

**Avis****DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Dans le cadre de l'administration de votre assurance collective, Assomption Vie recueille des renseignements personnels à votre sujet ainsi qu'au sujet de toute autre personne à assurer. Assomption Vie peut retenir les services d'un administrateur spécialisé pour gérer votre dossier d'assurance ainsi que vos réclamations.

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, la 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 par le passé.

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, la maladie des os, le 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 détermination 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, rapport du coroner ou tout autre renseignement pouvant nous permettre de déterminer les circonstances de votre décès.

Seuls les employés ou 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 soient également partagés avec vos bénéficiaires ou 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, de 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 : 506-869-9797 ou 1-888-869-9797 Télécopieur : 506-853-5434

**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 : 330, avenue University, Bureau 501, Toronto, Ontario M5G 1R7. 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.

### Déclaration de santé

Nom de l'employé(e) \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Police \_\_\_\_\_ Division \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_ Profession \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Genre  M  F Téléphone (résidence) \_\_\_\_\_ Téléphone (travail) \_\_\_\_\_

Si la demande vise une **personne à charge**, indiquer : Son nom \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1. Indiquer : a) Votre taille \_\_\_\_\_ pi /po OU \_\_\_\_\_ m/cm b) Votre poids \_\_\_\_\_ lb OU \_\_\_\_\_ kg  
 c) Nom et adresse de votre médecin \_\_\_\_\_

|  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. Votre poids a-t-il fluctué de plus de 20 lb (9,08 kg) depuis un an? Si oui, spécifier le gain _____ lb/ _____ kg ou la perte _____ lb/ _____ kg et la raison _____. Si la raison est une grossesse, spécifier la date/date prévue d'accouchement. _____ | <b>Oui</b>               | <b>Non</b>               |
|  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3. Y a-t-il quelqu'un parmi vos proches parents biologiques (père, mère, frère et sœur), vivant ou décédé, ayant été diagnostiqué avec l'une des conditions suivantes : diabète, cancer, accident vasculaire cérébral (AVC), troubles cardiaques, sclérose en plaques (MS), maladie du motoneurone (sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou maladie de Lou Gehrig, dystrophie musculaire), maladie d'Alzheimer ou de Parkinson, chorée de Huntington ou maladie polykystique des reins ou toute autre maladie héréditaire? **Si oui, remplir le tableau suivant.**

| Lien de parenté | Maladie<br>(si cancer, préciser la localisation) | Âge au début<br>de la maladie | Âge si<br>vivant | Âge au<br>décès | Cause du décès |                          |                          |
|-----------------|--|-------------------------------|------------------|-----------------|----------------|--------------------------|--------------------------|
|                 |  |                               |                  |                 |                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|                 |  |                               |                  |                 |                |                          |                          |
|                 |  |                               |                  |                 |                |                          |                          |

4. Prenez-vous des médicaments? **Si oui, remplir le tableau suivant :**

| Nom du médicament | Raison | Dosage | Fréquence | Date du début |                          |
|-------------------|--------|--------|-----------|---------------|--------------------------|
|                   |        |        |           |               | <input type="checkbox"/> |
|                   |        |        |           |               | <input type="checkbox"/> |
|                   |        |        |           |               |                          |

5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage d'une forme quelconque de tabac, de produits contenant de la nicotine ou de la marijuana ou fait usage de cigarettes électroniques? **Si oui, spécifier: Type \_\_\_\_\_ Quantité \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_**

6. Êtes-vous au courant d'un symptôme quelconque pour lequel vous n'avez pas encore consulté de médecin ou de spécialiste, ni reçu de traitement, ou pour lequel vous avez consulté un médecin sans avoir reçu de diagnostic? **Si oui, spécifier les symptômes et la date ou la date prévue du rendez-vous :**

7. Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait usage de drogue autre que sur ordonnance médicale ou reçu des conseils ou suivi un traitement pour abus de drogue ou d'alcool? **Si oui, remplir la question 11, à la page suivante.**

