

P.A.G.E.

Protection
d'Assurance
Globale
Economique



INSTRUCTIONS AU CONSEILLER

- Écrire lisiblement à l'encre bleue ou noire.
- 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.
- Veuillez joindre à cette demande une illustration P.A.G.E.
- 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 compléter la partie 16 à la page 12 et y joindre un **CHÈQUE SPÉCIMEN**.
- Veuillez détacher la **page 17** de la proposition et la remettre à la personne à assurer.

Proposition PAGE N° : _____ Modification de la police N° : _____

Lorsque le contexte le veut ainsi, le masculin implique le féminin et le singulier implique le pluriel.

PARTIE 1 – Assuré principal

Nom : _____ Prénom : _____ 2^e prénom : _____

Sexe (H/F) : _____ État Civil : _____ NAS : [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] J M A Âge

Naissance : _____ Lieu [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Code postal

Adresse postale : _____ [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Code postal

Adresse résidentielle : _____ [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Code postal

Téléphone résidence : _____ Téléphone au travail : _____ Langue : Français Anglais

Est-ce que la personne à assurer est résident permanent du Canada ? Oui Non Si non, veuillez indiquer :

Votre statut actuel de résident au Canada _____ Votre pays de résidence antérieur _____

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

PARTIE 2 – Conjoint assuré

Nom et prénom : _____

Sexe (H/F) : _____ État Civil : _____ NAS : [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] Lieu J M A Âge

Naissance : _____ [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

PARTIE 3 – Enfant(s) assuré(s)

| Nom et prénom | Sexe | Date de naissance | | |
|---------------|------|-------------------|---|---|
| | H/F | J | M | A |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

PARTIE 4 – Titulaire désigné (si autre que l'assuré principal)

Autre personne (précisez ci-dessous)

a) Nom et prénom : _____ Lien avec l'assuré : _____

b) Sexe (H/F) : _____ Date de naissance : _____ Âge : _____

c) N.A.S. : _____

d) Adresse : _____ Code postal : _____

e) N° de téléphone : _____

Propriété de l'entreprise (précisez ci-dessous)

a) Dénomination sociale : _____ Lien avec l'assuré : _____

b) Numéro de l'entreprise : _____

c) Adresse postale : _____ Code postal : _____

d) Signataires autorisés : _____ Titre : _____

_____ Titre : _____

_____ Titre : _____

PARTIE 5 – 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. 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 _____ Révocable
 Irrévocable

C. 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 6 – Autres polices d’assurance

a) Y a-t-il une assurance vie ou une assurance invalidité 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) Indiquer toute assurance (vie, invalidité) en vigueur et à l’étude pour la personne à assurer.

| Nom de la compagnie | Personne assurée | Type de contrat (vie, invalidité) | Date d’établissement | Capital assuré ou indemnité | Remplacement | |
|---------------------|------------------|-----------------------------------|----------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | | | | | Oui | Non |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PARTIE 7 – Protection demandée

Si vous joignez **une illustration signée par le titulaire**, ne pas remplir cette section

Fumeur Non fumeur

Indemnité

Prime

FRAIS ADMINISTRATIFS (incluant certificat médical)

_____ \$

ASSURANCE INVALIDITÉ

imposable non imposable

Carence (jours)

Indemnité

Prime

Invalidité totale à la suite d'un accident non intégrée ■

12 mois 24 mois 5 ans à 65 ans

Invalidité partielle (Carence 30 jours, durée 6 mois, indemnité 50 % de l'invalidité totale)

_____ \$

_____ \$

Invalidité totale à la suite d'un accident intégrée (complémentaire) ■

12 mois 24 mois 5 ans à 65 ans (max. 800 \$)

Invalidité partielle (Carence 30 jours, durée 6 mois, indemnité 50 % de l'invalidité totale)

_____ \$

_____ \$

Invalidité totale à la suite d'une maladie non intégrée ●

12 mois 24 mois 5 ans

Invalidité partielle (Carence 30 jours, durée 6 mois, indemnité 50 % de l'invalidité totale)

_____ \$

_____ \$

Invalidité totale à la suite d'une maladie intégrée (complémentaire) ●

12 mois 24 mois 5 ans

Invalidité partielle (Carence 30 jours, durée 6 mois, indemnité 50 % de l'invalidité totale)

_____ \$

_____ \$

AUTRE(S) PROTECTION(S)

