

ODY-*max*

Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire

# ODY-max

Assurance maladie complémentaire, voyage 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, l'assureur recueille des renseignements personnels à votre sujet ainsi qu'au sujet de toute autre personne à assurer. L'assureur 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, l'assureur est responsable de voir à ce qu'un dossier soit constitué et conservé selon les règles applicables, dans les bureaux de l'assureur 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 fournisseurs de services, ou nos réassureurs pourrions 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.

S'il s'agit d'une couverture familiale, les relevés et les chèques de règlement, qui peuvent contenir des renseignements personnels sur votre conjoint et vos personnes à charge, vous seront automatiquement envoyés en votre qualité de participant au régime. Vous devez donc aviser les membres de votre famille que ces renseignements vous seront communiqués.

Lors de l'étude d'une réclamation, nous pourrions exiger une copie de votre dossier médical. Nous pourrions aussi retenir les services d'un enquêteur dans le but d'effectuer une enquête à votre sujet. Cette enquête peut porter sur votre santé, vos finances et votre style de vie. Lors de cette enquête, des membres de votre famille, vos amis ou vos voisins pourraient être interrogés à votre sujet.

Lors de l'étude d'une réclamation de décès, nous pourrions exiger une copie d'un rapport d'enquête policière, un rapport du coroner ou tout autre renseignement pouvant nous permettre de déterminer les circonstances de votre décès.

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. L'assureur 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 E1C8L1  
Tél. 1-888-869-9797 Téléc. 1-855-401-9068

**CANASSURANCE Compagnie d'assurance**  
550, RUE SHERBROOKE OUEST  
BUREAU B-9  
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3A 3S3  
Canada et É-U 1-833-243-2433  
Autres pays 514-370-2433

**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:

Est-ce que l'une des personnes à assurer détient actuellement ou a déjà détenu une assurance maladie individuelle avec Assomption Vie?  Oui  Non  
Dans l'affirmative, veuillez préciser les numéros de groupe et de certificat.

Groupe : \_\_\_\_\_ Certificat : \_\_\_\_\_

Groupe : \_\_\_\_\_ Certificat : \_\_\_\_\_

	Renseignement sur le représentant	Code	%
Nom de l'entreprise :	Nom du représentant 1 (administrateur) :		
	Nom du représentant 2 :		

### 1. RENSEIGNEMENT SUR LA PERSONNE À ASSURER

Profession/métier: \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
JJ / MM / AAAA    Sexe :  H  F    Préférence linguistique :  Français  Anglais

Adresse : \_\_\_\_\_  
Case postale    N° et rue    App    Ville    Province    Code postal

Téléphone : \_\_\_\_\_  
Domicile    Bureau    Cellulaire

Courriel : \_\_\_\_\_

Afin de nous permettre de mieux vous servir, veuillez indiquer le moment de la journée et le mode de communication préférés pour communiquer avec vous, au besoin, concernant cette demande.

**Temps :**     Matin     Après-midi     Soirée

**Méthode :**     Courriel     Téléphone à domicile     Téléphone au bureau     Cellulaire

### 2. CHOIX DE RÉGIME

Prière de cocher une seule case : <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Monoparental		Prime mensuelle
<b>Assurance maladie complémentaire*</b> * Le régime de médicaments ne s'applique pas aux personnes résidant au Québec	Plan 1 (de base) Complétez toutes les sections de cette proposition, sauf la section 6.	
	Plan 2 (de luxe) Complétez toutes les sections de cette proposition	
	Plan 3 (Optimum) Complétez toutes les sections de cette proposition	
<b>Assurance Voyage</b>		Inclus dans AMC
<b>Assurance dentaire</b>	Plan 1 (de base)	
	Plan 2 (de luxe)	
<b>Prime mensuelle totale</b>		
<b>Prime annuelle totale = (Prime mensuelle totale x 12)</b>		

