

SECTION 3 – À REMPLIR DANS TOUS LES CAS


Taille actuelle : ____ pi ____ po ou ____ cm Poids actuel : ____ lb ou ____ kg

1. Recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité, notamment des indemnités d'accident du travail, en raison d'un accident, d'une blessure, d'une maladie ou d'une invalidité?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	3. Au cours des 10 dernières années avez-vous eu une indication ou subi des traitements médicaux ou consulté un médecin en raison de votre consommation d'alcool ou de drogue?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Au cours des 3 dernières années :		(Dans l'affirmative, veuillez remplir le Questionnaire sur la consommation d'alcool et de drogue, YL-436.)	
a) avez-vous perdu 10 journées de travail consécutives ou été hospitalisé en raison d'une maladie ou d'une blessure?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	4. Participez-vous à des compétitions, courses ou concours de vitesse (limité à un véhicule)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
b) avez-vous touché des prestations (peu importe la provenance)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	5. Êtes-vous présentement assuré ou avez-vous des propositions en attente pour une assurance vie, accident ou maladie (y compris une couverture collective ou syndicale) ou avez-vous déjà été assuré par La Capitale sécurité financière (anciennement La Compagnie d'Assurance-Vie Penncorp)?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
c) avez-vous été trouvé coupable de conduite avec les facultés affaiblies ou eu votre permis de conduire suspendu?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<i>Dans l'affirmative, veuillez fournir les précisions dans le tableau ci-dessous.</i>	
d) avez-vous été incarcéré?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	6. Avez-vous un permis de conduire valide? (Si non, veuillez préciser.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
e) avez-vous commis 3 infractions ou plus relativement à la conduite d'un véhicule?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

Veuillez fournir des précisions pour la question n° 5 dans ce tableau	Nom de la compagnie	Année d'émission	Assurance vie		Montant de la prestation mensuelle	Décès accidentel	Période de prestations		Délai de carence		En attente, conserver ou remplacer <input type="checkbox"/> EN ATTENTE <input type="checkbox"/> CONSERVER <input type="checkbox"/> REMPLACEMENT IMMÉDIAT DÈS L'ACCEPTATION DE L'ASSUREUR
			Formule	Montant			Accident	Maladie	Accident	Maladie	

Si vous avez répondu OUI aux questions de la section 3, veuillez fournir des précisions ci-dessous.

Question n°	Détails ou nom de la blessure ou de la maladie	Date de début	Date de rétablissement	Précision sur le traitement et/ou la chirurgie (médicament et posologie)	Le rétablissement est-il complet? Dans la négative, veuillez préciser les séquelles	Nom et adresse du médecin traitant et/ou de l'hôpital

 <p>Vous avez peut-être TERMINÉ</p>	<p>Sauter la SECTION 4 et effectuer les étapes finales de cette proposition s'il s'agit d'une proposition Hospitalisation en cas d'accident seulement, Automobiliste prudent, Décès accidentel, Convalescence ou invalidité de 6 mois (accident seulement) de 2 000 \$ par mois ou moins (protection totale de l'assureur).</p>
--	--

SECTION 4 – PRESTATIONS D'INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT SEULEMENT

Votre poids a-t-il diminué de plus de 4,5 kg (10 lb) depuis un an? **Oui** **Non**

