

ODY - *max*

PLAN ASSOCIATION

Assurance maladie complémentaire et dentaire

AVIS

DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Cet avis s'applique à vous, l'assuré, ainsi qu'à vos personnes à charge pour qui vous faites une demande d'assurance.

Dans le cadre de l'administration de votre régime d'assurance, Assomption Vie recueille des renseignements personnels à votre sujet ainsi qu'au sujet de toute autre personne à assurer. Assomption Vie peut retenir les services d'un administrateur spécialisé pour gérer votre dossier d'assurance y compris la gestion de vos réclamations.

Dans le but de protéger le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Assomption Vie est responsable de voir à ce qu'un dossier soit constitué et conservé selon les règles applicables, dans les bureaux d'Assomption Vie ou d'une tierce partie agissant en notre nom, au Canada ou ailleurs, dans lequel seront versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de règlement d'assurance. Ces renseignements que nous obtenons à votre sujet peuvent être de nature médicale ou porter sur vos habitudes de vie (dossier de conduite automobile, la pratique d'un sport dangereux, casier judiciaire, etc.). Lors de l'étude de votre demande d'assurance ou d'une réclamation, nous, nos fournisseur de services, ou nos réassureurs pourrons consulter tout dossier d'assurance en notre possession ou en possession d'autres assureurs ou réassureurs concernant toute autre demande d'assurance ou déclaration que vous auriez faite par le passé, nous pourrions exiger une copie de votre dossier médical.

Les relevés et les chèques de règlement, qui peuvent contenir des renseignements personnels sur les personnes assurées, vous seront automatiquement envoyés en votre qualité d'assuré.

Seuls les employés ou mandataires (dont tout professionnel de la santé ou pharmacien) pour qui ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions ou à l'exécution de leur mandat auront accès à votre dossier. Assomption Vie ne pourra communiquer vos renseignements personnels à des tiers sans votre consentement que si la loi ou une ordonnance d'un tribunal l'y oblige.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans votre dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante :

ASSOMPTION VIE, a/s Assurance collective
770, rue Main / C.P. 160
Moncton NB E1C 8L1
Tél. 1-888-869-9797 Téléc. 506-853-5434

À remettre à la personne à assurer

PROPOSITION D'ASSURANCE

Nouvelle adhésion Ajout ou modification à une police existante Remise en vigueur **N° de contrat :**

Association :	Renseignements sur le représentant	Code	%
Nom du Cabinet :	Nom du représentant 1 (administrateur) :		
	Nom du représentant 2 :		

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURÉ(E)

Agence :	Profession/métier :		
Prénom :	Nom :		
Date de naissance : JJ / MM / AAAA	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Préférence linguistique : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Adresse : _____ Case postale N° et rue App. Ville Province Code postal			
Téléphone : _____ Domicile Bureau Cellulaire			
Courriel :			

2. CHOIX DE RÉGIME

Prrière de cocher une seule case : Individuel Familial Couple Monoparental **Prime mensuelle \$**

Assurance maladie complémentaire	Plan 1 (de base)	
	Plan 2 (a) (de luxe)	
	Plan 2 (b) (de luxe préférentiel)	
	Plan 3 (Optimum)	
Assurance dentaire	Plan 1 (de base)	
	Plan 2 (de luxe)	
Autre		
	Prime mensuelle totale	
	Prime annuelle totale = (Prime mensuelle totale x 12)	

6. ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Remplir seulement pour une NOUVELLE POLICE d'assurance, si DPA a été choisi dans la proposition.

Information bancaire	Si l'information bancaire n'a pas été fournie dans la proposition, prière de joindre un chèque avec la mention « NUL »
Caractéristiques des débits Cet accord de débit préautorisé est un accord variable.	<ol style="list-style-type: none"> 1. J'autorise Assomption Vie ou son représentant autorisé, à débiter, en tout temps, les prélèvements réguliers sur mon compte selon mes instructions telles qu'indiquées dans la proposition. 2. Si un débit préautorisé est retourné dû à une insuffisance de provisions au compte, Assomption Vie ou son représentant autorisé, prélèvera du même compte bancaire, sans préavis, des frais de 25 \$. 3. J'accepte que mon compte soit débité le jour de la date régulière du débit préautorisé (DPA) tel qu'indiqué dans la proposition ou le jour ouvrable suivant (sujet à modification).
Renonciation	Je renonce au droit de recevoir un avis de 10 jours dans le cas d'une augmentation ou diminution du montant du débit préautorisé ou d'un changement de la date du débit.*
Annulation	Vous pouvez annuler cet accord de débit préautorisé en tout temps, à condition d'envoyer un avis écrit de 10 jours à Assomption Vie ou son représentant autorisé. Contactez votre institution financière à propos de vos droits concernant l'annulation d'un DPA. (Un formulaire d'annulation standard est disponible à www.cdnpay.ca .)
Mode de paiement	L'annulation de cet accord de débit préautorisé n'affectera en aucune façon l'accord en vigueur entre vous et Assomption Vie pourvu que le paiement soit soumis d'une autre manière.
Recours et remboursement	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 débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.cdnpay.ca .
Droits exclusifs	Tous les montants transférés du compte préautorisé pour le paiement des primes sont pour le bénéfice exclusif du propriétaire de la police d'assurance.

*Assomption Vie n'augmentera pas votre débit préautorisé et ne changera pas votre date de débit après l'entrée en vigueur de votre contrat sans vous en aviser.