# ODY-max

Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT ET LES ENFANTS À CHARGE*						
Veillez noter que l'information des personnes à assurer doit être indiquée ci-dessous.				Date de naissance		
	Prénom	Nom	Sexe	Jour	Mois	Année
Conjoint(e)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Enfant à charge			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Enfant à charge			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Enfant à charge			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Enfant à charge			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Enfant à charge			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

(1) Si conjoint(e) de fait, indiquer la date du début de cohabitation : (JJ/MM/AAAA)\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**\*Enfant à charge** signifie un enfant célibataire, légitime, naturel ou adoptif de l'assuré, de son conjoint ou des deux, qui dépend de l'assuré pour son soutien et qui :

- 1) est âgé de plus de 24 heures et de moins de 21 ans et ne travaille pas plus de 20 heures par semaine, à moins d'être un étudiant à temps plein;
- 2) est âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans s'il étudie régulièrement de jour, à temps plein, dans une institution d'enseignement reconnue; ou
- 3) quel que soit son âge, est atteint d'une invalidité physique ou mentale résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux réguliers. L'invalidité doit avoir débuté alors qu'il était un enfant à charge comme défini précédemment et doit rendre cette personne totalement incapable d'exercer un emploi rémunérateur.

**\*\*Si l'enfant à charge est âgé de plus de 21 ans et est étudiant à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue, prière de remplir le formulaire pour enfant à charge ayant dépassé la limite d'âge.**

## 4. DONNÉES BANCAIRES POUR REMBOURSEMENT DE RÉCLAMATIONS SEULEMENT

Prière de joindre un chèque avec la mention « NUL »

Nom de l'institution financière:

Adresse de l'institution financière:

Insérez les numéros figurant au bas du chèque, tel que démontré dans l'exemple suivant.



Numéro de succursale:

Numéro de l'institution financière :

Numéro du compte :

# ODY-max

## Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire

### 5. PRIMES ET MODE DE PAIEMENT

**Débit préautorisé mensuel** \_\_\_\_\_ \$ (Voir section Accord de débit préautorisé)

Date de retrait souhaitée : le \_\_\_\_\_ jour de chaque mois (sauf les 29, 30 et 31)

**Débit préautorisé annuel** \_\_\_\_\_ \$ (Voir section Accord de débit préautorisé)

La date de retrait initial sera la même que la date d'émission de la police. Par la suite, la date de retrait sera la même que la date de renouvellement.

**Annuel** \_\_\_\_\_ \$

Établir votre chèque à l'ordre de : « **Groupe Financier Odyssee – en fiducie** », représentant autorisé de l'assureur.

### ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

<b>Information bancaire</b>	<p><b><u>Prière de joindre un chèque avec la mention « NUL »</u></b></p> <p><b>Nom de l'institution financière :</b> _____ <b>Nom du payeur :</b> _____</p> <p><b>Adresse de l'institution financière :</b> _____ <b>Adresse du payeur :</b> _____</p> <p>_____</p> <p><b>Numéro de succursale :</b> ____-____-____-____-____</p> <p><b>Numéro de l'institution financière :</b> ____-____-____</p> <p><b>Numéro de compte :</b> _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;"> <span style="font-family: monospace;">  *0000  *</span> <span style="font-family: monospace;"> :000000  0000 :</span> <span style="font-family: monospace;">0000  0000  0000  </span> </p> <p style="text-align: center;"> <span style="margin: 0 10px;">↓</span> <span style="margin: 0 10px;">↓</span> <span style="margin: 0 10px;">↓</span> </p> <p style="text-align: center;"> <span style="margin-right: 20px;">Succursale</span> <span style="margin-right: 20px;">Banque</span> <span>Numéro de compte</span> </p> </div>	
<b>Type de service</b>	<p><input type="checkbox"/> Personnel - Si les fonds sont prélevés sur un compte bancaire personnel</p> <p><input type="checkbox"/> Entreprise - Si les fonds sont prélevés sur un compte bancaire d'entreprise</p>	
<b>Caractéristiques des débits</b>	<p>1. J'autorise l'assureur ou son représentant autorisé, à débiter, en tout temps, les prélèvements réguliers sur mon compte selon mes instructions telles qu'indiquées dans la proposition.</p> <p>2. Si un débit préautorisé est retourné dû à une insuffisance de provisions au compte, l'assureur ou son représentant autorisé, prélèvera du même compte bancaire, sans préavis, des frais de 25 \$.</p> <p>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).</p>	
<b>Renonciation</b>	<p><b>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*</b></p>	
<b>Annulation</b>	<p>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 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 <a href="http://www.cdnpay.ca">www.cdnpay.ca</a>.)</p>	
<b>Mode de paiement</b>	<p>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.</p>	
<b>Recours et remboursement</b>	<p>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 <a href="http://www.cdnpay.ca">www.cdnpay.ca</a>.</p>	
<b>Droits exclusifs</b>	<p>Tous les montants transférés du compte préautorisé pour le paiement des primes sont pour le bénéfice exclusif du propriétaire de la police d'assurance.</p>	
<p>*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.</p>		
<b>Date et signature</b>	<p>_____ Date _____ Signature du propriétaire du compte</p> <p>_____ Date _____ 2<sup>e</sup> Signature (si applicable)</p>	