Si oui, inscrivez le nombre de kg (lb) perdus et la raison de la perte : _____

Nom du médecin : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____

Date de la dernière consultation : _____ Raison : _____

Résultat : _____

	Oui	Non		Oui	Non
1. Au cours des 10 dernières années :			v. de douleur ou fatigue chronique, fibromyalgie, syndrome d'Epstein-Barr ou d'apnée du sommeil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a) avez-vous touché des prestations (peu importe la provenance)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	vi. de diabète, niveau de sucre élevé dans le sang ou dans l'urine? .. (Dans l'affirmative, veuillez remplir le Questionnaire sur le diabète, YL-436B.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) avez-vous consommé ou consommez-vous des narcotiques, hallucinogènes, barbituriques, amphétamines, de la marijuana, de la cocaïne, de l'héroïne ou d'autres drogues, sauf sur prescription d'un médecin? .. (Dans l'affirmative, veuillez remplir le Questionnaire sur la consommation d'alcool et de drogue, YL-436.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2. Au cours des 3 dernières années :		
c) avez-vous été traité ou informé, ou avez-vous eu connaissance :			a) avez-vous exercé ou avez-vous l'intention d'exercer toute activité dangereuse comme, mais sans s'y limiter, a) le rodéo, b) l'escalade ou l'alpinisme, c) le deltaplane, d) le parachutisme ou e) des compétitions, courses ou concours de vitesse (non limités à un véhicule)? .. (Si oui, veuillez remplir le Questionnaire sur les sports, divertissements et loisirs, YL-436A).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. de troubles de la colonne, du dos, des articulations (notamment une luxation des articulations) ou des hanches, ou douleur dorsale ou sciatique? .. (Dans l'affirmative, veuillez remplir le Questionnaire sur les douleurs au dos et le système musculo-squelettique, YL-438.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) est-ce qu'une des personnes à assurer a été avisée de subir des tests de diagnostic ou une chirurgie qui n'ont pas encore été effectués ou qui a été fait mais dont les résultats n'ont pas été reçus? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. d'arthrite, de rhumatisme, goutte, névrite ou troubles des muscles ou des os (notamment, des entorses, déchirures, elongations musculaires ou fractures), ou de toute déformation ou amputation? (Veuillez remplir le Questionnaire sur les douleurs au dos et le système musculo-squelettique, YL-438, le cas échéant.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance vie, maladies graves, soins de longue durée ou invalidité qui a été refusée, différée, modifiée ou qui a fait l'objet d'une surprime?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iii. d'étourdissements/évanouissements, d'épilepsie, de paralysie, démence, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson ou toute autre maladie cérébrale organique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3. Avez-vous déjà été traité, été informé d'un test positif ou reçu un diagnostic concernant l'immunodéficience, le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou le syndrome apparenté au SIDA, ou été informé d'un test positif du VIH? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
iv. de dépression, schizophrénie, ou toute autre maladie mentale ou nerveuse? ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4. Prenez-vous des médicaments prescrits? .. (Dans l'affirmative, veuillez fournir les précisions dans le tableau ci-dessous, notamment la liste des médicaments et la posologie).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu OUI aux questions de la section 4, veuillez fournir des précisions ci-dessous.

Question n°	Détails ou nom de la blessure ou de la maladie	Date de début	Date de rétablissement	Précision sur le traitement et/ou la chirurgie (médicament et posologie)	Le rétablissement est-il complet? Dans la négative, veuillez préciser les séquelles	Nom et adresse du médecin traitant et/ou de l'hôpital

ASSURANCE EN CAS D'ACCIDENT SEULEMENT

NOUVELLE AFFAIRE ou MODIFICATION / REMISE EN VIGUEUR ou AUGMENTATION DE LA PROTECTION DE LA POLICE N° _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX – Cette section doit être remplie par toutes les personnes à assurer

Nom (personne à assurer)					Prénom					Initiales	
Adresse principale										Code postal	
Ville										Province	
Âge		Sexe		Numéro d'assurance sociale			Pays de naissance				
Date de naissance			(Ind. régional)		Téléphone à la résidence		(Ind. régional)		Tél. d'affaires		Poste (si applicable)
(Ind. régional)		Téléphone cellulaire		Meilleur moment pour appeler		Meilleur numéro pour appeler		Adresse de courriel			
				_____ <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Bureau <input type="checkbox"/> Cellulaire					
Personne à joindre en cas d'urgence							(Ind. régional) Numéro à composer en cas d'urgence				
TYPE DE PIÈCE D'IDENTITÉ (p. ex. permis de conduire, passeport) : _____											
PROVINCE OU PAYS DE DÉLIVRANCE : _____											
NUMÉRO D'IDENTIFICATION : _____											
Avez-vous la citoyenneté canadienne ou le statut de résident permanent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non											
Si la réponse est non, veuillez indiquer votre statut : _____											

