postale indiquée dans la proposition. AUCUN CONSEILLER N'EST AUTORISÉ À MODIFIER LA PRÉSENTE NOTE.

À propos de l'entrevue téléphonique et des examens

Une entrevue téléphonique est nécessaire pour compléter votre demande d'assurance. Un préposé communiquera avec vous pour effectuer l'entrevue.

L'information que vous fournirez servira à déterminer votre admissibilité et à établir les conditions de votre assurance. C'est ce qui constitue la sélection des risques, une étape-clé de votre demande d'assurance.

↑ DÉTACHEZ ICI ↓

À REMETTRE À L'ASSURÉ (suite)

Le préposé vous posera des questions relativement à votre santé, vos habitudes de consommation d'alcool, de drogues et de tabac, votre dossier de conduite automobile, vos activités sportives, vos voyages à l'extérieur du Canada, votre emploi, vos finances et autre. Il faut prévoir environ 25 minutes.

Afin de vous préparer pour l'entrevue veuillez avoir en main :

- Le nom et l'adresse de votre médecin traitant ;
- Le nom des professionnels de la santé que vous avez consulté dans les 2 dernières années ;
- La date de votre dernière consultation médicale ;
- La liste de tout médicament que vous prenez actuellement ;
- Votre taille et poids ;
- Les âges de vos parents et de vos frères et sœurs.

Plus vos réponses aux questions seront précises, plus le traitement de votre demande d'assurance sera rapide. La précision et la sincérité de vos réponses sont une obligation légale. Une fausse déclaration peut entraîner la nullité de votre police d'assurance.

S'il y a lieu, dans les jours suivant l'entrevue, une infirmière pourra vous rencontrer pour recueillir les échantillons nécessaires et les données physiques (taille, poids, pouls, tension artérielle).

Vous devez prendre connaissance des réponses aux questions lors de la réception de la police et informer immédiatement Humania Assurance Inc. de tout renseignement inexact, incomplet ou faux.

Renseignements personnels

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.

Partie 16 - Reçu dépôt

N°: _____

Qu'une prime ait été perçue ou non avec la proposition, aucune garantie n'est donnée en vertu de la note de couverture conditionnelle si l'une ou l'autre des conditions d'admissibilité s'y rattachant n'est pas respectée.

Reçu la somme de _____ /100\$ (_____)

pour une proposition d'assurance soumise à Humania Assurance Inc., sur la vie de

_____ datée du _____ 20 _____

signée à _____ le _____ 20 _____

Signature du représentant _____



Humania Assurance Inc.

1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6

Téléphone : 1 800 773-8404

Télécopieur : 1 844 704-7400

Courriel : clients@humania.ca

Site Internet : www.humania.ca