



PARA MED+

Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire

NOTE AU CONSEILLER — Remettre cet avis au propriétaire

NOTICE

Pour procéder à l'étude de votre demande d'assurance, il est possible que nous devions obtenir des renseignements additionnels.

ENQUÊTE

Un représentant d'une compagnie d'enquête peut vous contacter afin d'obtenir des informations d'ordre personnel et financier.

EXAMEN MÉDICAL

Un médecin ou le personnel infirmier d'un organisme paramédical peut vous faire subir un examen médical.

TESTS

Un médecin ou le personnel infirmier d'un organisme paramédical ou d'une clinique peut procéder à un prélèvement sanguin ou d'urine. L'analyse portera sur la détermination de plusieurs anomalies possibles telles que cholestérol, diabète, troubles hépatiques, présence de médicaments, drogue, nicotine et le dépistage du SIDA ou autres. Avant d'effectuer un prélèvement, votre consentement écrit sera exigé.

AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER ET DE COLLECTE, UTILISATION ET COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS AUX ASSURÉS ET AU(X) PROPRIÉTAIRE(S)

Dans la présente section, le terme « renseignement personnel » fait référence aux renseignements vous concernant et permettant de vous identifier, directement ou indirectement. Vos renseignements personnels seront recueillis, utilisés, communiqués et traités :

- Pour les raisons et finalités décrites dans la présente proposition;
- Selon les moyens déterminés dans la présente proposition;
- Comme il peut être décrit avant de les recueillir, de les utiliser ou de les communiquer; et
- D'une autre façon permise par la loi.

POUR QUELLES RAISONS UV ASSURANCE COLLECTE-T-ELLE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ?

Pour UV Assurance, protéger vos renseignements personnels est primordial. C'est pourquoi nous vous informons que nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels avec votre consentement, à moins que la loi nous autorise à le faire autrement, et ce, pour la durée nécessaire aux fins ci-dessous :

- Vous identifier;
- Établir et mettre à jour votre profil, vos besoins et vos objectifs;
- Évaluer vos demandes et votre admissibilité à nos produits et services;
- Vous communiquer des conseils liés à votre situation;
- Administrer vos contrats ainsi que vos produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement de vos réclamations, etc.);
- Se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.);
- Obtenir votre opinion en lien avec nos produits ou services;
- Vous proposer des offres et des conseils personnalisés sur nos produits ou nos services (voir votre droit de retrait de consentement) selon vos préférences et conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques;
- Mener des études et des recherches incluant la conception et l'application de modèles statistiques dont certains peuvent permettre de créer ou d'inférer de nouvelles informations à votre sujet.

DE QUELLES FAÇONS UV ASSURANCE RECUEILLE-T-ELLE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ?

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels par téléphone, en personne et à l'aide de nos formulaires ainsi que de nos interfaces numériques.

À QUI UV ASSURANCE COMMUNIQUE-T-ELLE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ?

Pour les raisons mentionnées plus tôt, et seulement s'ils sont liés à vos produits ou services, nous communiquons vos renseignements personnels à nos sociétés affiliées et à nos réseaux de distribution ainsi qu'à des tiers, dont certains peuvent être situés à l'extérieur du Québec et du Canada. Un tiers est une personne externe, qui n'est pas partie à la relation entre UV Assurance et vous. Ces tiers peuvent inclure :

- Votre conseiller en sécurité financière et son cabinet ou agent général;
- D'autres institutions financières, comme la vôtre, des assureurs ou des réassureurs;
- Tout médecin, professionnel de la santé ou autre praticien;
- Tout hôpital, laboratoire, clinique médicale ou organisme paramédical;
- Les agents de renseignements personnels;
- Votre employeur ou ex-employeur;
- D'autres organismes ou entités détenant des renseignements sur vous, entre autres, en assurance, en fraude ou en indemnisation;
- Des ministères et des organismes gouvernementaux ou des autorités réglementaires;
- Des mandataires et fournisseurs de services (p. ex. : services technologiques, services d'impression et d'expédition de documents, etc.)
- Toute personne ou organisation à laquelle vous avez donné votre consentement;
- Toute personne autorisée par la loi.

NOTEZ QUE DANS TOUS LES CAS, NOUS NOUS ASSURONS QU'ILS RESPECTENT LA PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS.

