

## À remettre aux personnes à assurer et aux propriétaires

### AVIS

#### DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans le but de protéger le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Assomption Vie est responsable de voir à ce qu'un dossier soit constitué et conservé selon les règles applicables, dans les bureaux d'Assomption Vie 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, 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 service 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 dans le passé.

Aux fins de la sélection des risques, nous pourrions demander une copie de votre rapport de crédit. Aux fins de la sélection des risques et lors de l'étude d'une réclamation, nous pourrions retenir les services d'un enquêteur dans le but d'effectuer une enquête à votre sujet. Celle-ci peut porter sur votre réputation, votre santé, vos finances et votre style de vie. Au cours de cette enquête, des membres de votre famille, amis ou voisins pourraient être questionnés à votre sujet.

Nous pourrions aussi, pour fins de sélection médicale, retenir les services d'un médecin, d'un organisme paramédical ou d'une clinique dans le but de vous faire subir un examen médical, des radiographies, un électrocardiogramme, un prélèvement sanguin ou vous demander un échantillon d'urine ou de salive. Les analyses porteront sur la détermination de plusieurs anomalies possibles dont le diabète, les troubles hépatiques, des reins ou du foie, une maladie des os, un désordre immunitaire, les infections causées par le virus du sida, ainsi que la présence de médicaments, de drogue ou de nicotine ou leurs métabolites et sur la mesure des taux de cholestérol et de lipides sanguins.

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

Lors de l'étude de votre demande d'assurance ou aux fins de la sélection des risques, il se peut que vos renseignements personnels et médicaux soient divulgués à votre représentant en assurance lorsque ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Seuls les employés ou les mandataires (dont tout réassureur, professionnel de la santé ou fournisseur de service) pour qui ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions ou à l'exécution de leur mandat auront accès à votre dossier. Si nécessaire, il se peut que vos renseignements personnels, incluant vos renseignements médicaux, soient également partagés avec vos bénéficiaires ou votre représentant personnel à l'occasion d'une demande de prestation de décès.

Vos renseignements personnels peuvent être accessibles, utilisés et conservés de façon sécuritaire dans d'autres pays et peuvent être soumis à la législation de ces derniers. Il se peut que nous ayons à communiquer vos renseignements personnels à la demande d'une autorité gouvernementale ou à la suite d'une ordonnance d'un tribunal de ces pays.

Assomption Vie 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, les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante : ASSOMPTION VIE, a/s Sélection des risques, C.P. 160, Moncton NB E1C 8L1.

Téléphone : 506-853-6040 ou 1-800-455-7337 / Télécopieur : 1-855-230-2500

#### PRÉAVIS DU MIB, INC. (MIB)

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, Assomption Vie ou ses réassureurs se réservent le droit d'en communiquer un rapport sommaire au MIB, organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie qui fait l'échange de renseignements au nom de ses compagnies membres. Si vous faites une demande d'assurance vie ou d'assurance accidents et maladie auprès d'une autre compagnie membre du MIB ou si une demande de règlement lui est soumise, le MIB communiquera à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède à votre sujet. À titre de société américaine, le MIB est assujéti aux lois américaines applicables, et vos renseignements personnels pourraient être divulgués conformément à ces lois.

Sur réception d'un avis de votre part, le MIB fera le nécessaire pour vous fournir tous les renseignements contenus dans votre dossier. Vous pouvez communiquer avec le MIB en composant le 416-597-0590. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB, des correctifs pourraient être apportés conformément aux procédures prévues dans la loi fédérale américaine intitulée Fair Credit Reporting Act. L'adresse du MIB est la suivante : 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree MA 02184-8734. Visitez le site Web du MIB au [www.mib.com](http://www.mib.com) pour plus de renseignements à leur sujet.

Assomption Vie ou ses réassureurs pourront aussi communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous avez soumis une proposition d'assurance vie ou d'assurance accidents et maladie ou une demande de règlement.

