

Proposition

TYPE D'APPLICATION

 Plan Express

 Plan PME

 Association

NOTE IMPORTANTE

Vous devez être bénéficiaire au sens de la loi du régime d'assurance maladie et du régime d'assurance hospitalisation de votre province de résidence.

 Émission

 Modification

 Remise en vigueur
(Police déchuée depuis plus de 90 jours)

 NUMÉRO DE POLICE

 NOM DE LA PME OU DE L'ASSOCIATION

INFORMATION SUR LE REPRÉSENTANT

 Nom du cabinet

 Représentant (gestionnaire)

 NOM

 %

 CODE DE REPRÉSENTANT

 Autre représentant (s'il y a lieu)

 NOM

 %

 CODE DE REPRÉSENTANT

1. RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOTE Les champs **Nom**, **Prénom**, **Date de naissance** et **Âge** doivent être complétés avant d'imprimer le document.

A) ASSURÉ PRINCIPAL

LANGUE DE CORRESPONDANCE

- Français
 Anglais

Acceptez-vous que votre nom soit sur une liste de sollicitation de Croix Bleue ?

Oui Non

 Nom

 Prénom

 Date de naissance

 JOUR

 MOIS

 ANNÉE

 ÂGE

 Lieu de naissance*

 PAYS, PROVINCE

 Sexe M F

 Non-fumeur Fumeur

* Si vous n'êtes pas un citoyen canadien, veuillez indiquer si vous êtes :

 Résident permanent
(immigrant reçu)

 Autre (précisez):

État civil

- Célibataire
 Marié(e)
 Divorcé(e)
 Conjoint de fait

 TÉLÉPHONE

 COURRIEL

Adresse

 N°

 RUE

 APP.

 VILLE

 PROVINCE

 CODE POSTAL

Occupation principale

 FONCTIONS

 DATE D'EMBAUCHE

 % DE TEMPS

 NOM DE L'EMPLOYEUR / ENTREPRISE

 TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR / ENTREPRISE

 SECTEUR D'ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE

 COURRIEL DE L'EMPLOYEUR / ENTREPRISE

Adresse

 N°

 RUE

 BUREAU

 TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYÉ AU TRAVAIL

 VILLE

 PROVINCE

 CODE POSTAL

 COURRIEL DE L'EMPLOYÉ AU TRAVAIL

Autre occupation

 FONCTIONS

 DATE D'EMBAUCHE

 % DE TEMPS

Salaire annuel ou revenu annuel net:

(APRÈS LES DÉPENSES ET AVANT LES IMPÔTS)

B) PROTECTION FAMILIALE, COUPLE OU MONOPARENTALE

Si vous avez choisi une garantie qui comporte une protection familiale, couple ou monoparentale, veuillez remplir cette section :

CONJOINT NOM		PRÉNOM	SEXE	DATE DE NAISSANCE			ÂGE	
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	JOUR	MOIS	ANNÉE		
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F					
ENFANT(S) À CHARGE NOM		PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	SEXE	DATE DE NAISSANCE			ÂGE
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	JOUR	MOIS	ANNÉE	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PRENEUR (SI DIFFÉRENT DE L'ASSURÉ PRINCIPAL)

LANGUE DE CORRESPONDANCE

 Français AnglaisNom Prénom

Si le preneur est une entreprise

NOM DE LA COMPAGNIE Sexe M F

Date de naissance

JOUR

MOIS

ANNÉE

Âge

TÉLÉPHONE [RÉSIDENTE]

TÉLÉPHONE [TRAVAIL]

COURRIEL

Adresse

N°

RUE

APP.

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

3. BÉNÉFICIAIRE(S)

NOTE POUR LES RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT

Toute désignation du conjoint à titre de bénéficiaire est irrévocable, à moins que l'assuré principal ne stipule que la désignation est révocable.

Nom Prénom Lien de parenté Répartition (%) Révocable IrrévocableNom Prénom Lien de parenté Répartition (%) Révocable Irrévocable

4. RENSEIGNEMENTS SUR L'OCCUPATION

(SEULEMENT POUR LES MONTANTS QUI EXCÈDENT LES MAXIMUMS OFFERTS AUX ASSOCIATIONS OU PAR LE PLAN PME)

À compléter seulement si vous désirez souscrire l'assurance invalidité, la rente mensuelle ou les frais généraux.

