



ASSURANCE INDIVIDUELLE

**DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ  
POUR ASSURANCE SANS EXAMEN MÉDICAL**

### Instructions

- Le présent document doit être utilisé pour une demande de changement pour un taux non-fumeur pour tout produit d'Assurance sans examen médical ou pour une demande de remise en vigueur d'Assurance sans examen médical sur les produits vie.
- 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.
- Dans le cas d'une remise en vigueur, 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.
- Dans le cas d'une remise en vigueur, 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

Fumeur / non-fumeur (est considérée non-fumeur la personne qui n'a pas fait usage de tabac, sous quelques formes que ce soit, y compris les succédanés de nicotine ou produits de nicotine, ni usage de cigarettes électroniques ou de vapoteuses au cours des douze (12) mois précédant cette demande d'assurance). .....  Oui  Non

### Partie 2 - But des déclarations

- Demande de remise en vigueur protection vie\*  Demande de taux privilégié non-fumeur

\*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.



### Partie 3 - Admissibilité

	Oui	Non
1. Travaillez-vous actuellement? (Répondez oui si vous recevez présentement des indemnités d'un régime de congé parental) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Au cours des 12 derniers mois (ou des 12 mois précédant votre congé parental s'il y a lieu), avez-vous vaqué à toutes vos occupations (28 semaines, 21h/semaine) et de façon permanente? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours des 2 dernières années (ou des 2 années précédant votre congé parental s'il y a lieu), avez-vous été absent du travail ou avez-vous été dans l'incapacité de vaquer à vos occupations régulières, incluant les activités de la vie quotidienne pendant plus de 15 jours consécutifs en raison de maladie ou reçu des prestations d'invalidité ou de maladies graves, provenant d'un régime privé, collectif ou public d'assurance? (On parle ici de tout régime privé d'assurance que vous pouvez détenir, de protection d'assurance fournie par votre employeur, une association professionnelle ou autre, et toutes les protections fournies par des organismes gouvernementaux, aussi bien provinciaux que fédéraux) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je confirme n'avoir reçu aucun diagnostic de déficience cognitive et confirme effectuer les activités de la vie quotidienne, soit prendre un bain, me vêtir, faire ma toilette, être continent, me mouvoir et me nourrir par moi-même? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Au cours <b>des 2 dernières années</b> , avez-vous reçu un traitement (incluant la participation à une organisation d'entraide ou un groupe de soutien), vous a-t-on conseillé de réduire votre consommation ou d'avoir recours à un traitement pour l'usage de drogues ou d'alcool? (Sans s'y limiter, la participation à une organisation d'entraide ou un groupe de soutien est aussi considérée comme un traitement). .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au cours <b>des 5 dernières années</b> , avez-vous été incarcéré pour plus de 48 heures? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Au cours <b>des 6 derniers mois</b> , avez-vous eu des malaises ou des symptômes physiques ou mentaux pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un professionnel de la santé? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Partie 4 - Santé

	Oui	Non
1. Grandeur : _____ pi _____ cm Poids : _____ lb _____ kg		
2. Au cours des 12 derniers mois, est-ce que votre poids a varié de plus ou moins 10%? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Au cours <b>des 2 dernières années</b> , avez-vous reçu un traitement ou une thérapie, vous a-t-on prescrit ou avez-vous pris des médicaments sous ordonnance, autre que les anovulants, antibiotiques et anti-inflammatoires non stéroïdiens? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Si oui, est-ce que le traitement, la thérapie ou les médicaments sont en lien avec le <b>DIABÈTE</b> seulement? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Au cours <b>des 5 dernières années</b> , avez-vous reçu un diagnostic ou vous a-t-on conseillé ou prescrit un traitement, une thérapie, ou bien des médicaments concernant l'un des troubles suivants : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) Trouble du cœur, d'un accident vasculaire cérébral ou des vaisseaux sanguins autre que l'hypertension artérielle traitée et contrôlée? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Cancer, tumeur, fibrose kystique, maladie de Hodgkin, lymphome, leucémie, emphysème ou bronchite chronique? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Maladie de Crohn, colite ulcéreuse, hépatite B ou C, ou autres troubles du foie ou du pancréas? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Diabète, prédiabète ou intolérance au glucose? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Si oui (à compléter pour assurance vie seulement) :</b>		
• Avez-vous déjà eu des complications à la suite de votre diabète telles que des troubles de la vision (rétinopathie diabétique), maladie rénale (néphropathie diabétique), douleurs et sensation de brûlure dans les jambes et/ou les pieds (neuropathie diabétique), douleurs et sensation de brûlure dans les jambes et/ou les pieds (neuropathie diabétique)? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• De quel type de Diabète avez-vous été diagnostiqué?		
<input type="checkbox"/> Diabète de type 1		
<input type="checkbox"/> Diabète de type 2 (diabète non insulino-dépendant)		
<input type="checkbox"/> Prédiabète/Intolérance au glucose		
<input type="checkbox"/> Diabète gestationnel		
<input type="checkbox"/> Autre – je ne sais pas		

#### Partie 4 - Santé (suite)

	Oui	Non
• Avez-vous reçu le diagnostic de diabète dans les 5 dernières années ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Avez-vous reçu le diagnostic de diabète il y a plus de 5 ans, mais moins de 15 ans ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Au courant des 12 derniers mois, quelle était votre lecture de HbA1C ? .....		
e) Sclérose en plaques, dystrophie musculaire, paralysie ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Convulsions ou maladies du motoneurone ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Troubles de la prostate, reins polykystiques ou autres troubles des reins ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Arthrite rhumatoïde, fibromyalgie ou maladie discale ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Dépression, psychose, schizophrénie ou troubles bipolaires ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Si oui, au cours <b>des 5 dernières années</b> , avez-vous été hospitalisé, eu des idées suicidaires, envisagé de vous blesser d'une façon ou d'une autre ou vous a-t-on prescrit plus de 2 médicaments pour l'une des conditions énumérées ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Y a-t-il <b>plus d'un membre de votre famille</b> (parents, frères, sœurs) qui a déjà eu le cancer, le diabète, un accident vasculaire cérébral, une crise cardiaque, une angine, la sclérose en plaques, un rein polykystique ou une maladie du motoneurone <b>avant l'âge de 60 ans</b> ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 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. 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 : \_\_\_\_\_

## Partie 6 - 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) : \_\_\_\_\_

## 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](http://www.humania.ca)