**FORMULAIRE DE DÉCLARATION, AUTORISATION ET SIGNATURE POUR LA PROPOSITION EN LIGNE**
**NUMÉRO DE LA PROPOSITION OU NUMÉRO DE LA POLICE/DE CONFIRMATION**

Le numéro de la proposition ainsi que le numéro de police/de confirmation se trouvent dans la section Propositions sauvegardées de Lia.

Numéro : \_\_\_\_\_ OU numéro de proposition sauvegardée de Lia : \_\_\_\_\_

1. ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)	
<b>Caractéristiques des débits</b>  <i>Cet accord de débit préautorisé est un accord <u>variable</u>.</i>	1. J'autorise Assomption Vie à débiter, en tout temps, les prélèvements réguliers sur mon compte selon mes instructions <u>telles qu'indiquées dans la proposition</u> . 2. Si un débit préautorisé est retourné dû à une insuffisance de provisions au compte, Assomption Vie 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). 4. J'accepte que le premier DPA soit effectué dès la signature des présentes <b>si toutes les conditions préalables de la note de couverture d'assurance provisoire conditionnelle sont remplies</b> , Cochez si vous refusez. <input type="checkbox"/>
<b>Renonciation</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>Annulation</b>	Assomption Vie annulera cet accord de débit préautorisé sur réception d'un avis écrit d'annulation d'au moins 10 jours avant la date d'annulation demandée. 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 Assomption Vie 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 bénéficiaire exclusif du propriétaire de la police d'assurance.

\*Assomption Vie 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.

**AVIS AU PROPRIÉTAIRE DE LA POLICE D'ASSURANCE :** Tout remboursement de primes, s'il y a lieu, sera crédité au compte bancaire à partir duquel les paiements de primes ont été effectués, à moins d'indication contraire dans la police.

## 2. DÉCLARATION DES PERSONNES À ASSURER ET DES PROPRIÉTAIRES

- J'ai demandé que la proposition soit en français, et je demande que tout autre document afférent soit aussi en français.
- J'atteste que tous les renseignements et réponses donnés dans la proposition et dans tout document s'y rapportant sont complets et exacts et je reconnais qu'ils constituent la base du contrat.
- (*Pour toute personne à assurer ayant déclaré être non-fumeur dans la proposition*) Je confirme qu'au cours des douze (12) derniers mois, je n'ai pas fait usage d'une forme quelconque de tabac, de produits contenant de la nicotine, de la marijuana mélangée à de la nicotine ou de cigarettes électroniques.
- Je reconnais que toute déclaration fautive ou inexacte peut rendre la ou les garantie(s) d'assurance annulable au choix d'Assomption Vie dans les deux (2) ans suivant la date d'émission de la police, tout avenant, ou la date de remise en vigueur et que toute fraude ou toute déclaration inexacte sur l'usage du tabac ou de tout produit contenant de la nicotine, de la marijuana mélangée à de la nicotine ou de cigarettes électroniques entraîneront automatiquement la résiliation du contrat émis et aucune réclamation du capital assuré ne sera payable.
- Je comprends que les déclarations d'assurabilité pourront être remplies à l'occasion d'une entrevue téléphonique ou autre, laquelle pourra être enregistrée, et que l'acceptation par Assomption Vie de la proposition reposera, entre autres, sur ces déclarations.
- Je comprends qu'aucun représentant en assurance et aucune personne autre qu'Assomption Vie n'a le droit de modifier ou d'annuler toute question ou disposition de la proposition ou toute disposition du contrat, d'un avenant ou de tout autre document qui fait partie du contrat ni d'y renoncer. Je comprends que tout avis signifié à un représentant en assurance ou tous faits connus de lui ne constituent pas un avis signifié à Assomption Vie ni des faits connus d'Assomption Vie, sauf s'ils sont mis par écrit et intégrés à la proposition.
- Je comprends que la police et tout avenant entrent en vigueur à la plus éloignée des dates suivantes :
  - a. la date à laquelle la proposition est approuvée sans modification ou restriction par Assomption Vie,
  - b. la date d'émission indiquée à la page intitulée « Description de la police » du contrat d'assurance lorsque la proposition est approuvée sans modification ou restriction par Assomption Vie, ou
  - c. la date à laquelle la ou les personne(s) à assurer, selon le cas, signent une modification ou restriction à la proposition à la demande d'Assomption Vie,à condition qu'à cette date :
  - a. la première prime ait été payée du vivant de toutes les personnes à assurer,
  - b. il n'y ait eu aucun changement dans l'assurabilité de toute personne à assurer depuis la signature de la proposition, et
  - c. tous les renseignements et réponses donnés dans la proposition demeurent complets et exacts.
- Je reconnais et accepte qu'Assomption Vie n'assume aucune responsabilité du risque d'assurance avant que la police et tout avenant entrent en vigueur, sous réserve des limites et exclusions du contrat.
- J'accuse réception de l'Avis Dossier et renseignements personnels et du Préavis du MIB, Inc. (MIB).
- Dans le cas où la note de couverture d'assurance provisoire conditionnelle serait disponible pour la proposition soumise et que je satisferais à toutes les conditions préalables, j'en accuse réception et j'en accepte toutes les conditions et modalités.

