

PROPRIÉTAIRE

NOM	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE AA MM JJ	POLICE
ADRESSE			

AVENANT D'ASSURANCE-VIE D'ENFANT(S)

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE AA MM JJ	TAILLE ____ M/CM ____ P/PO	POIDS ____ KG ____ LB	SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	NIVEAU DE SCOLARITÉ	MONTANT \$
---------------	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------	--	---------------------	-------------------

BÉNÉFICIAIRE(S) DE L'ENFANT

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ AVEC L'ASSURÉ
<input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE		

MONTANT D'ASSURANCE EN VIGUEUR POUR L'ENFANT	MOIS ET ANNÉE D'ÉMISSION	TYPE D'ASSURANCE (VIE OU AUTRES)
\$		
\$		

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ POUR L'AVENANT D'ASSURANCE-VIE D'ENFANT(S)

OUI NON

1) UNE PROPOSITION SUR L'ENFANT A-T-ELLE DÉJÀ ÉTÉ REFUSÉE, REPORTÉE, MODIFIÉE DE QUELQUE FAÇON QUE CE SOIT? <i>Si oui, détails (date, compagnie et raison)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) L'ENFANT EST-IL NÉ PRÉMATURÉMENT DE PLUS DE QUATRE SEMAINES? <i>Si oui, détails (nombre de semaines de gestation à la naissance)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) L'ENFANT EST-IL ATTEINT D'UN HANDICAP PHYSIQUE OU MENTAL OU A-T-IL ÉTÉ ATTEINT D'UNE MALADIE OU SUBI UNE BLESSURE AYANT NÉCESSITÉ UN TRAITEMENT OU UNE OPÉRATION? <i>Si oui, détails (nature du trouble ou du handicap, date de début et de fin, traitement, nom du médecin et adresse)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) L'ENFANT PREND T-IL ACTUELLEMENT DES MÉDICAMENTS OU LUI A-T-ON RECOMMANDÉ DE SUIVRE UN TRAITEMENT OU DE PASSER DES ÉPREUVES DIAGNOSTIQUES? <i>Si oui, détails (nom des médicaments, posologies, tests, résultats, traitements, durée, date de rétablissement, séquelle, nom des médecins et hôpitaux consultés)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) FOURNIR LA DATE, RAISON ET RÉSULTATS DE LA DERNIÈRE CONSULTATION MÉDICALE ET LE NOM DU MÉDECIN DE L'ENFANT :		
Date : _____ Raison : _____		
Résultats : _____ Nom du médecin : _____		

À COMPLÉTER UNIQUEMENT SI LE CONTRAT COMPORTE LA GARANTIE D'EXONÉRATION DES PRIMES SUR LE PROPRIÉTAIRE OU LE PAYEUR

Déclarations concernant : le propriétaire ou le payeur Occupation : _____

Depuis que cette police a été émise, est-ce que le propriétaire ou le payeur :	OUI	NON
6) A FAIT USAGE DE BOISSONS ALCOOLIQUES OU DROGUES? <i>Si oui, détails.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) A CONSULTÉ UN MÉDECIN OU AUTRE PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ? <i>Si oui, détails.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) A DÉJÀ FAIT OU FAIT USAGE DE MÉDICAMENTS? <i>Si oui, détails.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) A SUBI UN TEST OU UN EXAMEN OU EST EN INVESTIGATION MÉDICALE POUR UN MALAISE, UNE DOULEUR OU TOUT AUTRE TROUBLE? <i>Si oui, détails.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) S'EST FAIT RÉVOQUER SON PERMIS DE CONDUIRE OU A DES POINTS D'INAPTITUDE À SON DOSSIER DE CONDUITE AUTOMOBILE? <i>Si oui, détails.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

POUR TOUTES RÉPONSES AFFIRMATIVES, SVP BIEN VOULOIR COMPLÉTER LE TABLEAU SUIVANT :

N° question	Date (AA/MM/JJ)	Raison	Résultats	Détails appropriés selon la question

SOMME VERSÉE AVEC CETTE PROPOSITION _____ \$

SIGNATURES EN PAGE 2

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

CONVENTION RELATIVE À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL

Les renseignements personnels que L'Union-Vie 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 L'Union-Vie 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 de L'Union-Vie, situé au 142, rue Heriot, Drummondville, Québec J2C 1J8.

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 Bureau de renseignements médicaux, les agents de renseignements personnels, les intermédiaires de marché, toute institution financière, le preneur, notre employeur ou ex-employeur, la C.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q., 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 L'Union-Vie 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 L'Union-Vie 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.

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

Le propriétaire certifie avoir pris connaissance de toutes les questions contenues dans cette proposition. Les réponses données ont été fidèlement reproduites et sont complètes et véridiques. De plus, il consent à ce qu'elles servent de base à la protection demandée et reconnaît que toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la résiliation de cette protection suite à cette déclaration d'assurabilité.

Le propriétaire convient que l'assurance prend effet dès l'acceptation par la Compagnie de cette proposition 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 des personnes à assurer depuis la signature de cette proposition.

Il reconnaît 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.

SIGNATURES

J'accepte la convention relative à la constitution d'un dossier personnel, je consens à la cueillette et à la communication de renseignements personnels à des tiers et reconnais avoir lu la déclaration. **Cette proposition fait partie intégrante de la police susmentionnée.**

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

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

X _____
SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE

X _____
SIGNATURE DU TÉMOIN



Reçu d'avis de prise de renseignements d'ordre
personnel et consentement à cette prise de renseignements

Police N° : _____

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 bureau de renseignements médicaux (Medical Information Bureau), 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 Bureau, celui-ci fournit à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

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

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 Bureau 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 Bureau 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 Bureau 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.