



### 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 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) : \_\_\_\_\_