A) EMPLOYÉS, PROPRIÉTAIRES D'ENTREPRISE ET TRAVAILLEURS AUTONOMES

- a) Désirez-vous soumettre les preuves de revenus: avec la proposition lors d'une réclamation
Si la somme assurée est de 3 500 \$ et plus **OU** que les preuves de revenus sont soumis avec la proposition quel que soit le montant demandé, veuillez fournir les preuves financières complètes des **deux** dernières années.
- b) Êtes-vous: un employé un propriétaire d'entreprise un travailleur autonome
- c) Versez-vous des cotisations à: l'assurance-emploi? Oui Non
la CSST (Québec)? la CSPAAT (Ontario)? Oui Non
- d) Désignation professionnelle ou diplôme: _____
- e) Si vous exercez cet emploi depuis moins de 1 an, _____
indiquez l'emploi précédent: _____
- f) Travaillez-vous au moins 20 heures par semaine? Oui Non
- g) Travaillez-vous au moins 8 mois par année? Oui Non

B) PROPRIÉTAIRES D'ENTREPRISE ET TRAVAILLEURS AUTONOMES SEULEMENT

- a) Nombre d'associés/d'actionnaires: _____ Répartition (%): _____
- b) Avez-vous des contrats établis pour les 12 prochains mois? Oui Non
Si oui, précisez: _____
- c) Travaillez-vous à domicile? Oui Non Si oui, votre bureau est-il accessible au public? Oui Non
Pourcentage (%) de temps travaillé à l'extérieur du domicile: _____
- d) Fonctions—Indiquez les fonctions et le pourcentage de temps consacré à accomplir chaque fonction.

FONCTIONS	POURCENTAGE DE TEMPS	DESCRIPTION DES FONCTIONS
a) Travail manuel	%	
b) Gestion/bureau	%	
c) Ventes	%	
d) Supervision	%	
e) Lieu: bureau	%	
atelier/usine	%	
sur le chantier	%	

5. ASSURANCE EN VIGUEUR

(SEULEMENT POUR LES MONTANTS QUI EXCÈDENT LES MAXIMUMS OFFERTS AUX ASSOCIATIONS OU PAR LE PLAN PME)

- Je n'ai aucune assurance en vigueur.
- J'ai déjà une police d'assurance Croix Bleue. Veuillez inscrire le numéro de contrat: _____

Détenez-vous d'autres polices d'assurance vie, invalidité, maladies graves, soins de longue durée ou invalidité/vie hypothécaire incluant celles avec votre employeur? Oui Non

Si oui, veuillez compléter les renseignements suivants:

NOM DE L'ASSURÉ PRINCIPAL	COMPAGNIE	TYPE DE CONTRAT (Vie, invalidité, maladies graves, soins de longue durée ou invalidité/vie hypothécaire)	TYPE DE CONTRAT		DATE DE MISE EN VIGUEUR	MONTANT
			INDIVIDUELLE	COLLECTIVE		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Si la présente proposition d'assurance remplace la ou les police(s) énumérée(s), veuillez spécifier la ou les police(s):

_____	_____	_____
NOM DE LA COMPAGNIE	GARANTIE	DATE D'ÉCHÉANCE [JJ / MM / AAAA]
_____	_____	_____
NOM DE LA COMPAGNIE	GARANTIE	DATE D'ÉCHÉANCE [JJ / MM / AAAA]

6.1 MÉTHODE DE PAIEMENT **CARTE DE CRÉDIT**

TYPE DE PAIEMENT

- Mensuel
- Annuel


- Amex
- MasterCard
- VISA

N° de la carte

____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____	____ ____ ____ ____
---------------------	---------------------	---------------------	---------------------

Date d'expiration

____ ____	____ ____
MOIS	ANNÉE

_____ 

SIGNATURE DU TITULAIRE DE LA CARTE

NOM (EN LETTRES MOULÉES)

 PRÉLÈVEMENT BANCAIRE AUTOMATIQUE (mensuel)

Veuillez signer l'accord de débits préautorisés (DPA) à la page 5 et joindre un spécimen de chèque.

Désirez-vous que la prime initiale soit prélevée directement sur votre compte? Oui Non

Si non, veuillez joindre un chèque correspondant à la première prime.

 CHÈQUE (annuel)

Veuillez joindre un chèque payable à CROIX BLEUE CANASSURANCE.

Paiement reçu

Un chèque de _____ \$ correspondant à la première (1^{re}) prime est joint à la proposition.

Désirez-vous un reçu aux fins d'impôt? Oui Non

6.2 ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)

A) COORDONNÉES DU PAYEUR

Nom et prénom
(en lettres moulées)

Titulaire du compte

NOM

PRÉNOM

Titulaire conjoint

NOM

PRÉNOM

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

N° de contrat

Nom de l'assuré

Adresse

N°

RUE

APP.