### 3. AUTORISATION DES PERSONNES À ASSURER

J'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou autre établissement à caractère médical ou paramédical, ainsi que toute compagnie d'assurance, le MIB, agence de crédit et tout autre organisme, 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 échanger avec Assomption Vie ou ses réassureurs aux fins de la sélection des risques et de l'étude des réclamations. J'autorise aussi Assomption Vie à divulguer tous mes renseignements personnels et médicaux aux personnes et aux organismes identifiés dans le présent paragraphe aux fins de la sélection des risques et de l'étude des réclamations, y compris une réclamation de décès.

J'autorise Assomption Vie à divulguer tous les renseignements personnels et médicaux obtenus à mon sujet lors de l'étude de la demande d'assurance ou aux fins de sélection des risques à mon représentant en assurance, lorsque que ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

J'autorise Assomption Vie, ou ses réassureurs, à soumettre au MIB un bref rapport au sujet des renseignements personnels sur ma santé.

J'accepte de me soumettre aux examens médicaux, aux radiographies, aux électrocardiogrammes, aux prélèvements sanguins et de fournir un échantillon d'urine ou de salive, aux fins de la sélection des risques, si nécessaire. Par ailleurs, j'autorise Assomption Vie à communiquer les résultats de ces analyses à ses réassureurs, le cas échéant, à mon médecin traitant et au MIB.

J'autorise Assomption Vie à retenir les services d'un enquêteur au moment de la sélection des risques et lors de l'étude d'une réclamation. Cette enquête, lorsque nécessaire, peut porter sur l'obtention d'information sur ma santé, mes finances et mon style de vie.

Lors de l'étude d'une réclamation, j'autorise tout coroner, toute force policière, ou autre agence possédant des renseignements relatifs à mon décès à les communiquer à Assomption Vie et ses réassureurs.

Cette autorisation demeure en vigueur après mon décès.

Je reconnais qu'une reproduction de cette autorisation a la même validité que l'original.

### 4. NOMS ET SIGNATURES DES PERSONNES À ASSURER, PROPRIÉTAIRES ET PAYEURS

#### PERSONNES À ASSURER ÂGÉES DE 16 ANS OU PLUS

Pour les personnes âgées de **moins de 16 ans**, la signature du **parent ou tuteur légal est requise**

##### Personne à assurer 1

Nom : \_\_\_\_\_ Signature : X \_\_\_\_\_

Signé dans la province : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

##### Personne à assurer 2

Nom : \_\_\_\_\_ Signature : X \_\_\_\_\_

Signé dans la province : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

#### PROPRIÉTAIRES

Si le propriétaire est un **individu**, remplir la **section A** ci-dessous. Si le propriétaire est une **personne morale** (corporation, société, etc.), remplir la **section B** seulement.