Hospitalisation Accident

Accident ou maladie ●

Indemnité journalière

_____ \$

Remboursement de frais

Accident

Accident ou maladie ●

Individuel

Couple

Monoparental

Familial

_____ \$

Décès ou mutilation accidentel

indemnité de décès

25 000 \$

50 000 \$

100 000 \$

Indemnité de mutilation ou perte d'usage jusqu'à

100 000 \$

200 000 \$

_____ \$

Assurance vie ●

indemnité au décès

_____ \$

Fracture à la suite d'un accident

jusqu'à 5 000 \$

jusqu'à 10 000 \$

Individuel

Couple

Monoparental

Familial

_____ \$

Sous-total

_____ \$

Remboursement de primes

à tous les 15 ans

à 65 ans

_____ \$

Exonération des primes de l'assuré(e) (Disponible seulement si aucune garantie d'assurance invalidité n'a été choisie).

_____ \$

Prime totale

_____ \$

AVIS : Renseignements à caractère confidentiel - Il est strictement interdit de copier, reproduire, ou distribuer cette page sans l'autorisation écrite de la (les) personne(s) à assurer.

PARTIE 8 – Renseignements généraux À compléter seulement si au moins une garantie ■ ou ● est choisie

| AU COURS DES 5 DERNIÈRES ANNÉES : | Assuré principal | | Conjoint | | Enfants | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| a) Un assureur vous a-t-il imposé une surprime, une réduction de garantie, un ajournement, un refus d'assurance ou de remise en vigueur ? Si oui, préciser le genre d'assurance, l'assureur en cause, les dates concernées et les raisons invoquées. | <input type="checkbox"/> |
| b) Faites-vous usage ou avez-vous fait usage de boissons alcoolisées ? Quelle est votre consommation actuelle ? _____ | <input type="checkbox"/> |
| c) Faites-vous usage ou avez-vous fait usage de drogues ou de narcotiques sans ordonnance médicale ? Si oui, remplir le questionnaire relatif à l'usage de drogues. | <input type="checkbox"/> |
| d) Avez-vous été inculpé d'acte criminel, incluant la conduite avec facultés affaiblies, ou eu votre permis de conduire suspendu ? Si oui, remplir le questionnaire relatif à la conduite automobile. | <input type="checkbox"/> |
| e) Assuré _____ Taille _____ <input type="checkbox"/> po <input type="checkbox"/> cm Poids _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg Conjoint _____ Taille _____ <input type="checkbox"/> po <input type="checkbox"/> cm Poids _____ <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg | | | | | | |

PARTIE 9 – Renseignements médicaux À compléter seulement si au moins une garantie ● est choisie

EST-CE QUE L'UNE OU L'AUTRE DES PERSONNES À ASSURER :

| 1. A déjà souffert, au cours des 5 dernières années d'une maladie ou a présenté des problèmes de santé suivants : | Assuré principal | | Conjoint | | Enfants | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non | Oui | Non | Oui | Non |
| a) Douleur dans la poitrine, palpitations, pression artérielle élevée, accident vasculaire cérébral, ischémie cérébrale transitoire, souffle au coeur, crise cardiaque, cholestérol élevé ou autre trouble du coeur ou des vaisseaux sanguins ? | <input type="checkbox"/> |
| b) Asthme, bronchite chronique, emphysème, crachement de sang, tuberculose, pneumonie ou autre trouble respiratoire ? | <input type="checkbox"/> |
| c) Colite, ulcère, hémorragie intestinale, gastrite ou autre trouble de l'estomac, de la vésicule biliaire, du foie (hépatite, cirrhose), hernie, du pancréas ou des intestins ? | <input type="checkbox"/> |
| d) Tests d'urine ou de sang donnant des résultats anormaux, calcul ou autre trouble des reins, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux ? | <input type="checkbox"/> |
| e) Diabète, trouble de la glande thyroïde ou autre affection endocrinienne ? | <input type="checkbox"/> |
| f) Rhumatisme, arthrite, goutte ou affection des muscles ou des os, y compris la colonne vertébrale, les troubles sciatiques, le dos et les articulations ? | <input type="checkbox"/> |
| g) Épilepsie, convulsions, évanouissements, migraines, céphalées, paralysie, anxiété, dépression, fatigue chronique, fibromyalgie, sclérose en plaques, maladie dégénérative, problème neurologique ou autre problème mental ou nerveux ? | <input type="checkbox"/> |
| h) Anémie ou autre maladie de sang, kyste, tumeur, cancer ? | <input type="checkbox"/> |
| i) Hépatite B, S.I.D.A. ou toute forme de test VIH positif ? | <input type="checkbox"/> |
| 2. A eu connaissance de quelque symptôme ou maladie pour lequel aucun médecin n'a été consulté ou aucun traitement n'a été reçu ? | <input type="checkbox"/> |
| 3. Prévoit consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé ou subir une opération prochainement ? Si oui, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> |
| 4. A, au cours des 5 dernières années, consulté un médecin ou autre professionnel de la santé ou a été admis dans un hôpital ou autre établissement de santé ou reçu des prestations d'invalidité ? Si oui, préciser : _____ | <input type="checkbox"/> |
| 5. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, y compris les succédanés de nicotine, produits de nicotine, marijuana ou haschisch ? Si oui, indiquer la consommation journalière et sous quelle forme. _____ | <input type="checkbox"/> |