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

CELLULAIRE

COURRIEL

B) RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE BANCAIRE

NOTE

Type de service : personnel

Institution financière

NOM

N° DE L'INSTITUTION

N° DE TRANSIT

N° DE COMPTE

Adresse

N°

RUE

BUREAU

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

C) AUTORISATION DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

- Je, soussigné, autorise l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance, ci-après nommée l'Assureur, à débiter mon compte bancaire, dont le numéro est mentionné ci-dessus, à tous les mois et à la date indiquée ci-dessous ou le jour ouvrable suivant, de la somme de _____ \$, pour le paiement de mon contrat d'assurance. Si aucune date n'est inscrite, je comprends que la date sera déterminée par l'Assureur sans qu'un préavis me soit envoyé.
Date désirée pour le prélèvement : _____ (sauf les 29, 30 et 31).
Je joins un spécimen de chèque
- J'autorise l'Assureur à débiter mon compte bancaire d'un montant ponctuel lorsque nécessaire pour le règlement de sommes dues relatives à mon contrat d'assurance, incluant les frais d'administration et les taxes applicables. Je comprends qu'aux fins du présent Accord, tous les débits préautorisés (DPA) prélevés de mon compte sont des DPA personnels à montant fixe ou variable.
- Par suite d'avenants, d'exclusions ou du renouvellement de mon contrat d'assurance, je comprends que le montant du DPA peut être augmenté ou réduit à une date ultérieure à cet Accord. Je comprends que l'Assureur ne doit m'envoyer un préavis de 30 jours que lors du renouvellement de mon assurance.
- Je comprends que si un DPA est refusé pour insuffisance de fonds, l'Assureur présentera de nouveau le DPA à mon institution financière. J'accepte que les frais d'administration relatifs au refus du DPA soient ajoutés au DPA suivant.
- Je comprends que je dois informer l'Assureur par écrit au moins dix (10) jours ouvrables avant un DPA, de tout changement aux renseignements sur le compte bancaire dont le numéro figure ci-dessus.
- Je comprends que je peux modifier le mode et la fréquence de paiement de mon assurance en communiquant avec le service à la clientèle au **1 800 363-3958 pour le Québec** ou au **1 866 722-3444 pour l'Ontario**. **Je comprends que par suite d'une modification que j'ai demandée, à mon contrat d'assurance ou au présent Accord, et qui modifie le montant de mon DPA, l'Assureur n'est pas tenu de m'envoyer un préavis avant le nouveau DPA.**
- Je comprends que je peux révoquer cette autorisation à tout moment en envoyant à l'Assureur, par écrit, un préavis de 10 jours. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler un accord DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter **www.cdnpay.ca**.
- Je comprends que l'Assureur peut résilier le présent Accord par écrit, avec un préavis de 30 jours, que la résiliation ne met pas fin à mon contrat d'assurance et qu'un autre mode de paiement accepté par l'Assureur remplacera le DPA pour le paiement de mes primes.
- J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter **www.cdnpay.ca**.

D) SIGNATURE

SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE

PRÉNOM ET NOM (EN LETTRES MOULÉES)

DATE [JJ/MM/AAAA]

SIGNATURE DU TITULAIRE CONJOINT (S'IL Y A LIEU)

PRÉNOM ET NOM (EN LETTRES MOULÉES)

DATE [JJ/MM/AAAA]

7. DÉCLARATION – PLAN EXPRESS

A) DÉCLARATION POUR LA GARANTIE ASSISTANCE MALADIES GRAVES

1. Par les présentes, la personne à assurer déclare qu'elle n'a eu aucune proposition d'assurance maladies graves ou de demande de remise en vigueur qui fut refusée, différée, ou acceptée à des conditions spéciales au cours des deux (2) dernières années.
2. Par les présentes, la personne à assurer déclare qu'elle n'a jamais consulté un médecin, été hospitalisée, éprouvé des symptômes et/ou problèmes de santé, consommé des médicaments ou reçu des traitements liés aux conditions suivantes :