Sur réception du présent document, soit votre proposition d'assurance, vous consentez à ce que UV Assurance ouvre un dossier où vos renseignements personnels seront conservés et traités de manière confidentielle.

UV Assurance pourra accéder à votre dossier ainsi qu'auxdits renseignements personnels à partir de son siège social et ils ne seront consultés que par les employés et représentants autorisés de UV Assurance qui doivent y avoir accès dans le cadre de leur travail. Vos renseignements pourraient également être utilisés, consignés et consultés de façon sécurisée dans d'autres pays selon les lois qui y sont applicables. À titre d'exemple, les renseignements pourraient être communiqués en réponse à des demandes émanant de gouvernements, de tribunaux ou d'autorités chargés de l'application des lois de ces pays.

Il est possible que vos renseignements bancaires soient communiqués aux institutions financières responsables du traitement de vos débits préautorisés (« DPA »). Il est aussi possible que vos renseignements personnels soient communiqués à vos bénéficiaires relativement à une demande de règlement (par exemple, en cas de décès).

LE RETRAIT DE VOTRE CONSENTEMENT

En tout temps, vous pouvez retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation de vos renseignements personnels. Sachez que le retrait de votre consentement peut entraîner des conséquences légales ou contractuelles dans le cadre de votre demande d'assurance, telle que l'impossibilité de vous offrir le produit financier ou les services demandés. Dans un tel cas et à votre demande, le représentant de UV Assurance veillera à vous expliquer ces dites conséquences.

ACCÈS À VOTRE DOSSIER ET CORRECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Sur demande, vous pouvez également être informé des catégories de personnes qui ont accès à vos renseignements au sein de UV Assurance et de la durée de conservation de ces renseignements. Vous pouvez avoir accès à votre dossier et à vos renseignements recueillis pour en vérifier l'exactitude et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus, périmés ou non nécessaires. Pour accéder à votre dossier, faire corriger vos renseignements, être informé de la durée de conservation de vos renseignements, retirer votre consentement ou tout simplement avoir des réponses à vos questions, vous devez faire une demande écrite à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels de UV Assurance aux coordonnées suivantes :

Responsable de la protection des renseignements personnels
1990 rue Jean-Berchmans-Michaud, Drummondville (Québec) J2C 7G7

ResponsablePRP@uvassurance.ca

Pour consulter notre politique de confidentialité, visitez notre site web à www.uvassurance.ca/protection-des-renseignements-personnels

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT ET LES ENFANTS À CHARGE*

Veuillez noter que l'information des personnes à assurer doit être indiquée ci-dessous. Vous devez détenir l'autorisation de communiquer des renseignements sur votre conjoint(e) et vos enfants à charge.

Date de naissance

	Prénom	Nom	Sexe	Jour	Mois	Année
Conjoint(e) ⁽¹⁾			<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. PRIMES ET MODE DE PAIEMENT

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

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

Un premier prélèvement sera pris lors de l'émission. Par la suite, la date de retrait sera la même que la date d'émission (sauf si le 29, 30 ou 31, la date de retrait sera le 1^{er} du mois).

Annuel _____ \$

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

ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Information bancaire 	Prière de joindre un chèque avec la mention « NUL » Nom de l'institution financière : _____ Adresse de l'institution financière : _____ Nom du payeur : _____ Adresse du payeur : _____ N° de succursale : _____ N° de l'institution financière : _____ N° de compte : _____	
	Type de service <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 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).	
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 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.		
Date et signature	_____ Date	_____ Signature du propriétaire du compte
	_____ Date	_____ 2 ^e Signature (si applicable)

5. QUESTIONS MÉDICALES – POUR L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE PLAN SELECT, PLAN DE LUXE ET PLAN 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 :

- accident vasculaire cérébral (AVC)
 - angine de poitrine
 - arthrite rhumatoïde
 - cancer (à l'exception d'un carcinome basocellulaire)
 - cirrhose du foie
 - diabète (type 1)
 - fatigue chronique
 - démence
 - fibromyalgie
 - fibrose kystique
 - hépatite B ou C
 - infarctus du myocarde
 - insuffisance rénale chronique
 - lupus érythémateux systémique
 - maladie d'Alzheimer
 - maladie de Parkinson
 - trouble du spectre de l'autisme
 - pancréatite chronique
 - sclérose en plaques
 - sclérose latérale amyotrophique (maladie de SLA)
 - sida, affection reliée au sida ou infection par le VIH
 - transplantation d'organe (à l'exception de la cornée)?
- Oui Non

Si l'une des personnes à assurer a répondu OUI à cette question, elle n'est pas admissible aux produits Select, 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 5A).