SECTION 1 – CHOIX DE PRODUIT Je demande par la présente d'établir la protection d'assurance en cas d'accident seulement que j'ai sélectionnée ci-dessous :

Police/avenant demandé :	Police/avenant	Délai de carence	Montant de la prestation	Prime de service*	Prime totale de première année**
_____	<input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Avenant	_____	_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____	<input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Avenant	_____	_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____	<input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Avenant	_____	_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____	<input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Avenant	_____	_____ \$	_____ \$	_____ \$
_____	<input type="checkbox"/> Police <input type="checkbox"/> Avenant	_____	_____ \$	_____ \$	_____ \$
<input type="checkbox"/> ROP-PV (Remboursement de primes [†])				_____ \$	_____ \$
PRIME ANNUELLE TOTALE POUR TOUS LES RÉGIMES** :					_____ \$
MONTANT PAYÉ :					_____ \$

* Les primes de service de police sont facturées sur une base annuelle. Les primes de service des avenants sont payables la première année seulement, à l'exception de l'avenant ROP-PV pour lequel les primes de service sont facturées sur une base annuelle.

** Cette prime inclut les primes de service de police ou d'avenant ainsi que tous les frais applicables.

† Les primes de services de police et des avenants ainsi que les frais associés à une modalité de paiement ne seront pas remboursés.

FRÉQUENCE DU MODE DE PAIEMENT : Prélèvements automatiques^{††} Semestrielle Annuelle

†† Si les prélèvements automatiques sont choisis, veuillez remplir la section Accord de débits préautorisés (DPA).

RÉSERVÉ AU SIÈGE SOCIAL	Montant reçu : _____ \$	Méthode de paiement : <input type="checkbox"/> Mandat <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Carte de crédit
	Mode de paiement : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semi-annuel <input type="checkbox"/> DPA	Paiement partagé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI

SECTION 2 – À REMPLIR DANS TOUS LES CAS SOIT LA PARTIE A SOIT LA PARTIE B

Partie A (Travailleur autonome) Emploi et fonctions exactes : _____

Type d'entreprise : Propriétaire unique Société de personnes Société par actions

Si vous êtes propriétaire, indiquez le pourcentage de votre part : _____ Entreprise à domicile Oui Non

Nom de l'entreprise : _____ Date d'entrée en affaires : _____

Nombre d'heures travaillées par semaine : _____ Années en affaires : _____ Nombre d'employés : _____

Avez-vous déclaré faillite au cours des trois dernières années? Oui Non Si OUI, date de libération de la faillite? Date : _____

Selon vous, quel pourcentage de votre travail peut être considéré comme :

Main-d'œuvre ___ % Administratif ___ % Relations avec les clients ou marketing ___ % Supervision ___ % Conduite réelle ___ %

Si le revenu est gagné en moins de 12 mois, veuillez indiquer le nombre de mois – ne faites pas de projections (deux dernières années)

	20 _____	20 _____
Revenu d'entreprise annuel brut	_____	_____
Moins tous les frais d'exploitation	- _____	- _____
Revenu annuel net gagné^{†††}	= _____	= _____

Partie B (Employé) Emploi et fonctions exactes : _____

Nom de l'employeur, son adresse et son numéro de téléphone : _____

Nombre d'heures travaillées par semaine : _____ Nombre d'années de service : _____ **Revenu annuel brut gagné^{†††}** : _____ \$

^{†††} Les revenus de placement, dividendes, revenus de location, rentes de retraite et paiements d'assurance-emploi ne sont pas compris dans le revenu gagné assurable au titre du présent contrat.

REMPLE PAR : BUREAU DE VENTES AGENT/CONSEILLER

La personne qui remplit cette proposition doit être inscrite ci-dessous comme agent ou conseiller 1 ou 2, et doit inscrire son code d'agent.