7. QUESTIONS MÉDICALES – POUR RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE 2 (B) TAUX (PRÉFÉRENTIELS DE LUXE) ET RÉGIME 3 (OPTIMUM)

L'assuré, à titre personnel et en sa qualité de représentant autorisé de toute personne assurée, déclare par la présente qu'il/elle et toute personne assurée n'a pas été diagnostiqué, hospitalisé, traité, prescrit un médicament ou eu connaissance d'un signe quelconque de l'un des maladies ou troubles suivants au cours des 12 derniers mois :

- Sida (syndrome d'immunodéficience acquise), syndrome pré-sida, reçu des résultats positifs à un test pour le sida ou tout autre trouble immunologique;
- Hypertension artérielle, taux élevé de cholestérol, arythmie, angine, crise cardiaque, ou tout autre trouble cardiaque ou sanguin;
- Ulcer, colite, maladie de Crohn, troubles de l'estomac, du pancréas, des intestins ou du foie, y compris l'hépatite B ou C ou tout autre trouble gastro-intestinal;
- Anxiété, dépression, fatigue chronique, autisme, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité ou tout autre trouble mental, nerveux ou émotif;
- Arthrite, amputation, fibromyalgie, douleurs chroniques, troubles du cou ou du dos ou tout autre trouble des os ou des articulations;
- Acné, psoriasis ou tout autre trouble de la peau;
- Infections chroniques de la vessie, trouble des reins, de la vessie, de la prostate ou du système reproducteur;
- Dépendance à l'alcool ou à la drogue;
- Diabète (sauf diabète gestationnel et que vous n'êtes pas présentement enceinte et que la possibilité de diabète a été écartée);
- Apnée du sommeil, asthme, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique, emphysème ou tout autre trouble respiratoire ou des poumons;
- Maux de tête chroniques, migraines, AIT (accident ischémique transitoire), accident vasculaire cérébral, convulsions, paralysie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, démence, sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou tout autre trouble neurologique;
- Cancer, tumeur ou leucémie;
- Toute déficience physique, malformation physique ou maladie non énumérée ci-dessus.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20____.
(Province)

Signature de la personne à assurer

Signature du représentant

8. DÉCLARATIONS, AUTORISATIONS ET SIGNATURE

À la date de signature de cette proposition, la personne à assurer, à titre personnel et en sa qualité de représentant autorisé de toute personne à assurer, déclare par la présente ce qui suit en ce qui le concerne ou qui concerne chacune des personnes à assurer éligible.

- (a) Il/Elle travaille actuellement ou sinon, il/elle n'est pas invalide ou ne reçoit aucune forme de prestations d'invalidité;
 - (b) Il/Elle n'est pas actuellement hospitalisé(e) ou en attente d'une admission à l'hôpital (incluant la chirurgie d'un jour)
 - (c) Il/Elle n'a pas reçu de diagnostic ou subi de traitement (incluant médicaments) pour tout type de cancer au cours des cinq (5) dernières années (sauf pour le carcinome basocellulaire);
 - (d) Il/Elle n'a pas obtenu de résultats positifs sur le test de dépistage des anticorps du virus du sida ou reçu un diagnostic de sida (syndrome d'immunodéficience acquise) ou de para-sida.
- Je confirme que chaque personne à assurer éligible détient une carte valide du plan de santé de son gouvernement provincial.
 - J'atteste que tous les renseignements et réponses donnés dans le présent document sont complets et exacts.
 - J'atteste par la présente que tous les renseignements et réponses donnés sont complets et exacts, et je reconnais qu'ils constituent la base de ma protection d'assurance.
 - Je reconnais que toute déclaration fausse ou inexacte peut rendre toute protection d'assurance annulable.
 - Il est convenu que l'on peut refuser de m'accorder la protection d'assurance demandée si, de l'avis d'Assomption Vie, je ne suis pas assurable pour la protection d'assurance.
 - Je comprends que tout changement dans l'exactitude des déclarations et des réponses entre la date de signature du formulaire et la date à laquelle Assomption Vie prend une décision au sujet de ma demande d'assurance doit être déclaré à Assomption Vie.
 - Je comprends que le défaut de le faire pourrait entraîner l'annulation de la protection d'assurance.
 - J'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou autre établissement à caractère médical ou paramédical, ainsi que toute compagnie d'assurance, tout administrateur du régime d'assurance, d'un programme gouvernemental ou de tout autre programme ou organisme de prestations, toute institution ou personne qui possèdent des dossiers ou renseignements sur moi-même ou mon état de santé, ou sur mes enfants ou leur état de santé (lorsqu'une demande d'assurance sur la vie d'un enfant a été effectuée) à les recueillir et les échanger avec Assomption Vie ou ses réassureurs aux fins de sélection des risques et de l'étude des réclamations. Ces informations peuvent être de nature médicale ou autre.
 - Lors de l'étude d'une réclamation, j'autorise, toute force policière et toute autre agence possédant des renseignements relatifs à ma réclamation à les communiquer à Assomption Vie et ses réassureurs.
 - J'ai conservé une copie de ce document.
 - J'autorise Assomption Vie à déposer dans le compte bancaire désigné tous mes remboursements de règlement liés à mes demandes.
 - J'accuse réception de l'Avis **Dossiers et renseignements personnels** d'Assomption Vie.
 - Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification ou de sa remise en vigueur.
 - Je reconnais qu'une reproduction de cette autorisation a la même validité que l'original.
 - J'autorise Assomption Vie ou Groupe Financier Odyssee Inc. à utiliser mes renseignements personnels afin de me communiquer des renseignements sur des produits et services additionnels qui pourraient m'intéresser. Dans la négative, cochez la case suivante :
 Je n'autorise pas cet usage.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20____.
 (Province)

 Signature de la personne à assurer

 Signature du représentant