8. Au cours des 10 dernières années, avez-vous consulté un médecin ou été traité pour : hypertension, cholestérol élevé, asthme, fibrose kystique ou autre trouble respiratoire, diabète, trouble du dos, du cou ou de la colonne, arthrite, dépression, anxiété ou tout autre trouble nerveux, ulcère, colite ou maladie de Crohn? **Si oui, remplir la question pertinente N° 12 à 19, à la page suivante.**

9. Au cours des 10 dernières années, vous êtes-vous absenté(e) du travail en raison d'une blessure ou d'une maladie pendant plus de 30 jours consécutifs ou avez-vous demandé ou reçu une prestation d'invalidité ou une compensation en raison d'une blessure, maladie ou invalidité? **Si oui, remplir la question 20, à la page suivante.**

10. Avez-vous déjà subi des tests, reçu des soins ou eu connaissance d'un signe quelconque de l'un des troubles ou symptômes suivants? **Si oui, encercler le ou les trouble(s) pertinent(s) à votre état de santé et remplir la question 20, à la page suivante.**

a) Douleur thoracique, souffle au cœur, pouls anormal, électrocardiogramme (ECG) anormal, palpitations, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), anémie ou tout autre trouble cardiaque, des vaisseaux sanguins ou du sang ?

b) Trouble musculaire, des os ou des articulations, amputation, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique, paralysie ou paralysie cérébrale?

c) Convulsion, épilepsie, vertige chronique, évanouissement, maux de tête, sclérose en plaques (MS), maladie du motoneurone (sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou maladie de Lou Gehrig, dystrophie musculaire), maladie d'Alzheimer ou de Parkinson, démence ou tout autre trouble neurologique?

d) Troubles de la glande thyroïde, de la vessie, des reins, du foie (y compris l'hépatite B ou C), de la prostate, des organes génitaux ou reproducteurs, des intestins, de l'estomac, du pancréas ou de la vésicule biliaire?

e) Cancer, leucémie, lymphome, mélanome, tumeur, kyste, nodule, polypes du côlon, trouble des seins ou écoulement inhabituel des seins ou autre changement physique au niveau des seins (autre que chirurgie pour des raisons esthétiques), test PAP anormal ou autre masse anormale?

f) SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), para-sida, anticorps anti-sida ou tout autre trouble du système immunitaire?

g) Trouble des yeux (autre que le port de verres correcteurs), des oreilles, du nez, de la gorge ou de la bouche ou perte de la parole?

h) Êtes-vous atteint d'une déficience congénitale ou physique, d'un trouble ou d'une maladie, ou avez-vous reçu des résultats de tests anormaux non mentionnés ci-dessus?

**Déclarations et autorisations**

• J'atteste par la présente que tous les renseignements et réponses donnés dans cette déclaration de santé, y compris les réponses données aux questions 11 à 20, le cas échéant, et dans tout document s'y rapportant sont complets et exacts, et je reconnais qu'ils constituent la base de ma protection d'assurance.

• Je reconnais que toute déclaration fautive ou inexacte peut rendre toute protection d'assurance annulable. • Il est convenu que l'on peut refuser de m'accorder la protection d'assurance dans sa totalité ou en partie si, de l'avis d'Assomption Vie, je ne suis pas assurable pour une partie ou la totalité de 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 Assomption Vie prend une décision au sujet de ma demande d'assurance doit être déclaré à Assomption Vie. • Il est entendu que le défaut de le faire pourrait entraîner l'annulation de la protection d'assurance. • J'accepte de me soumettre aux examens, électrocardiogrammes, prélèvements sanguins, échantillons d'urine ou de salive aux fins de la sélection des risques. 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, Inc. (MIB) • J'accuse réception de l'Avis **Dossier et renseignements personnels** et du **Préavis du MIB**. • J'autorise Assomption Vie, ou ses réassureurs, à soumettre au MIB un bref rapport au sujet des renseignements personnels sur ma santé. • J'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou autre établissement à caractère médical ou paramédical, ainsi que toute compagnie d'assurance, tout administrateur du régime d'assurance collective, d'un programme gouvernemental ou de tout autre programme ou organisme de prestations, MIB, toute 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 recueillir et les échanger avec Assomption Vie ou ses réassureurs aux fins de sélection des risques et de l'étude des réclamations. • Lors de l'étude d'une réclamation de décès, j'autorise tout coroner, toute force policière et toute autre agence possédant des renseignements relatifs à mon décès à les communiquer à Assomption Vie et ses réassureurs. • J'ai conservé une copie de cette Déclaration de santé. • Je reconnais qu'une copie de cette autorisation a la même validité que l'original.

