

DIGNITÉ

Assistance soins à domicile



Assistance soins à domicile

CONSENTEMENT À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

Avis: Ce consentement s'applique à l'assuré, son conjoint, ainsi qu'à toute personne à charge qui font l'objet de la demande d'assurance.

Aux fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion de votre dossier et de l'étude des réclamations, toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à votre sujet ou au sujet de votre conjoint ou de toute autre personne à charge à assurer concernant, entre autres, votre état de santé, vos antécédents médicaux ou votre admissibilité aux prestations, soit notamment tout médecin ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, laboratoire, compagnie d'assurance ou de réassurance, les agents de renseignements personnels, les intermédiaires de marché, toute institution financière, le propriétaire, votre employeur ou ex-employeur, la CNESST, ou tout autre commission des accidents du travail, RRQ/RPC, la SAAQ ou tout autre Bureau des véhicules moteur, RAMQ ou tout autre service de santé provincial, les agents d'investigation et de sécurité, les agences de données sur les risques et les sinistres, les organismes de prévention, de détection ou répression des crimes et des infractions, sont autorisés à les communiquer à l'assureur, ses mandataires ou à ses réassureurs sur demande.

De même, l'assureur ou ses mandataires sont autorisés à communiquer auxdits tiers ainsi qu'aux réassureurs lesdits renseignements. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, l'assureur, ses mandataires ou ses réassureurs peuvent demander un rapport d'enquête à votre sujet et utiliser les renseignements qu'ils détiennent dans d'autres dossiers en leur possession.

Ce consentement peut également être utilisé lors d'une demande d'assurance additionnelle ou modification de contrat.

CONVENTION RELATIVE À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL

L'assureur peut mandater un gestionnaire spécialisé pour administrer votre dossier, y compris la gestion et l'étude des réclamations. Les renseignements personnels que l'assureur ou ses mandataires détiennent ou détiendront à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier d'une protection d'assurance et d'autres services financiers qu'il offre. Ils ne seront consultés que par les employés ou mandataires de l'assureur qui doivent y avoir accès dans l'exercice de leurs fonctions.

Dans le cas d'une assurance incluant votre conjoint ou vos personnes à charges, veuillez aviser les personnes concernées que les documents contenant des renseignements personnels vous seront directement acheminés.

Vous pouvez avoir accès à votre dossier et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires.

Vous devez alors faire une demande écrite à l'attention du responsable de l'accès à l'information de l'assureur à l'adresse suivante : C.P. 696, Drummondville, QC, J2B 6W9

Soins à domicile / remboursement de dépenses

PROPOSITION

Nouvelle adhésion

N° de contrat :

À l'usage de l'agent

Renseignements sur le représentant

Code

%

Agent général (le cas échéant)

Nom du représentant 1 (administrateur)

Nom du représentant 2

1. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À ASSURER

Prénom :

Nom de famille :

Date de naissance : ____/____/____
JJ/MM/AAAA

Sexe : M F

Préférence linguistique: Français Anglais

Adresse :

Case postale

N° et rue

App.

Ville

Province

Code postal

Téléphone :

Domicile

Bureau

Cellulaire

Courriel :

2. PROPRIÉTAIRE (SI AUTRE QUE LA PERSONNE À ASSURER)

Prénom :

Nom de famille :

Date de naissance : ____/____/____
JJ/MM/AAAA

Sexe : M F

Préférence linguistique: Français Anglais

Adresse :

Case postale

N° et rue

App.

Ville

Province

Code postal

Téléphone :


Domicile

Bureau

Cellulaire

Courriel :

