

N° DE POLICE :	NOM DU PROPRIÉTAIRE DU CONTRAT :		
NOM DE L'ASSURÉ(E) :			
DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ J M A	NIVEAU DE SCOLARITÉ :		
TAILLE : _____ pi. po. _____ m. cm.	POIDS : _____ lbs _____ kg		

Depuis que cette police a été émise, est-ce que l'assuré(e) :

1. A eu une proposition refusée, reportée, modifiée de quelque façon que ce soit? **Si oui, détails (date, compagnie et raison).** Oui Non
2. A été atteint d'un handicap physique ou mental ou a été atteint d'une maladie ou subi une blessure ayant nécessité un traitement ou une opération? **Si oui, détails (nature du trouble ou du handicap, date de début et de fin, traitement, nom du médecin et adresse).** Oui Non
3. Prend ou a pris des médicaments ou lui a-t-on recommandé de suivre un traitement ou de passer des épreuves diagnostiques? **Si oui, détails (nom des médicaments, posologies, tests, résultats, traitements, durée, date de rétablissement, séquelle, nom du médecin et hôpitaux consultés).** Oui Non
4. A subi des changements dans son état de santé? **Si oui, expliquez.** Oui Non

Pour toutes réponses affirmatives, SVP bien vouloir compléter le tableau suivant :

Question n°	Date	Raison	Résultats	Détails appropriés selon la question

N° DE POLICE :	NOM DU PROPRIÉTAIRE DU CONTRAT :		
NOM DE L'ASSURÉ(E) :			
DATE DE NAISSANCE : ____/____/____ J M A	NIVEAU DE SCOLARITÉ :		
TAILLE : _____ pi. po. _____ m. cm.	POIDS : _____ lbs _____ kg		

Depuis que cette police a été émise, est-ce que l'assuré(e) :

1. A eu une proposition refusée, reportée, modifiée de quelque façon que ce soit? **Si oui, détails (date, compagnie et raison).** Oui Non
2. A été atteint d'un handicap physique ou mental ou a été atteint d'une maladie ou subi une blessure ayant nécessité un traitement ou une opération? **Si oui, détails (nature du trouble ou du handicap, date de début et de fin, traitement, nom du médecin et adresse).** Oui Non
3. Prend ou a pris des médicaments ou lui a-t-on recommandé de suivre un traitement ou de passer des épreuves diagnostiques? **Si oui, détails (nom des médicaments, posologies, tests, résultats, traitements, durée, date de rétablissement, séquelle, nom du médecin et hôpitaux consultés).** Oui Non
4. A subi des changements dans son état de santé? **Si oui, expliquez.** Oui Non

Pour toutes réponses affirmatives, SVP bien vouloir compléter le tableau suivant :

Question n°	Date	Raison	Résultats	Détails appropriés selon la question

CONVENTION RELATIVE À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL

Les renseignements personnels que UV Assurance détient ou détiendra à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier des différents services financiers d'assurance, de rente et autres services complémentaires qu'elle offre. Ils ne seront consultés que par les employés de UV Assurance qui doivent y avoir accès dans l'exercice de leurs fonctions.

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 à UV Assurance C.P. 696, Drummondville, Québec J2B 6W9.

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

Aux fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion de notre dossier et de l'étude des réclamations, nous autorisons toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à notre sujet concernant, entre autres, notre état de santé, nos antécédents médicaux ou notre admissibilité aux prestations, soit notamment tout médecin, ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, laboratoire, compagnie d'assurances ou de réassurance, le MIB Inc., les agents de renseignements personnels, les intermédiaires de marché, toute institution financière, le preneur, notre employeur ou ex-employeur, la CSST, 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, à les communiquer à L'Union-Vie ou à ses réassureurs sur demande.

De même, nous autorisons UV Assurance à communiquer auxdits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, nous consentons également à ce que UV Assurance ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à notre sujet et utiliser les renseignements qu'ils détiennent dans d'autres dossiers en leur possession et que UV Assurance fasse un bref rapport de nos renseignements médicaux personnels au MIB Inc.