# ODY-max

## Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire

### 6. QUESTIONS MÉDICALES – POUR L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE PLAN 2 (DE LUXE) ET PLAN 3 (OPTIMUM)

Les références aux résultats de tests n'incluent pas les tests génétiques. Un test génétique est un test visant l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telle la prédiction de maladies ou de risques de transmission verticale. Ne divulguez aucun renseignement au sujet des tests génétiques dans cette demande ou dans tout autre questionnaire ou formulaire. Cependant, vous devez répondre honnêtement à toutes les autres questions, y compris les informations relatives à tous les autres types de tests médicaux.

#### A) Questionnaire de pré-sélection

Est-ce que vous ou votre conjoint(e) ou un enfant à charge inscrit avez **déjà** fait l'objet d'un diagnostic, présenté des symptômes, reçu des traitements ou été hospitalisé pour l'un ou l'autre des troubles suivants :

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• accident vasculaire cérébral (AVC)</li><li>• angine de poitrine</li><li>• arthrite rhumatoïde</li><li>• cancer (à l'exception d'un carcinome basocellulaire)</li><li>• cirrhose du foie</li><li>• diabète (type 1)</li><li>• fatigue chronique</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• fibromyalgie</li><li>• fibrose kystique</li><li>• hépatite B ou C</li><li>• infarctus du myocarde</li><li>• insuffisance rénale chronique</li><li>• lupus érythémateux systémique</li><li>• maladie d'Alzheimer</li><li>• maladie de Parkinson</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>• pancréatite chronique</li><li>• sclérose en plaques</li><li>• sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig)</li><li>• sida, para-sida ou infection par le VIH</li><li>• transplantation d'organe (à l'exception de la cornée)?</li></ul> |
|  |  | <b>Oui</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/>  |

Si l'une des personnes à assurer a répondu OUI à cette question, elle n'est pas admissible au produit De luxe ou Optimum.

Veuillez réviser le choix de régime à la section 2 et assurez-vous que les personnes à assurer, indiquées à la section 3, sont bien celles qui sont admissibles à ces produits.

#### B) Questionnaire de tarification : (à compléter seulement pour les personnes à assurer qui ont répondu non au questionnaire de pré-sélection 6A).

1.

Prénom / Nom	Nom du médecin de famille	Date de la dernière consultation, raison, résultat et traitement.	Taille	Poids
Personne à assurer		Date: Raison:  Résultat / traitement:	cm <input type="checkbox"/> _____  po <input type="checkbox"/> _____	Lb <input type="checkbox"/> _____
Conjoint(e)		Date: Raison:  Résultat / traitement:	cm <input type="checkbox"/> _____  po <input type="checkbox"/> _____	Lb <input type="checkbox"/> _____

Les protections assurance maladie complémentaire et soins dentaires sont tarifées par :

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie 770, rue Main / C.P. 1 60 Moncton N.-B. E1C 8L1 |

Tél. 1-888-869-9797 Téléc. 1-855-401-9068 Courriel : [collectif@assomption.ca](mailto:collectif@assomption.ca)

L'Assurance Voyage est tarifée par CANASSURANCE Compagnie d'Assurance.

