



NO COMPTE	NO CERTIFICAT	NOM DU PRENEUR
OBJET DE CETTE DÉCLARATION <input type="checkbox"/> Adhésion tardive <input type="checkbox"/> Assurance excédant le maximum sans preuve <input type="checkbox"/> Adhésion de personnes à charge Nom _____ <input type="checkbox"/> Vie - facultative \$ _____ Avez-vous présentement de l'assurance facultative avec l'Assomption Vie? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
Bénéficiaire même que celui désigné sur ma demande d'adhésion pour l'assurance groupe <input type="checkbox"/> ou BÉNÉFICIAIRE:		
Nom de famille _____ Prénom _____ Age _____ Lien de parenté _____ Cette désignation est <input type="checkbox"/> révocable <input type="checkbox"/> irrévocable		
* Aucune assurance exigeant une déclaration de santé ne peut entrer en vigueur avant d'avoir été acceptée par l'assureur. Dans certains cas, l'assureur exigera peut-être des renseignements médicaux supplémentaires ou un examen médical. Vous en serez avisé dans les meilleurs délais.		
Adhérent		Naissance
Nom	Prénom	Lieu Jour Mois Année
Numéro	Rue	Ville Province Code postal Téléphone
Déclaration de santé Taille _____ cm/pi.po. Poids _____ Kg/lbs <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		
1. Avez-vous déjà souffert ou été traité pour troubles cardiaques ou circulatoires, hypertension, douleurs thoraciques, diabète, cancer, tumeur, ulcère, troubles cérébraux, maladie nerveuse ou mentale, convulsion, épilepsie, consommation de boissons alcoolisées, usage de drogues ou toute autre maladie ou blessure? Oui non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2. Avez-vous déjà souffert ou été traité pour arthrite, problèmes de dos, rhumatisme, problèmes respiratoires, asthme, calcul ou autres troubles des reins? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
3. Au cours des deux dernières années, vous a-t-on prescrit ou fait suivre un traitement médical ou chirurgical, ou avez-vous pris des médicaments? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
4. Présentez-vous une anomalie physique, une difformité ou une maladie non-mentionnée ci-haut? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
5. Pratiquez-vous, ou projetez-vous de pratiquer, des activités ou des sports dangereux (vol aérien, course de véhicule motorisé, plongée sous-marine, parachutisme, etc.)? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
6. Avez-vous souffert, été traité ou consulté un médecin pour le SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) para-SIDA (ARC), SLC (syndrome lymphadénopathique généralisé), ou autres troubles d'ordre immunologique? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
7. Avez-vous déjà fait une demande d'assurance qui a été refusée, modifiée ou remise à plus tard? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
8. Est-ce que vous a) avez fait usage de tabac dans les 12 derniers mois? (si oui, spécifiez le genre et précisez la quantité) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> b) avez cessée sur recommandation du médecin? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
9. Pour toute réponse "oui" aux questions, veuillez fournir tous les détails demandés ci-dessous:		
Nature, date et durée de la maladie ou blessure	Traitements/Résultats	Noms et adresses au complet des médecins et hôpitaux
Déclaration et autorisation Par les présentes, je, soussigné,		
1) déclare que les réponses et renseignements contenus dans cette déclaration de santé sont vrais et complets et qu'ils constituent la base sur laquelle la garantie d'assurance doit être établie;		
2) comprends et accepte que si quelque fausse déclaration ou omission importante a été faite, l'assureur ne soit tenu à aucune obligation en vertu de toute assurance qui me soit émise par suite de l'acceptation de ma demande d'assurance;		
3) consens à ce qu'un rapport confidentiel comportant des renseignements d'ordre personnel ou relatifs à ma solvabilité soit demandé en relation avec ma demande d'assurance;		
4) reconnais avoir lu l'avis à l'adhérent ci-dessous;		
5) autorise tout médecin et autre professionnel de la santé, tout hôpital, clinique et autre organisme médical ou paramédical, tout assureur, le Bureau des renseignements médicaux (Medical Information Bureau), ainsi que toute autre personne physique ou morale qui possède des renseignements, sur moi, mon conjoint ou mes enfants ou sur notre état de santé, ou qui pourrait en avoir dans l'avenir, ou qui a accès à de tels renseignements, à les communiquer à Assomption Vie, C.P. 160, Moncton, N.B. E1C 8L1 ou à ses réassureurs. Je renonce expressément en mon nom et au nom de toute autre personne qui pourrait avoir ou revendiquer un intérêt relativement à tout certificat d'assurance établi suite à la présente proposition, à toutes les dispositions législatives qui pourraient interdire la divulgation de ces renseignements. Toute copie ou photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original, si elle est certifiée conforme par l'assureur.		
Témoin	Date	Signature de l'adhérent

Avis à l'Adhérent

Toute proposition d'assurance-vie nécessite une cueillette de renseignements qui soit la plus complète possible. Ces renseignements sont d'ordre médical, personnel, ou sont relatifs à votre solvabilité.

Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance, dont Assomption Vie, transigent avec un organisme appelé Bureau de renseignements médicaux (Medical Information Bureau).

Tout renseignement relatif à votre assurabilité est traité de façon confidentielle. Toutefois, Assomption Vie pourra en transmettre un résumé au Bureau de renseignements médicaux, organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance-vie. Cet organisme effectue un échange de renseignements au nom des ses compagnies membres.

Si vous faites une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie ou si vous présentez une demande de prestations à une compagnie membre, le Bureau fournit à cette compagnie, à la demande de cette dernière, les renseignements qu'il possède sur vous.

S'il reçoit une demande de votre part, le Bureau prendra des dispositions pour vous donner les renseignements apparaissant sur votre fiche. Toutefois, les renseignements médicaux ne seront communiqués qu'à votre médecin. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pourrez lui demander une rectification. Voici l'adresse du Bureau:

Bureau de renseignements médicaux
330, avenue University - suite 403
Toronto, Ontario
M5G 1R7
Téléphone: (416) 597-0590

Assomption Vie pourra, elle aussi, communiquer des renseignements qu'elle possède à d'autres compagnies d'assurance-vie auxquelles vous auriez fait une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie ou auxquelles vous auriez présenté une demande de prestations.