Bureau de ventes ou bureau régional : _____ Code de bureau de ventes ou bureau régional : _____

Nom de l'agent ou du conseiller 1 : _____ Code de l'agent ou du conseiller : _____ Quote-part % : _____

Nom de l'agent ou du conseiller 2 : _____ Code de l'agent ou du conseiller : _____ Quote-part % : _____

(Note : Veuillez remplir lorsque des propositions de partenariat, d'affaires ou de famille sont soumises.)

Grouper avec **Nom de famille** _____ **Prénom** _____

SECTION 5 – DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

Si vous vivez au Québec et que vous avez désigné comme bénéficiaire la personne à laquelle vous êtes marié ou uni civilement, cette désignation sera réputée irrévocable, à moins que vous ayez indiqué que vous souhaitez qu'elle soit **RÉVOCABLE**. **Toute référence à la « succession » désigne la succession de l'assuré.**

	Nom	Prénom	Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	Lien avec le titulaire de police	Choisir la désignation	
					Révocable	Irrévocable
Principal	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subsidaire	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 6 – DÉCLARATIONS

DÉCLARATION DE LA PERSONNE À ASSURER – Je demande par la présente à La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, d'établir une police d'assurance sur la foi des réponses fournies dans cette proposition. Je conviens que les réponses contenues dans ce questionnaire sont complètes et véridiques et je confirme en être l'auteur. Je comprends et j'accepte que la proposition n'engage pas la responsabilité de l'assureur jusqu'à ce que ce dernier l'approuve.

Signée à : Ville _____ Province _____, le _____, le _____, le _____
Mois Jour Année

Signature de la personne à assurer



Mineurs : Toutes les personnes à assurer âgées de 14 ans ou plus au Québec et de 16 ans ou plus dans les autres provinces et territoires doivent apposer leur signature.

DÉCLARATION DE L'AGENT OU DU CONSEILLER

Si aucune exigence requise à la délivrance : POSTER LA POLICE AU TITULAIRE POSTER LA POLICE AU BUREAU RÉGIONAL

Par la présente, je certifie avoir consigné les renseignements fournis par la personne à assurer et le payeur (si différent de la personne à assurer) de manière juste et précise. Je confirme avoir vu le client en personne ainsi que les pièces d'identité du client ou du payeur et avoir comparé la signature sur la pièce d'identité avec la signature de la personne à assurer ou du payeur figurant sur la proposition.

	Oui	Non
La personne à assurer peut-elle lire, parler et comprendre <input type="checkbox"/> le français ou <input type="checkbox"/> l'anglais?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si non, avez-vous fidèlement expliqué tous les détails de la proposition à la personne à assurer et avez-vous la conviction que la proposition a été entièrement comprise?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Êtes-vous au courant d'habitudes personnelles, de la santé, des loisirs, de l'état financier ou de la réputation de la personne à assurer qui pourraient avoir une incidence sur la sélection des risques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'ai remis à la personne à assurer l'Avis concernant le MIB, Inc. et l'Avis de renseignements pour le client.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signature de l'agent ou du conseiller autorisé

Signature du responsable de la formation (si les lois provinciales l'exigent)

IMPORTANT : En présentant cette proposition d'assurance, il est entendu qu'un dossier sera créé en votre nom, aux fins de la sélection des risques, d'administration et de réclamations, lequel comportera tous les renseignements sur vous et sur votre santé obtenus de toute personne, organisme ou institution détenant des renseignements ou des dossiers personnels. Ces renseignements seront tenus dans la confidentialité la plus stricte et seuls les employés autorisés de La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance (« l'Assureur ») pourront accéder à ce dossier. Votre dossier sera conservé dans les bureaux de l'Assureur. Vous avez le droit de vérifier les renseignements personnels figurant à votre dossier et de demander une correction de ceux-ci, le cas échéant, en envoyant une demande écrite à l'adresse suivante : **Direction de l'administration, La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, 7150, Derrycrest Drive, Mississauga (Ontario) L5W 0E5 1 800 268-2835** (Toutes les provinces à l'exception du Québec) ou **Direction de l'administration, La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, 625, rue Saint-Amable, case postale 16040, Québec (Québec) G1K 7X8 1 800 363-8011** (Québec).