Assistance soins à domicile

3. CHOIX DE COUVERTURE		Prime annuelle \$
Assistance soins à domicile	<input type="checkbox"/> Plan 1 — 50 000 \$	
	<input type="checkbox"/> Plan 2 — 100 000 \$	
	Frais de contrat	
	Prime annuelle totale	
	Prime mensuelle = prime annuelle x 0,09	
Soins à domicile, fournitures et équipement		
Si un couple souscrit simultanément à l'assistance soins à domicile, un rabais de 10% est applicable à l'assuré et au conjoint suivant :		
Nom	Lien	
4. INFORMATION BANCAIRE		
Prière de joindre un chèque avec la mention « NUL » avec la proposition.		
Nom de l'institution financière :		
Adresse de l'institution financière :		
Insérez les numéros qui se trouvent au bas du chèque, comme démontré dans l'exemple ci-dessous :		
 <p style="text-align: center;">Succursale Banque Numéro de compte</p>		
Numéro de succursale :	Numéro de l'institution financière :	Numéro du compte :
5. PRIMES ET MODE DE PAIEMENT		
Débit préautorisé mensuel _____ \$ (Voir section 6)		
Date de prélèvement désiré : le _____ jour de chaque mois (à l'exception du 29, 30 et 31)		
Débit préautorisé annuel _____ \$ (Voir section 6)		
La date du prélèvement initial sera la même que la date d'émission du contrat. Par la suite, la date du prélèvement sera la même que la date de renouvellement.		
Annuel _____ \$		
Somme versée avec la proposition _____ \$		
Faire le chèque à l'ordre de Groupe Financier Odyssee en fiducie.		
Le Groupe Financier Odyssee agit comme tierce partie administratrice au nom d'UV Assurance.		

Assistance soins à domicile

6. ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)	
Remplir seulement pour un NOUVEAU CONTRAT d'assurance, si DPA a été choisi dans la proposition.	
Information bancaire	Prière de joindre un chèque avec la mention « NUL ».
Type de service (cochez la case appropriée)	<input type="checkbox"/> PERSONNEL — Si les fonds sont prélevés sur un compte bancaire personnel <input type="checkbox"/> ENTREPRISE — Si les fonds sont prélevés sur un compte bancaire d'entreprise
Caractéristiques des débits Cet accord de débit préautorisé est un accord <u>variable</u> .	1. J'autorise l'assureur ou son représentant à débiter, en tout temps, les prélèvements réguliers sur mon compte selon mes instructions <u>telles qu'indiquées dans la proposition</u> . 2. Si un débit préautorisé est retourné dû à une <u>insuffisance de provisions au compte</u> , l'assureur ou son représentant autorisé, prélèvera du même compte bancaire, sans préavis. <u>Tous frais découlant d'une provision insuffisante au compte seront ajoutés au débit subséquent.</u> 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). 4. Si toutes les conditions préalables de la note de couverture d'assurance temporaire conditionnelle sont remplies , j'accepte que le premier DPA soit effectué dès la signature des présentes. Cochez si vous refusez. <input type="checkbox"/>
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 l'assureur ou à 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 l'assureur 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 du contrat d'assurance.
*L'assureur 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.	

Assistance soins à domicile

7. NOM, SIGNATURES ET TITRE DES PAYEURS (PROPRIÉTAIRES DU COMPTE) POUR « DPA »

Remplir seulement si autres que les personnes à assurer ou propriétaires nommés dans les sections 6 et 7

Si deux signatures sont requises sur le compte, les deux propriétaires du compte doivent signer la présente autorisation.

Si le **propriétaire** du compte est une **personne morale** (entreprise, association, etc.), la signature des personnes autorisées et leur **titre sont exigés**.

ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ : Dans le cas où la présente déclaration vise l'ajout d'un avenant sur le contrat ou d'un contrat au lieu d'un avenant sur contrat existant pour la seule raison que le représentant n'est pas le représentant (administrateur) sur le contrat existant, vous confirmez comprendre et accepter que l'information bancaire se retrouvant dans le dossier du contrat existant soit utilisée pour l'avenant ou le contrat visés par la présente, incluant la date de prélèvement. Dans le cas d'un contrat au lieu d'un avenant sur contrat existant pour la seule raison que le représentant n'est pas le représentant (administrateur) sur le contrat existant, vous acceptez aussi que la première prime soit prélevée dès la date d'émission de ldu contrat à laquelle s'applique la présente déclaration. Les primes ultérieures seront prélevées à la même date que les primes du contrat existant.

Nom : _____

Titre : _____

Signature : X _____

Date : _____

Nom : _____

Titre : _____

Signature : X _____

Date : _____

Assistance soins à domicile

8. DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

A - Au cours des cinq (5) dernières années, l'assuré(e) déclare par la présente qu'il ou elle :

- 1) N'a pas été hospitalisé(e) en raison de tentative de suicide, dépression nerveuse, anxiété, fatigue chronique ou tout autre trouble émotif.