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 <input type="checkbox"/> ____

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"/> ____

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) Système cardiovasculaire : 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) Système digestif : 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) Système endocrinien ou sanguin : diabète, anémie, leucémie, trouble de la glande thyroïde, goutte ou tout autre trouble endocrinien ou sanguin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Système génito-urinaire : infections chroniques de la vessie, des reins, de la prostate, de l'utérus, du col de l'utérus, des seins, ou des voies urinaires, pierre aux reins ou tout autre trouble des organes génitaux ou urinaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Système immunitaire : maladie de Lyme, sida, affection liée au sida ou infection par le VIH, ou tout autre trouble ou déficience immunitaire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Système musculo-squelettique : 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) Système neurologique : accident ischémique transitoire (AIT), maux de tête chroniques, migraines, étourdissements, vertiges, convulsions, épilepsie, paralysie ou tout autre trouble neurologique ou du cerveau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Système nerveux : 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) Système respiratoire : asthme, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), emphysème, apnée du sommeil ou tout autre trouble respiratoire ou des poumons?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Autres troubles ou maladies : tumeur, de l'oeil, de l'oreille ou trouble de la peau (y compris l'acné)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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"/>

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 :

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
						Date de début _____ Date de fin _____ En cours <input type="checkbox"/>
						Date de début _____ Date de fin _____ En cours <input type="checkbox"/>
						Date de début _____ Date de fin _____ En cours <input type="checkbox"/>
						Date de début _____ Date de fin _____ En cours <input type="checkbox"/>
						Date de début _____ Date de fin _____ En cours <input type="checkbox"/>
						Date de début _____ Date de fin _____ En cours <input type="checkbox"/>

Signature de la personne à assurer

DÉCLARATIONS

1. 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. Nous travaillons actuellement ou sinon, nous ne sommes pas invalides ou ne recevons aucune forme de prestations d'invalidité;
 - b. Nous ne sommes pas actuellement hospitalisé(e) ou en attente d'une admission à l'hôpital (incluant la chirurgie d'un jour);
 - c. Nous n'avons 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. Nous n'avons 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 affection reliée au sida.

Initiales

2. Nous confirmons que chaque personne à assurer éligible détient une carte valide du plan de santé de son gouvernement provincial.
3. Nous attestons avoir obtenu le consentement des personnes à charge (conjoint/conjointe et/ou enfants) pour souscrire au présent régime d'assurance individuelle en leur nom. (Seulement applicable si vous avez demandé des garanties pour couvrir votre conjoint/conjointe et/ou vos enfants.)
4. Nous déclarons avoir pris connaissance de toutes les questions contenues dans cette proposition et que les réponses données ont été fidèlement reproduites et sont complètes et véridiques. De plus, nous consentons à ce qu'elles servent de base au contrat d'assurance demandé et reconnaissons que toute fausse déclaration ou omission peut entraîner la résiliation du contrat d'assurance obtenu à la suite de cette proposition.
5. Nous déclarons avoir été informés que l'assurance entre en vigueur dès l'acceptation par UV Assurance de la proposition pour autant que cette dernière ait été acceptée sans modification, que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité des personnes à assurer depuis la signature de cette proposition.
6. Nous déclarons avoir été informés que le conseiller sera rémunéré relativement à la transaction décrite dans la proposition ci-dessus mentionnée.
7. Nous déclarons avoir pris connaissance des avis ci-haut et nous consentons à la constitution d'un dossier ainsi qu'à la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels. Nous comprenons que toute information communiquée dans la présente proposition et tout document complémentaire, le cas échéant, pourrait être collectée, utilisée, conservée ou communiquée par ou aux autres participants du processus de proposition d'assurance et tout cessionnaire éventuel de la police d'assurance.
8. Nous déclarons avoir été informés que UV Assurance peut recueillir nos renseignements personnels à l'aide de technologies qui comprennent des fonctions permettant l'identification, la localisation ou le profilage, lesquelles sont nécessaires afin d'évaluer notre demande. C'est le cas de la proposition en format électronique, PDF et papier qui permet d'établir notre profil de risque afin d'obtenir la meilleure prime possible. Nous convenons que le fait de soumettre la proposition enclenche l'activation de ces fonctions.
9. Nous déclarons avoir été informés que UV Assurance peut utiliser nos renseignements personnels afin de prendre des décisions exclusivement automatisées, c'est à dire, sans aucune intervention humaine. Par exemple, lorsqu'est soumise une proposition électronique, il est possible qu'une décision automatisée soit rendue afin d'accélérer la souscription, incluant le calcul de la prime ainsi que la sélection des risques.
10. Nous déclarons avoir été informés que les maladies et conditions couvertes par cette assurance se limitent à celles définies dans le contrat.
11. Nous déclarons avoir informé l'assureur de la possession d'une ou plusieurs autres citoyennetés que la citoyenneté canadienne.
12. Nous déclarons avoir été informés que le conseiller en sécurité financière est indépendant de UV Assurance et qu'il n'est pas son représentant.
13. Nous déclarons que les réponses et déclarations contenues dans la présente proposition, si elles ont été complétées, et dans tout questionnaire paramédical, entrevue téléphonique et tous autres questionnaires sont complètes et véridiques et font partie intégrante de la proposition d'assurance vie, accident et maladie ou maladies graves et ne peuvent en être dissociées.