AUTORISATION

AUTORISATION : Par les présentes, j'autorise l'Assureur et ses réassureurs, aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de l'administration du dossier et du règlement des réclamations seulement : a) à ne recueillir que les renseignements nécessaires à l'objet du dossier auprès de toute personne ou de tout organisme détenant des renseignements personnels à mon égard ou à l'égard des membres de la famille à assurer, y compris d'autres assureurs, médecins, établissements médicaux, WCB, CSST, WSIB ou WHSCC provincial ou territorial, les autres organisations gouvernementales, le MIB, Inc., les agences d'investigation ou de crédit, et toute personne susceptible d'avoir des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier; b) à communiquer seulement les renseignements personnels nécessaires qu'ils détiennent à mon sujet, à ces mêmes personnes et organismes afin de permettre de rassembler l'information requise; c) à partager l'information nécessaire aux fins indiquées ci-dessus avec le conseiller et l'agence concernée par la police à être émise à la suite de l'acceptation de cette proposition; et d) à transmettre un bref rapport donnant des renseignements personnels sur ma santé au MIB, Inc. Je comprends et j'accepte que : a) l'Assureur peut donner accès à mes renseignements personnels à des fournisseurs de services situés dans des juridictions situées hors du Canada qui fournissent notamment à l'Assureur des services en technologie de l'information, entreposage de données, règlement des réclamations et réassurance; et b) je peux obtenir accès à la politique de l'Assureur quant à la protection des renseignements personnels à l'adresse www.lacapitaleSF.com sous « Politique de protection des renseignements personnels ». Une photocopie de cette autorisation aura la même valeur que l'original. La présente autorisation est valable pour la période requise à la réalisation des fins pour lesquelles elle a été demandée. J'accuse réception de l'avis concernant le MIB, Inc. Je reconnais que l'Assureur peut refuser de considérer ma proposition d'assurance si je ne me conforme pas entièrement à cette autorisation.

Date : MM JJ AAAA

Signature de la personne à assurer :



NE PAS DÉTACHER – À RETOURNER AU SIÈGE SOCIAL

YAH-261 10.14

La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance (« l'assureur »)

NOTE DE COUVERTURE CONDITIONNELLE

PROPOSITION N° _____ **FORMULE CHOISIE** _____

Si vous êtes admissible, l'établissement de la police ou de l'avenant pourrait prendre jusqu'à six (6) semaines. Si vous n'avez pas reçu d'accusé de réception d'ici trente (30) jours, veuillez communiquer avec nous à l'un des numéros ci-dessous (veuillez préciser le n° de la proposition):

LA CAPITAL SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE 1 800 363-8011 (français) ou 1 800 268-2835 (anglais)

REÇU DE _____ **Date** _____ **Ce reçu de** _____ \$ est délivré relativement aux produits d'assurance décrits dans la proposition ainsi que dans la police ou l'avenant applicable. Si toutes les conditions suivantes sont remplies et que l'Assureur émet une police ou un avenant, selon le cas, la police ou l'avenant protégera la personne assurée conformément à ses dispositions, limites et exceptions, pour toutes les pertes qui surviennent à la date de la proposition ou après :

1. Tous les renseignements compris dans la proposition d'assurance ou dans tout autre formulaire supplémentaire fournis par la personne à assurer doivent être exacts et complets.
2. L'Assureur doit déterminer si la personne à assurer est admissible au régime et au montant proposé conformément à ses normes et pratiques habituelles de sélection des risques.
3. Selon les règles de souscription de l'Assureur, le paiement pour lequel ce reçu est délivré doit constituer une prime complète pour le mode de paiement choisi dans la proposition.