<p>a) Conditions cardiovasculaires: infarctus, angine, arythmie, pacemaker, défibrillateur, hypertension, insuffisance cardiaque, pontage, angioplastie, valvulopathie ou remplacement valvulaire, anévrisme de l'aorte, greffe cardiaque, maladie vasculaire périphérique ou toute autre chirurgie cardiaque</p> <p>b) Conditions pulmonaires obstructives chroniques: asthme, emphyseme, bronchite chronique, greffe pulmonaire</p>	<p>c) Conditions neurologiques: accident vasculaire cérébral (AVC), ischémie cérébrale transitoire (ICT)</p> <p>d) Diabète insulinodépendant: diabète traité avec injection d'insuline</p> <p>e) Insuffisance rénale, greffe rénale</p> <p>f) Conditions gastro-intestinales: cirrhose, hépatite, ulcère, saignement interne, greffe du foie, chirurgie pour occlusion intestinale</p> <p>g) Cancer ou tumeur maligne</p>
---	--
3. Par les présentes, la personne à assurer déclare qu'au cours des cinq (5) dernières années elle n'a subi aucune cure de désintoxication (en établissement ou cure libre) suite à une consommation d'alcool ou de drogue, et n'a fait aucun usage de drogue dures telles que : opium, héroïne, morphine, codéine, demerol, barbituriques, amphétamine, cocaïne, hallucinogènes ou stéroïdes anabolisants ou méthadone avec ou sans prescription d'un médecin.
4. La personne à assurer déclare qu'elle n'est pas en attente de résultats de tests médicaux ni sous investigation médicale.

Signé à _____ VILLE

ce _____ JOUR jour d _____ MOIS, ANNÉE

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT



8. FORMULAIRE PME (QUÉBEC)

A) RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Détenez-vous une police d'assurance collective depuis au moins deux (2) ans avec le même assureur?

Oui Non

Si vous avez répondu oui, avec quel assureur? _____

Note: Dans le cas d'une réponse positive, l'exclusion pour conditions préexistantes mentionnée à la **Déclaration (Option a)** n'est pas applicable.

B) DÉCLARATION (OPTION A)

NOTE

Si les personnes à assurer ont complété une déclaration de santé et qu'elles ont été acceptées par l'assureur, l'assureur s'engage à ne pas appliquer l'exclusion pour conditions préexistantes.

NOTE

Aucun représentant n'est autorisé à établir ou à modifier un contrat de l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance, à déterminer si une personne à assurer constitue un risque acceptable ou à renoncer au nom de l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance à quelque droit ou exigence que ce soit.

1. Par les présentes, chacune des personnes à assurer déclare qu'en date de la signature de la présente demande :

a) ne pas être invalide, ne pas être hospitalisée ni en attente d'une hospitalisation, ni atteinte ou ni avoir été atteinte d'un cancer ou du sida ou d'une forme de pré-sida

b) être actif au travail

c) n'avoir jamais eu de proposition d'assurance vie, de rente mensuelle, d'invalidité, de frais généraux ou de remise en vigueur qui fut refusée, différée, retirée ou acceptée à des conditions spéciales **(clause applicable seulement aux employés d'une PME ne détenant aucune assurance salaire (invalidité))**

d) que dans les vingt-quatre (24) derniers mois, ne pas avoir consulté, été suivie ou traitée par un médecin ou pris des médicaments pour l'une des conditions suivantes :

- Troubles psychologiques, nerveux, mentaux, émotifs (tels que dépression, stress, anxiété, épuisement, troubles de comportement, syndrome de fatigue ou de douleur chronique ou fibromyalgie)
- Troubles des articulations (tels que arthrite, arthrose, tendinite, bursite)
- Troubles de la colonne vertébrale (tels que hernie discale, lombalgie, cervicalgie)

2. De plus, chacune des personnes à assurer a pris connaissance de la clause suivante :

Exclusion pour conditions préexistantes (applicable aux garanties Vie temporaire 65 ans, Rente mensuelle en cas d'accident et maladie, Invalidité en cas d'accident et maladie et Frais généraux)

À l'égard de tout montant accordé avec la déclaration du Formulaire PME, aucune prestation ne sera payable pour une demande de règlement reliée à un événement survenu au cours des douze (12) premiers mois suivant l'entrée en vigueur de l'assurance si elle résulte d'une condition pour laquelle la personne à assurer a consulté un médecin, pris des médicaments, reçu des traitements médicaux ou s'est fait prescrire des tests diagnostiques dans la période de douze (12) mois précédant la date de prise d'effet de son assurance.

3. Chacune des personnes à assurer déclare que toutes les réponses et explications données dans ce formulaire sont complètes et véridiques.
4. Elles reconnaissent que toute omission et fausse déclaration peut entraîner l'annulation de la police d'assurance ou le rejet d'une demande de règlement qui serait autrement valable.