**A.** Nom : \_\_\_\_\_ Signature : X \_\_\_\_\_

Signé dans la province : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

Nom : \_\_\_\_\_ Signature : X \_\_\_\_\_

Signé dans la province : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

**B. Personne morale (corporation, société, etc.)**

REEMPLIR SEULEMENT SI LE PROPRIÉTAIRE DE LA POLICE EST UNE PERSONNE MORALE

**Nom de la personne morale :** \_\_\_\_\_

1. Nom de la personne autorisée à signer au nom de la personne morale : \_\_\_\_\_

Titre de la personne autorisée : \_\_\_\_\_

Signature : X \_\_\_\_\_ Signé dans la province : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

2. Nom de la personne autorisée à signer au nom de la personne morale : \_\_\_\_\_

Titre de la personne autorisée : \_\_\_\_\_

Signature : X \_\_\_\_\_ Signé dans la province : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

**PAYEURS (DÉTENTEURS DU COMPTE) POUR DPA**

Si deux signatures sont requises sur le compte bancaire, les deux doivent figurer à la **section A** ci-dessous. Si le payeur est une **personne morale** (corporation, société, etc.), remplir la **section B** seulement.

**A.** Nom : \_\_\_\_\_ Signature : X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

Nom : \_\_\_\_\_ Signature : X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

**B. Personne morale (corporation, société, etc.)**

REEMPLIR SEULEMENT SI LE PAYEUR DE LA POLICE (DÉTENTEUR DU COMPTE BANCAIRE) POUR DPA EST UNE PERSONNE MORALE.

Si deux signatures sont requises sur le compte bancaire, les deux détenteurs du compte doivent signer la présente autorisation.

**Nom de la personne morale :** \_\_\_\_\_

1. Nom de la personne autorisée à signer au nom de la personne morale : \_\_\_\_\_

Titre de la personne autorisée : \_\_\_\_\_

Signature : X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

2. Nom de la personne autorisée à signer au nom de la personne morale : \_\_\_\_\_

Titre de la personne autorisée : \_\_\_\_\_

Signature : X \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

**5. CODE, NOM ET SIGNATURE DU REPRÉSENTANT**

- Le représentant confirme avoir passé en revue avec les personnes à assurer et propriétaires susmentionnés la présente déclaration et autorisation et leur avoir expliqué son contenu.
- Le représentant confirme avoir posé les questions énumérées dans la proposition aux personnes à assurer et aux propriétaires susmentionnés et fait en sorte que celles-ci soient comprises.
- Dans le cas d'une vente en personne, le représentant confirme avoir été témoin de la signature des personnes à assurer, des propriétaires et des payeurs.
- **Pour une vente au Nouveau-Brunswick :** Au cours des douze (12) derniers mois, le représentant confirme avoir vendu au moins trois (3) polices d'assurance dont la personne à assurer n'était pas lui-même ou un membre de sa famille immédiate (conjoint, père, mère, beau-père, belle-mère, fils, fille, beau-fils, belle-fille, soeur, frère, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille). (Si vous n'êtes pas en mesure de faire cette déclaration, prière d'indiquer en cochant dans la case appropriée, si la personne à assurer à la présente proposition (  est) ou (  n'est pas) vous ou un membre de votre famille immédiate.)

Code : \_\_\_\_\_ Nom : \_\_\_\_\_ Signature : X \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_  
(jour/mois/année)

**À NOTER**

Prière de nous remettre ce document rempli par : **télécopieur** : 1-855-430-0591 ou **courrier électronique** : [services.enligne@assomption.ca](mailto:services.enligne@assomption.ca)