PARTIE 12 – 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 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 coeur ou des vaisseaux sanguins, une crise cardiaque soupçonnée, des douleurs thoraciques, le diabète, un cancer ou des tumeurs, un accident ischémique transitoire, un accident cérébrovasculaire, 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 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 13 – Identification du représentant

| | | | |
|---|------|---|-----------------|
| Nom et prénom (en lettres moulées) du représentant de service | Code | % | N° de téléphone |
| Nom et prénom (en lettres moulées) autre représentant | Code | % | N° de téléphone |

RÉMUNÉRATION Nivelée Majorée **À défaut d’indiquer un choix, la rémunération majorée sera payée lorsque cette option est disponible.**

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.

Signature du représentant : _____

Nouvelle-Écosse seulement

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 14 – 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 réassureurs et autres assureurs à obtenir auprès de toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic, entre autres les professionnels de la santé, les établissements publics ou privés de la santé et des services sociaux, les compagnies d'assurance ou de réassurance, le Bureau des renseignements médicaux, les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou agences d'investigation, toute agence gouvernementale, tout assureur provincial garantissant des soins médicaux, tous les renseignements personnels qu'ils détiennent à mon sujet ou au sujet de mes personnes à charge, s'il y a lieu, et qui sont nécessaires à l'établissement de mon assurabilité, à la gestion de mon dossier et au règlement de mes demandes de prestations. Par la même occasion, je relève ces tiers de leur obligation de confidentialité et les autorise à communiquer à Humania Assurance, ses réassureurs ou autres assureurs, les renseignements mentionnés ci-dessus. Pour les mêmes fins, j'autorise Humania Assurance, ses réassureurs et autres assureurs à communiquer ces renseignements aux tiers mentionnés, à demander un rapport d'enquête à mon sujet ou au sujet de mes personnes à charge et à utiliser les renseignements qu'ils détiennent dans d'autres dossiers dont l'objet est accompli.

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.

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 Bureau de renseignements médicaux et la déclaration de divulgation en vertu de la Loi sur les institutions financières.

La proposition, la note de couverture conditionnelle, la police ou 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

Signature du représentant

Signature du titulaire

Signature de l'assuré (si autre que le titulaire)

Signature du conjoint assuré

Date

Signature du parent ou tuteur consentant
(si autre que le titulaire)
(Les enfants de 18 ans et plus doivent signer)

PARTIE 16 – 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.
- 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.cdnpay.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.cdnpay.ca.

PARTIE 16 – 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

Numéro 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)

Prénom du payeur (titulaire du compte)

Nom du payeur (titulaire du compte)

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

Nom 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 17 – 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 : www.humania.ca / Assurance individuelle / Formulaires

Si la somme versée est de 100 000 \$ et plus, vous devez joindre le formulaire concernant les étrangers politiquement vulnérables (EPV) : www.humania.ca / Assurance individuelle / Formulaires.

