



Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire



## Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire

### 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, la RRQ, la SAAQ, la RAMQ, 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.

Le présent consentement vaut également pour la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant vos enfants mineurs. Aucune modification ou altération du présent consentement n'influera sur son contenu ni ne liera l'assureur.

Ce consentement peut également être utilisé lors d'une demande d'assurance additionnelle ou modification au 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, QUÉBEC J2B 6W9  
Téléphone: 819 478-1315  
Sans frais: 1-800 567-0988  
Télécopieur: 819 474-1990

**CANASSURANCE Compagnie d'assurance**  
1981, AVENUE MCGILL COLLEGE  
BUREAU 105  
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3A 0H6  
Canada et É-U 1-833-243-2433  
Autres pays 514-370-2433

## À remettre à la personne à assurer



## Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire

PROPOSITION D'ASSURANCE											
Nouvelle adhésion		Ajout ou modification à un contrat existant		Remise en vigueur		N° de contrat:					
Est-ce que l'une des personnes à assurer détient actuellement ou a déjà eu une assurance maladie individuelle avec UV assurance?						Oui	Non				
Dans l'affirmative, veuillez préciser les numéros de contrat et de certificat.											
Contrat : _____				Certificat : _____							
Détenez-vous actuellement une police d'assurance individuelle ou collective qui vous couvre pour des soins dentaires?						Oui	Non				
Dans l'affirmative, veuillez indiquer le numéro de contrat et le nom de la compagnie.											
Contrat : _____				Assureur : _____							
		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.											
<b>Temps :</b> <input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Soirée											
<b>Méthode :</b> <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Téléphone à domicile <input type="checkbox"/> Téléphone au bureau <input type="checkbox"/> Cellulaire											
2. CHOIX DE RÉGIME											
Individuel		Familial		Couple		Monoparental		Prime:	Nivelée	Âge atteint	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>									

## 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		
<b>Prière de joindre un chèque avec la mention « NUL »</b>		
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 :



## 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 du contrat. 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>	<b><u>Prière de joindre un chèque avec la mention « NUL »</u></b>	
	<b>Nom de l'institution financière :</b> _____	<b>Nom du payeur :</b> _____
	<b>Adresse de l'institution financière :</b> _____	<b>Adresse du payeur :</b> _____
	<b>Numéro de succursale :</b> ____-____-____-____	
	<b>Numéro de l'institution financière :</b> ____-____-____	
	<b>Numéro de compte :</b> _____	
<b>Type de service</b>	<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	
<b>Caractéristiques des débits</b>  Cet accord de débit préautorisé est un accord variable.	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. 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 \$. 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).	
<b>Renonciation</b>	<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>	
<b>Annulation</b>	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> .)	
<b>Mode de paiement</b>	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.	
<b>Recours et remboursement</b>	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> .	
<b>Droits exclusifs</b>	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.		
<b>Date et signature</b>	Date _____	Signature du propriétaire du compte _____
	Date _____	2 <sup>e</sup> Signature (si applicable) _____

## 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, votre conjoint(e) ou un enfant à charge inscrit a déjà reçu des soins, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs aux 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> <li>• démence</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> <li>• trouble du spectre de l'autisme</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• pancréatite chronique</li> <li>• sclérose en plaques</li> <li>• sclérose latérale amyotrophique (maladie de SLA)</li> <li>• sida, para-sida ou infection par le VIH</li> <li>• transplantation d'organe (à l'exception de la cornée)?</li> </ul> |
|---|--|---|
- Oui**  **Non**

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"/> _____	kg <input type="checkbox"/> _____  lbs <input type="checkbox"/> _____
Conjoint(e)		Date: Raison:  Résultat / traitement:	cm <input type="checkbox"/> _____  po <input type="checkbox"/> _____	kg <input type="checkbox"/> _____  lbs _____



## 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"/> ____	kg <input type="checkbox"/> ____  lbs <input type="checkbox"/> ____
Enfant à charge		Date: Raison:  Résultat / traitement:	cm <input type="checkbox"/> ____  po <input type="checkbox"/> ____	kg <input type="checkbox"/> ____  lbs <input type="checkbox"/> ____
Enfant à charge		Date: Raison:  Résultat / traitement:	cm <input type="checkbox"/> ____  po <input type="checkbox"/> ____	kg <input type="checkbox"/> ____  lbs <input type="checkbox"/> ____
Enfant à charge		Date: Raison:  Résultat / traitement:	cm <input type="checkbox"/> ____  po <input type="checkbox"/> ____	kg <input type="checkbox"/> ____  lbs <input type="checkbox"/> ____
Enfant à charge		Date: Raison:  Résultat / traitement:	cm <input type="checkbox"/> ____  po <input type="checkbox"/> ____	kg <input type="checkbox"/> ____  lbs <input type="checkbox"/> ____

## 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 déjà reçu des soins, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs aux troubles suivants :

	OUI	NON
a) <b>Système cardiovasculaire</b> : arythmie, souffle au cœur, hypertension artérielle, taux élevé de cholestérol ou tout autre trouble cardiaque, circulatoire ou des vaisseaux sanguins ?	<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 ou sanguin</b> : diabète, anémie, leucémie, trouble de la glande thyroïde, goutte ou tout autre trouble endocrinien ou sanguin ?	<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, de l'utérus, du col de l'utérus, des seins, ou des voies urinaires, ou tout autre trouble des organes génitaux ou urinaires ?	<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> : accident ischémique transitoire (AIT), maux de tête chroniques, migraines, étourdissement, vertige, convulsions, épilepsie, paralysie ou tout autre trouble neurologique ou du cerveau?	<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 , nerveux ou émotif ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) <b>Système respiratoire</b> : asthme, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), emphysème, apnée du sommeil ou tout autre trouble respiratoire ou des poumons?		
j) <b>Autres troubles ou maladies</b> : tumeur de l'oeil, de l'oreille ou trouble de la peau (y compris l'acné) ?		

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 ou vous a-t-on recommandé de diminuer votre consommation d'alcool ou de 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"/>



## 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 appris que vous devriez subir une épreuve diagnostique, un test, un examen, être hospitalisé ou opéré, même si cela n'a pas été fait ?

Oui  Non

Si OUI, précisez :

## Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire

6. Avez-vous eu connaissance de quelque symptôme ou malaise pour lequel vous n'avez pas encore consulté de médecin ou 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 ? **Oui** **Non**

Si OUI, précisez au tableau suivant :

Nom de la personne	Nom du médicament prescrit	Raison de l'ordonnance	Dosage	Fréquence	Coût mensuel	Date de début et date de fin

\_\_\_\_\_  
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 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 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. Je conviens que cette autorisation demeure valide tant qu'elle n'est pas révoquée et, après mon décès, je consens à ce qu'elle soit donnée, le cas échéant, par tout héritier, liquidateur ou bénéficiaire du contrat établi, renonçant ainsi d'avance au bénéfice de toute disposition légale régissant le secret professionnel et autorisant toute personne à transmettre tous les renseignements requis par l'assureur.
- 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.
- 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.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.  
(Province)

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

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant

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