\_\_\_\_\_  
**Signature de la personne à assurer** (parent ou tuteur légal si la personne à charge est mineure) \_\_\_\_\_  
**Date (JJ/MM/AAAA)**

Nom de la personne à assurer : \_\_\_\_\_

| <b>11. CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUE</b>  |                                |               |             |            |
|--|--------------------------------|---------------|-------------|------------|
| a) Nommez les drogues que vous avez consommées _____   |                                |               |             |            |
| b) Quantité _____ Fréquence _____ Date de la dernière consommation _____   |                                |               |             |            |
| c) Avez-vous consulté un médecin ou subi un traitement à cause de votre consommation de drogues? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui, indiquer la date de la consultation ou du traitement _____   |                                |               |             |            |
| d) Avez-vous consulté un médecin ou subi un traitement à cause de votre consommation d'alcool? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Si oui, indiquer la date de la consultation ou du traitement _____   |                                |               |             |            |
| e) Date de votre dernière consommation d'alcool _____ de drogues _____   |                                |               |             |            |
| <b>12. HYPERTENSION</b>  |                                |               |             |            |
| a) Date d'apparition _____ Cause (si connue) _____   |                                |               |             |            |
| b) Votre tension artérielle est : <input type="checkbox"/> contrôlée <input type="checkbox"/> non contrôlée Date et résultat de votre dernière lecture de tension artérielle _____   |                                |               |             |            |
| <b>13. TAUX ÉLEVÉ DE CHOLESTEROL</b>   |                                |               |             |            |
| a) Date d'apparition _____   |                                |               |             |            |
| b) Votre cholestérol est : <input type="checkbox"/> contrôlé <input type="checkbox"/> non contrôlé   |                                |               |             |            |
| <b>14. ASTHME OU TROUBLE RESPIRATOIRE</b>  |                                |               |             |            |
| a) Type <input type="checkbox"/> asthme <input type="checkbox"/> bronchite aiguë <input type="checkbox"/> bronchite chronique <input type="checkbox"/> emphysème <input type="checkbox"/> autre (spécifier) _____  |                                |               |             |            |
| b) Fréquence des épisodes _____ Date du dernier épisode _____  |                                |               |             |            |
| c) Hospitalisation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dates _____ Arrêt de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dates _____  |                                |               |             |            |
| d) Type de traitement _____ Visite à l'urgence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dates _____  |                                |               |             |            |
| <b>15. DIABÈTE</b>   |                                |               |             |            |
| a) Date d'apparition _____ b) Type de traitement <input type="checkbox"/> insuline <input type="checkbox"/> médicament oral <input type="checkbox"/> régime diabétique _____   |                                |               |             |            |
| c) Date et résultat de votre dernier niveau de glucose _____ et HbA1c _____  |                                |               |             |            |
| d) Avez-vous subi des complications liées au diabète? (des yeux, des reins, de la circulation, neurologiques)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Spécifier _____  |                                |               |             |            |
| <b>16. TROUBLE DU DOS, DU COU OU DE LA COLONNE</b>   |                                |               |             |            |
| a) Quelle partie du dos était touchée? <input type="checkbox"/> cou <input type="checkbox"/> thorax <input type="checkbox"/> bas du dos (région lombo-sacrée) <input type="checkbox"/> autre (spécifier) _____   |                                |               |             |            |
| b) Quelle en était la cause? _____ Diagnostic (si connu) _____   |                                |               |             |            |
| c) Date du premier épisode _____ Date du dernier épisode _____   |                                |               |             |            |
| d) Hospitalisation requise? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dates _____ Arrêt de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dates _____  |                                |               |             |            |
| e) Type de traitement _____ Date du dernier traitement _____   |                                |               |             |            |