Le présent consentement vaut également pour la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant nos 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.

DÉCLARATION

Nous, soussignés, la personne à assurer et le propriétaire, certifions avoir pris connaissance de toutes les questions contenues dans cette déclaration. 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 réticence peut entraîner la résiliation du contrat d'assurance obtenu suite à cette déclaration d'assurabilité.

Nous convenons que l'assurance prend effet dès l'acceptation par la Compagnie de la déclaration pour autant que cette dernière ait été acceptée sans modification, que les primes aient été payées et qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité de la personne à assurer depuis la signature de cette déclaration.

Nous reconnaissons avoir pris connaissance de la convention relative à la constitution d'un dossier personnel.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

X _____ X _____
SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER, SI 14 ANS ET PLUS SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER, SI 14 ANS ET PLUS

X _____ X _____
SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE SIGNATURE DU TÉMOIN

X _____
SIGNATURE DU PÈRE, DE LA MÈRE OU DU TUTEUR, SI LA PERSONNE À ASSURER EST MINEURE

RÉSERVÉ AU SIÈGE SOCIAL

À la suite de la production de preuves d'assurabilité de l'assuré(e) et/ou du propriétaire et moyennant le paiement de toutes les primes échues et non payées à ce jour, L'Union-Vie, Compagnie mutuelle d'assurance-vie, atteste que la police précédemment mentionnée est remise en vigueur.

Accepté à Drummondville, ce _____ jour de _____ 20 _____

X _____
SIGNATAIRE AUTORISÉ DE LA COMPAGNIE

CONSERVER CETTE PARTIE

Un des principaux objectifs de L'Union-Vie, Compagnie d'assurance sur la vie est de procurer de l'assurance à un coût modique. L'étude (évaluation) des risques est nécessaire non seulement pour conserver la modicité de ce coût mais aussi pour que chaque assuré contribue sa juste part du coût. Pour l'étude de votre demande, nous devons obtenir des renseignements provenant de diverses sources. Ces renseignements nous sont donnés par votre examen médical, s'il est requis, et par tout rapport que nous pourrions recevoir des médecins qui vous ont soigné et d'hôpitaux où vous avez séjourné, et par des rapports comportant des renseignements d'ordre personnel ou relatifs à votre solvabilité.

Les renseignements sur votre assurabilité sont traités comme confidentiels, mais nous pouvons cependant transmettre un bref rapport au MIB Inc. organisme sans but lucratif de centralisation et d'échange de renseignements à l'intention des compagnies d'assurance-vie qui en sont membres. Si vous faites une demande d'assurance-vie ou d'assurance-maladie ou si vous présentez une demande d'indemnités à une compagnie membre du MIB Inc., celui-ci fournit à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

Si vous en faites la demande, le MIB Inc., communiquera tout renseignement qu'il possède sur vous. Si vous n'êtes pas d'accord avec les renseignements que le MIB Inc. possède sur vous, vous pouvez en demander la correction. L'adresse du MIB Inc. est la suivante : 330, av. Université Suite 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7 – Tél. : 416 597-0590. Site Web : www.mib.com

Nous pouvons aussi sur demande communiquer nos renseignements aux compagnies d'assurance sur la vie à qui vous présentez une demande d'assurance-vie ou d'assurance-maladie, ou une demande d'indemnités. Le MIB Inc. a pour but d'éviter à ses membres et à leurs porteurs de police des frais additionnels occasionnés par un petit nombre de personnes dissimulant des faits relatifs à leur assurabilité. Les renseignements fournis par le MIB Inc. peuvent amener la compagnie d'assurance à faire une enquête plus approfondie, mais les règlements mêmes de celui-ci interdisent de faire l'évaluation d'un risque sur la base des renseignements qu'il fournit. Le MIB Inc. n'est pas dépositaire de rapport d'hôpitaux, ni de médecins, et les renseignements qu'il possède n'indiquent pas si une proposition d'assurance a été acceptée à tarif normal ou moyennant surprimes, ni si elle a été refusée.