B - L'assuré(e) déclare également qu'il ou elle n'a jamais eu l'une ou l'autre des conditions suivantes :

- 1) Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), affection reliée au SIDA (ARS) ou autre malade du système immunitaire ou subi une épreuve indiquant la présence du virus du SIDA ou d'anticorps au virus du SIDA.
- 2) Insuffisance cardiaque, cardiomyopathie.
- 3) Être présentement atteint d'un cancer, avoir été atteint d'un cancer avec métastase, avoir eu deux (2) cancers ou plus dans le passé (autre que le carcinome basocellulaire) incluant les récédives de cancer.
- 4) Accident vasculaire cérébral (AVC), paralysie ou deux (2) ou plus accidents ischémiques transitoires (AIT).
- 5) Cirrhose du foie, hépatite B chronique et hépatite C.
- 6) Diabète insulino-dépendant.
- 7) Maladie chronique des reins, être sous dialyse, avoir subi ou être en attente d'une greffe d'organe.
- 8) Amputation à la suite d'une maladie.
- 9) Ataxie, myélite transverse, myasthénie grave ou syndrome post-polio?
- 10) Fibrose kystique, fibrose pulmonaire, maladie respiratoire chronique nécessitant la prise d'oxygène.
- 11) Maladies du motoneurone, sclérose latérale amyotrophique (SLA), sclérose latérale primitive, syndrome de Kennedy, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, chorée de Huntington.
- 12) Perte de mémoire, démence, maladie d'Alzheimer.
- 13) Incontinence urinaire ou des intestins nécessitant l'utilisation régulière de fourniture d'incontinence.
- 14) Étourdissements, vertiges, pertes de conscience ou engourdissement pour lesquels aucun diagnostic n'a été posé.
- 15) Ostéoporose avec fractures ou lupus érythémateux systémique.
- 16) Été traité ou avoir été conseillé de réduire sa consommation d'alcool ou de drogues en lien à une dépendance.
- 17) Être en attente d'une investigation ou d'une chirurgie prévue qui n'a pas encore été complétée.

C - L'assuré déclare également ne pas recevoir en ce moment ou de pas avoir été avisé de recevoir :

- 1) Des soins en centre hospitalier, en centre de psychiatrie, en maison de convalescence ou de réhabilitation.
- 2) De la physiothérapie à domicile ou l'assistance d'accessoires médicaux tels que : canne, marchette, fauteuil roulant.
- 3) De l'assistance pour effectuer deux (2) ou plusieurs des activités de la vie quotidiennes tel que : se laver, s'alimenter, s'habiller, marcher, prendre des médicaments, faire sa toilette ou utiliser la toilette.

Fait à _____, ce _____ jour de _____, 20____.
(province)

Signature : _____ Signature : _____
Signature de la personne à assurer Signature du représentant ou du témoin

9. DÉCLARATION DE LA PERSONNE À ASSURER ET DU PROPRIÉTAIRE

- Je confirme que chaque personne à assurer éligible détient une carte valide du plan de santé de son gouvernement provincial.
- J'atteste avoir obtenu le consentement de mes personnes à charge (conjoint/conjointe et/ou enfants) pour souscrire au présent régime d'assurance individuelle en leur nom. (Seulement application si vous avez demandé des garanties pour couvrir votre conjointe/conjointe et/ou vos enfants.)
- J'atteste que tous les renseignements et réponses donnés dans le présent document sont 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 fautive 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 de l'assureur, 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 l'assureur prend une décision au sujet de ma demande d'assurance doit être déclaré à l'assureur.
- 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, établissement au sens de la Loi sur les services de santé et services sociaux, compagnie d'assurance ou tout autre organisme, institution ou personne détenant des renseignements sur nous ou sur notre santé à les fournir à l'assureur, et à ses réassureurs.
- 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 l'assureur et ses réassureurs.

J'ai conservé une copie de ce document.

- J'autorise l'assureur à déposer dans le compte bancaire désigné tous mes remboursements de règlement liés à mes demandes.
- J'accuse réception de l'avis **Consentement à la cueillette et à la communication de renseignements personnels à des tiers et Convention relative à la constitution d'un dossier personnel** de l'assureur.
- 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.
- Je reconnais avoir été informé que le conseiller est rémunéré à commission relativement à la transaction décrite dans la proposition ci-dessus mentionnée.
- Je reconnais avoir été informé que le conseiller en sécurité financière est indépendant de l'assureur et n'est pas son représentant.
- J'autorise l'assureur 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.

Fait à : _____ ce _____ jour de _____, 20____.
(province)

Signature : _____ Signature : _____
Signature de la personne à assurer Signature du représentant ou du témoin