# ODY-max

## Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire

Prénom / Nom	Nom du médecin de famille	Date de la dernière consultation, raison, résultat et traitement.	Taille	Poids
Enfant à charge		Date: Raison:  Résultat / traitement:	cm <input type="checkbox"/> ____  po <input type="checkbox"/> ____	cm <input type="checkbox"/> ____  po <input type="checkbox"/> ____
Enfant à charge		Date: Raison:  Résultat / traitement:	cm <input type="checkbox"/> ____  po <input type="checkbox"/> ____	cm <input type="checkbox"/> ____  po <input type="checkbox"/> ____
Enfant à charge		Date: Raison:  Résultat / traitement:	cm <input type="checkbox"/> ____  po <input type="checkbox"/> ____	cm <input type="checkbox"/> ____  po <input type="checkbox"/> ____
Enfant à charge		Date: Raison:  Résultat / traitement:	cm <input type="checkbox"/> ____  po <input type="checkbox"/> ____	cm <input type="checkbox"/> ____  po <input type="checkbox"/> ____
Enfant à charge		Date: Raison:  Résultat / traitement:	cm <input type="checkbox"/> ____  po <input type="checkbox"/> ____	cm <input type="checkbox"/> ____  po <input type="checkbox"/> ____

# ODY-max

## Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire

2. Au cours des **cinq (5) dernières années**, est-ce que vous ou votre conjoint(e) ou un enfant à charge inscrit avez fait l'objet d'un diagnostic, présenté des symptômes, reçu des traitements ou été hospitalisé pour l'un ou l'autre des troubles suivants :

	OUI	NON
a) <b>Système cardiovasculaire</b> : arythmie, souffle au cœur, hypertension artérielle, taux élevé de cholestérol ou tout autre trouble cardiaque ou du système circulatoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) <b>Système digestif</b> : ulcère, colite ulcéreuse, maladie de Crohn, polypes, trouble de l'estomac, du pancréas, des intestins ou du foie ou tout autre trouble gastro-intestinal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) <b>Système endocrinien</b> : diabète, anémie, trouble de la glande thyroïde, goutte ou toute autre forme d'affection endocrinienne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) <b>Système génito-urinaire</b> : infections chroniques de la vessie, pierre aux reins, trouble des reins, de la prostate ou des voies urinaires, ou tout autre trouble des organes génitaux et reproducteurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) <b>Système immunitaire</b> : maladie de Lyme, sida, para-sida ou infection par le VIH, ou tout autre trouble ou déficience immunitaire?		
f) <b>Système musculo-squelettique</b> : trouble du dos ou du cou (y compris lombaire), affection des muscles, des os, des ligaments, arthrite ou tout trouble des os ou des articulations?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) <b>Système neurologique</b> : ischémie cérébrale transitoire (ITC), maux de tête chroniques, étourdissement, vertige, convulsions, épilepsie, paralysie ou tout autre trouble neurologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) <b>Système nerveux</b> : anxiété, dépression, anorexie ou autre trouble alimentaire, trouble du déficit de l'attention (avec ou sans hyperactivité) ou tout autre trouble mental ou nerveux?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) <b>Système respiratoire</b> : allergies, asthme, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique, emphysème, apnée du sommeil ou tout autre trouble respiratoire ou des poumons?		
j) <b>Autres troubles ou maladies</b> : leucémie, tumeur, maladies du sang, de l'oeil, de l'oreille ou trouble de la peau (y compris l'acné) ou toute affection liée aux seins?		