SI VOTRE PROPOSITION EST REFUSÉE, LA SOMME INDIQUÉE CI-DESSUS VOUS SERA REMBOURSÉE INTÉGRALEMENT PAR L'ASSUREUR.

PRIME ANNUELLE TOTALE _____ \$ **Conseiller autorisé** _____

Un chèque ou un mandat à l'ordre de La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, doit accompagner la proposition.

Le montant d'assurance consenti en vertu de cette note de couverture conditionnelle ou de toute autre note de couverture conditionnelle en vigueur chez l'assureur ne peut en aucun cas excéder la somme de deux cent mille dollars (200 000 \$). Si l'assurance demandée dans la proposition excède ce montant et qu'une perte couverte survient avant la date d'établissement de la police, la portion de la prime relative à cet excédent de couverture sera remboursée.

**AVIS DE RENSEIGNEMENTS
POUR LE CLIENT**

**VOTRE DROIT D'EXAMINER VOTRE
POLICE OU AVENANT PENDANT DIX
(10) JOURS**

(a) Nous désirons que vous compreniez bien votre police ou votre avenant et que vous en soyez satisfait. Si vous n'êtes pas satisfait de cette protection, retournez les documents à nos bureaux ou à notre agent dans les dix (10) jours qui suivent leur réception. Dans ce cas, la police ou l'avenant sera considéré comme nul et sans effet depuis son établissement. Tout paiement de prime sera alors remboursé au complet.

**RÉVISION DE VOTRE PROPOSITION
D'ASSURANCE**

(b) Vous avez signé une déclaration dans la proposition selon laquelle les réponses contenues dans cette proposition sont complètes et véridiques et vous confirmez en être l'auteur. Une copie de votre proposition est jointe à votre police. Si vos réponses sont incorrectes ou inexacts, l'Assureur pourra refuser de vous verser des prestations ou annuler votre police. Il convient de clarifier toute incertitude dès maintenant avant la présentation d'une réclamation.

AVIS CONCERNANT LE MIB, INC.

DATE _____ NOM DE LA PERSONNE À ASSURER _____

Tout renseignement relatif à votre assurabilité est traité de façon confidentielle. L'Assureur et ses réassureurs, cependant, pourront transmettre un résumé au MIB, Inc., un organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance vie. Cet organisme effectue un échange de renseignements au nom de ses membres. Si vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie à une autre compagnie membre du MIB, Inc., ou si une demande de prestations est présentée à une telle compagnie, le MIB, Inc., sur demande, fournira à cette compagnie les renseignements contenus dans son dossier. S'il reçoit une demande de votre part, le MIB, Inc. prendra des dispositions pour vous donner les renseignements apparaissant sur votre fiche. Veuillez communiquer avec le MIB, Inc. au 416 597-0590. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB, Inc., vous pourrez demander une rectification. Le bureau d'information du MIB, Inc. est situé au 330, University Avenue, bureau 501, Toronto (Ontario) Canada M5G 1R7. L'Assureur et ses réassureurs peuvent également divulguer les renseignements contenus dans leur dossier à d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous pouvez présenter une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie, ou auxquelles une demande de prestations peut être présentée. Les consommateurs trouveront des renseignements sur le site Internet du MIB, Inc. au www.mib.com. Le MIB, Inc. reçoit des renseignements personnels et la collecte, l'utilisation et la divulgation de tels renseignements sont régies par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques («LPRPDE») et d'autres lois provinciales. Par conséquent, le MIB, Inc. a consenti à protéger de tels renseignements d'une manière qui est essentiellement similaire aux pratiques de confidentialité et de sécurité des entreprises et conformément aux lois applicables. À titre d'entreprise établie aux États-Unis, le MIB, Inc. est lié aux lois américaines applicables et de tels renseignements personnels ne peuvent être divulgués que conformément à ces lois. Si vous avez des questions concernant l'engagement du MIB, Inc. à protéger la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec le service responsable de la confidentialité au MIB, Inc. à l'adresse électronique suivante : privacy@mib.com.