| f) Avez-vous passé une radiographie ou autres tests sur votre dos? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, date et résultats _____   |                                |               |             |            |
| g) Avez-vous consulté un spécialiste? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquer la date et le nom du spécialiste _____  |                                |               |             |            |
| h) Avez-vous des restrictions sur vos activités ou limitations de mouvement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Spécifier _____  |                                |               |             |            |
| <b>17. ARTHRITE</b>  |                                |               |             |            |
| a) Type <input type="checkbox"/> rhumatoïde <input type="checkbox"/> ostéoarthrite <input type="checkbox"/> autre (spécifier) _____  |                                |               |             |            |
| b) Date d'apparition _____ Fréquence des épisodes _____ Date du dernier épisode _____  |                                |               |             |            |
| c) Arrêt de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dates _____   |                                |               |             |            |
| d) Type de traitement _____ Date du dernier traitement _____   |                                |               |             |            |
| e) Avez-vous consulté un spécialiste? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquer la date et le nom du spécialiste _____  |                                |               |             |            |
| f) Avez-vous des restrictions sur vos activités ou limitations de mouvement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Spécifier _____  |                                |               |             |            |
| <b>18. DÉPRESSION, ANXIÉTÉ, OU TOUT AUTRE TROUBLE NERVEUX</b>  |                                |               |             |            |
| a) Type de symptômes <input type="checkbox"/> insomnie <input type="checkbox"/> anxiété <input type="checkbox"/> nervosité <input type="checkbox"/> fatigue <input type="checkbox"/> pensées suicidaires <input type="checkbox"/> tentative de suicide <input type="checkbox"/> phobie <input type="checkbox"/> dépression<br><input type="checkbox"/> autre Spécifier _____ |                                |               |             |            |
| b) Date d'apparition _____ Cause _____   |                                |               |             |            |
| c) Fréquence des épisodes _____ Date du dernier épisode _____  |                                |               |             |            |
| d) Hospitalisation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dates _____ Arrêt de travail? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dates _____  |                                |               |             |            |
| e) Type de traitement _____ Date du dernier traitement _____   |                                |               |             |            |
| f) Avez-vous consulté un psychiatre? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquer la date et le nom du psychiatre _____  |                                |               |             |            |
| <b>19. ULCÈRE, COLITE OU MALADIE DE CROHN</b>  |                                |               |             |            |
| a) Type <input type="checkbox"/> ulcère <input type="checkbox"/> colite <input type="checkbox"/> colite ulcéreuse <input type="checkbox"/> maladie de Crohn <input type="checkbox"/> autre (spécifier) _____   |                                |               |             |            |
| b) Fréquence des épisodes _____ Date du dernier épisode _____  |                                |               |             |            |
| c) Hospitalisation? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dates _____ Complications? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Spécifier _____   |                                |               |             |            |
| d) Type de traitement _____ Date du dernier traitement _____   |                                |               |             |            |
| <b>20. SI VOUS AVEZ RÉPONDU OUI À L'UNE DES QUESTIONS AU NUMÉRO 9 OU 10, À LA PAGE PRÉCÉDENTE, FOURNIR LES DÉTAILS CI-DESSOUS.</b>   |                                |               |             |            |
| QUESTION N°  | CONDITION, TROUBLE, DIAGNOSTIC | DATE DE DÉBUT | DATE DE FIN | TRAITEMENT |
|  |                                |               |             |            |
|  | <b>RÉSULTATS</b> _____         |               |             |            |
|  |                                |               |             |            |
|  | <b>RÉSULTATS</b> _____         |               |             |            |
|  |                                |               |             |            |
|  | <b>RÉSULTATS</b> _____         |               |             |            |
|  |                                |               |             |            |
|  | <b>RÉSULTATS</b> _____         |               |             |            |
|  |                                |               |             |            |
|  | <b>RÉSULTATS</b> _____         |               |             |            |