3. Au cours des **deux (2) dernières années**, est-ce que vous ou votre conjoint(e) ou un enfant à charge inscrit :

	OUI	NON
a) Avez consulté ou été conseillé de consulter l'un ou l'autre des professionnels de la santé suivants : physiothérapeute, massothérapeute, podiatre, chiropraticien, acupuncteur, nutritionniste, psychologue, orthophoniste, homéopathe ou naturopathe, ou reçu des traitements de l'un ou l'autre de ceux-ci?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez nécessité ou utilisé l'un ou l'autre des équipements, appareils ou accessoires médicaux suivants, ou été conseillé de le faire : membres artificiels, chaise roulante, marchette, appareil orthopédique ou soutien de la voûte, oxygène, appareil à ventilation spontanée en pression positive continue (CPAP), fourniture de colostomie, appareils ou fournitures pour diabétiques?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez été traité pour dépendance à l'alcool ou aux drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Avez été traité ou êtes sous suivi médical pour une déficience congénitale ou physique, une malformation physique, une maladie ou un trouble non mentionné ci-dessus, ou reçu une recommandation à cet égard?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les protections assurance maladie complémentaire et soins dentaires sont tarifées par :

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie 770, rue Main / C.P. 1 60 Moncton N.-B. E1C 8L1 |

Tél. 1-888-869-9797 Téléc. 1-855-401-9068 Courriel : [c.collectif@assomption.ca](mailto:c.collectif@assomption.ca)

L'Assurance Voyage est tarifée par CANASSURANCE Compagnie d'Assurance.

# ODY-max

## Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire

4. Donner les détails pour chaque OUI aux questions 2 et 3.

Nom de la personne	Question	Trouble ou maladie / diagnostic	Traitement et coût	Date des traitements (jj/mm/aaaa)	Résultat du traitement / degré de rétablissement
			Traitement:  Coût:	Premier traitement : Dernier traitement : Fréquence des traitements :	
			Traitement :  Coût:	Premier traitement : Dernier traitement : Fréquence des traitements :	
			Traitement :  Coût :	Premier traitement : Dernier traitement : Fréquence des traitements :	
			Traitement :  Coût :	Premier traitement : Dernier traitement : Fréquence des traitements :	
			Traitement :  Coût :	Premier traitement : Dernier traitement : Fréquence des traitements :	
			Traitement :  Coût :	Premier traitement : Dernier traitement : Fréquence des traitements :	

5. Est-ce que vous ou votre conjoint(e) ou un enfant à charge inscrit avez fait l'objet d'une recommandation visant une chirurgie, une hospitalisation ou des tests diagnostiques qui n'ont pas encore été effectués ou dont vous attendez des résultats?  **Oui**  **Non**

Si OUI, précisez :

# ODY-max

## Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire

6. Est-ce que vous ou votre conjoint(e) ou un enfant à charge inscrit a pris connaissance d'un symptôme pour lequel vous n'avez pas encore consulté de médecin ou pour lequel vous avez consulté un médecin ou un spécialiste sans avoir reçu de diagnostic?  Oui  Non

Si OUI, précisez:

7. Au cours des **douze (12) derniers mois**, est-ce que vous ou votre conjoint(e) ou un enfant à charge inscrit avez pris des médicaments sur ordonnance pour une raison quelconque ou avez une ordonnance actuellement renouvelable (y compris médicaments administrés par voie orale, orale, sirop, sérum, injections, gouttes, crème/onguent, timbres (patch), inhalateurs et suppositoires)?  Oui  Non

Si OUI, précisez au tableau suivant :

Nom de la personne	Nom du médicament prescrit	Dosage	Quantité prise	Coût mensuel	Nombre de renouvellement par année	Raison de l'ordonnance

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne à assurer

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint ou de la conjointe

### 7. 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. Initiale

- 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 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 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, 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 l'assureur 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 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 **Dossiers et renseignements personnels** 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.
- J'autorise l'assureur ou Groupe Financier Odysée 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

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint ou de la conjointe