Mode de paiement par prélèvement bancaire

Mode de paiement par prélèvement bancaire (Veuillez remplir la **PARTIE 16 - Accord relatif au paiement par débit préautorisé (DPA)**)

Date du prélèvement mensuel (du 1^{er} 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 par annuel par chèque

Mode de paiement annuel par chèque

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

PARTIE 17 – Mode de paiement par carte de crédit

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

Montant autorisé à prélever : _____ \$

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 18 – Autorisations à divulguer des renseignements N° : _____

J'autorise tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de la santé ou des services sociaux, toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'enquête et de sécurité, les agences de données sur les risques et les sinistres, les organismes de prévention, de détection ou répression de crimes et des infractions, les intermédiaires de marché, mon employeur ou ex-employeur ou toute autre personne que j'ai indiquée à titre de référence ainsi que tout organisme public ou privé détenant des renseignements personnels à mon sujet ou au sujet de mes personnes à charge, notamment des renseignements médicaux, à fournir et échanger ces renseignements avec Humania Assurance, ses réassureurs et 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 de la réclamation et l'obtention des justifications requises. Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, prolongation ou remise en vigueur. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

| | | |
|------------------------------|---|------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Signé à | Date | Signature du titulaire |
| _____ | _____ | |
| Signature du conjoint assuré | Signature des enfants assurés de 14 ans et plus | |
| _____ | _____ | |
| Signature du témoin | Signature de l'assuré (si autre que le titulaire) | |

PARTIE 18 – Autorisations à divulguer des renseignements N° : _____

J'autorise tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de la santé ou des services sociaux, toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'enquête et de sécurité, les agences de données sur les risques et les sinistres, les organismes de prévention, de détection ou répression de crimes et des infractions, les intermédiaires de marché, mon employeur ou ex-employeur ou toute autre personne que j'ai indiquée à titre de référence ainsi que tout organisme public ou privé détenant des renseignements personnels à mon sujet ou au sujet de mes personnes à charge, notamment des renseignements médicaux, à fournir et échanger ces renseignements avec Humania Assurance, ses réassureurs et 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 de la réclamation et l'obtention des justifications requises. Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, prolongation ou remise en vigueur. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

| | | |
|------------------------------|---|------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| Signé à | Date | Signature du titulaire |
| _____ | _____ | |
| Signature du conjoint assuré | Signature des enfants assurés de 14 ans et plus | |
| _____ | _____ | |
| Signature du témoin | Signature de l'assuré (si autre que le titulaire) | |



DÉTACHER ET REMETTRE À LA PERSONNE À ASSURER ET AU TITULAIRE

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 – MIB Inc.

Les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. Cependant, Humania Assurance Inc., pourra en soumettre un bref rapport au MIB, Inc., anciennement connu 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, vous pourrez lui demander une rectification.

Voici l'adresse du Bureau : MIB Inc., 300, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 1R7 / Téléphone : 416 597-0590.

Humania Assurance Inc., pourra elle aussi, communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurances vie auxquelles vous auriez demandé une assurance vie ou une assurance maladie 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 invalidité et l'assurance vie s'il y a lieu, du produit P.A.G.E. à compter du jour où est signée la proposition, 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 à toutes les questions d'admissibilité de la section n° 12 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 moins de 60 ans.

Et aucun renseignement susceptible d'influer sur notre décision d'accorder une assurance ou sur les conditions auxquelles nous l'accordons n'a été déformé ni omis de la présente proposition.

Le capital assuré en vertu de la garantie d'assurance vie sera limité au moindre du montant demandé dans la proposition ou 25 000 \$, si cette garantie est demandée.

Cependant, si un assuré est protégé par plus d'une note de couverture, l'Assureur ne paiera jamais plus de 2 500 \$ de prestation mensuelle d'invalidité et jamais plus de 100 000 \$ d'assurance vie pour l'ensemble des notes de couverture auprès de Humania Assurance pour cet assuré. Aucune prestation ne sera versée si le décès ou l'invalidité couverte 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, en cas de fraude, fausse déclaration ou omission de déclaration dans cette proposition et dans tout document qui, par convention, font partie de la proposition, 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 vous 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 REPRÉSENTANT N'EST AUTORISÉ À MODIFIER LA PRÉSENTE NOTE

Renseignements personnels

AVIS

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Humania Assurance constituera un dossier d'assurance dans lequel seront versés 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 conservé dans nos bureaux du siège social.

Vous avez le 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, 1555, rue Girouard Ouest, C.P. 10000 à Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8

Dans le cadre normal du traitement des propositions d'assurance, toutes les compagnies d'assurance, y compris Humania Assurance, 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, C.P. 10000
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 7C8
Tél: 450 773-5783 ou 1 877 987-3076
www.humania.ca

PARTIE 19 – Reçu dépôt

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.

N° : _____

Reçu la somme de _____ /100 \$ (_____)

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

et datée du _____ 20 _____

signée à _____ le _____ 20 _____

Signature du représentant