AUTORISATIONS

Vos autorisations sont nécessaires pour fournir et administrer vos produits ou services offerts par UV Assurance :

1. Nous autorisons tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, tout fournisseur de soins de santé, tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout assureur ou réassureur, le MIB, toute agence d'enquête ainsi que toute personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec notre état de santé, nos antécédents médicaux ou nos habitudes de vie nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis de constitution d'un dossier et de la collecte, utilisation et communication de renseignements personnels, à les communiquer à UV Assurance ou à ses réassureurs. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
2. Nous autorisons UV Assurance, et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis de constitution d'un dossier et de la collecte, utilisation et communication de renseignements personnels auprès de tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, assureur ou réassureur, agence d'enquête, personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec notre état de santé, nos antécédents médicaux ou nos habitudes de vie. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
3. Nous autorisons UV Assurance à communiquer au conseiller en sécurité financière ainsi qu'au propriétaire soussignés, tous les renseignements personnels recueillis sur la proposition ou au cours du processus d'évaluation du risque et qui pourraient avoir une incidence sur la prime ou l'émission du contrat. Ces renseignements sont notamment les résultats de tests médicaux ou de tests de laboratoire, les renseignements fournis au cours d'une entrevue téléphonique, d'un examen paramédical, d'un questionnaire ou d'une déclaration d'assurabilité, les antécédents médicaux, criminels, de travail, de consommation d'alcool ou d'usage de drogues, les renseignements financiers ou tout autre élément considéré lors de l'évaluation de la proposition. Le conseiller en sécurité financière, ainsi informé, sera en mesure de mieux nous guider parmi les différentes options d'assurance qui s'offrent à nous.
4. Nous autorisons UV Assurance et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels détenus par toute agence d'évaluation du crédit à des fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conception et d'application de modèles statistiques, de conformité réglementaire et contractuelle et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
5. Nous autorisons, en cas de décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de leur succession à communiquer à UV Assurance et ses réassureurs, lorsque requis par ce(s) dernier(s), tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la réclamation de décès et à l'obtention des justifications requises.
6. Nous convenons que toute photocopie des présentes autorisations a la même valeur que l'original.
7. Nous autorisons UV Assurance ou Groupe Financier Odyssée Inc. à utiliser nos renseignements personnels afin de nous communiquer des renseignements sur des produits et services additionnels qui pourraient nous intéresser. Dans la négative, cochez la case suivante : Je n'autorise pas cet usage.

Ces autorisations peuvent être annulées en tout temps par l'envoi d'un avis écrit à UV Assurance.

En signant et en soumettant la présente proposition en mon nom et/ou au nom de toute personne mineure, j'accorde mon consentement à la collecte, à la communication et à l'utilisation de mes renseignements personnels et/ou de ceux de la personne mineure, comme il est décrit plus haut et ailleurs dans la présente proposition.

Je reconnais avoir pris connaissance des treize (13) déclarations et des sept (7) autorisations ci-dessus et y consens.

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



Les protections sont tarifées par :

UV Assurance, C.P. 696, Drummondville (Québec) J2B 6W9
Tél. : 819 478-1315 Sans frais 1-800 567-0988 Téléc. 819 474-1990