Signé à :

VILLE

ce

JOUR

jour d

MOIS, ANNÉE



SIGNATURE DE L'ASSURÉ PRINCIPAL



SIGNATURE DU CONJOINT



SIGNATURE DU REPRÉSENTANT

**9. FORMULAIRE PME (ONTARIO)****A) DÉCLARATION ABRÉGÉE****NOTE**

Si les personnes à assurer ont rempli une déclaration de santé et qu'elles ont été acceptées par l'assureur, l'exclusion pour conditions préexistantes énoncée ci-dessus ne s'appliquera pas aux conditions mentionnées dans la déclaration de santé

1. Par les présentes, chacune des personnes à assurer déclare n'avoir jamais eu de proposition d'assurance ou de remise en vigueur qui fut refusée, différée, retirée ou acceptée à des conditions spéciales (**clause applicable seulement aux employés d'une PME ne détenant aucune assurance salaire (invalidité)**).
2. De plus, chacune des personnes à assurer a pris connaissance de la clause suivante :

Exclusion pour conditions préexistantes (applicable aux garanties Vie temporaire 65 ans, Rente mensuelle en cas d'accident et maladie, Invalidité en cas d'accident et maladie et Frais généraux)

À l'égard de tout montant accordé avec la déclaration du Formulaire PME, aucune prestation ne sera payable pour une demande de règlement reliée à un événement survenu au cours des douze (12) premiers mois suivant l'entrée en vigueur de l'assurance si elle résulte d'une condition pour laquelle la personne à assurer a consulté un médecin, pris des médicaments, reçu des traitements médicaux ou s'est fait prescrire des tests diagnostiques dans la période de douze (12) mois précédant la date de prise d'effet de son assurance.

Signé à : _____ ce _____ jour d _____

VILLE JOUR MOIS, ANNÉE

SIGNATURE DE L'ASSURÉ PRINCIPAL

SIGNATURE DU CONJOINT

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT

Note: Aucun représentant n'est autorisé à établir ou à modifier un contrat de l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance, à déterminer si une personne à assurer constitue un risque acceptable ou à renoncer au nom de l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance, à quelque droit ou exigence que ce soit.

B) DÉCLARATION DE SANTÉ ABRÉGÉE
 (à compléter pour la garantie Médicaments protection de luxe)

	ASSURÉ PRINCIPAL	CONJOINT	ENFANT
1. Dans les douze (12) derniers mois, les personnes à assurer ont-elles pris ou prennent-elles des médicaments ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Les personnes à assurer ont-elles été informées par un médecin qu'elles souffraient d'une maladie chronique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des questions, précisez ci-dessous :

QUESTION N°	PRÉNOM DE LA PERSONNE	PRÉCISIONS SUR LE DIAGNOSTIC, LE TRAITEMENT, LA MÉDICATION ET LA CONDITION ACTUELLE	DATE DE CHAQUE SURVENANCE	DURÉE DES SYMPTÔMES	DURÉE D'ABSENCE AU TRAVAIL	NOMS ET ADRESSES DES MÉDECINS ET DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX

Chacune des personnes à assurer déclare que toutes les réponses et explications données dans ce formulaire sont complètes et véridiques. Elles reconnaissent que toute omission et fausse déclaration peut entraîner l'annulation de la police d'assurance ou le rejet d'une demande de règlement qui serait autrement valable.

Signé à : _____ ce _____ jour d _____

VILLE JOUR MOIS, ANNÉE

SIGNATURE DE L'ASSURÉ PRINCIPAL

SIGNATURE DU CONJOINT

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT

10. FORMULAIRE ASSOCIATION

A) DÉCLARATION

NOTE

Si les personnes à assurer ont rempli une déclaration de santé et qu'elles ont été acceptées par l'assureur, l'exclusion pour conditions préexistantes énoncée ci-dessus ne s'appliquera pas aux conditions mentionnées dans la déclaration de santé.

NOTE

Aucun représentant n'est autorisé à établir ou à modifier un contrat de l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance, à déterminer si une personne à assurer constitue un risque acceptable ou à renoncer au nom de l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance à quelque droit ou exigence que ce soit.

1. Par les présentes, chacune des personnes à assurer déclare :

- a) ne pas avoir été diagnostiquée ou avoir consulté un professionnel de la santé pour l'une des conditions suivantes :
- Troubles musculo-squelettiques (ayant causé un absentéisme au cours des douze (12) derniers mois)
 - Affection de la colonne vertébrale (ayant causé une absence du travail de cinq (5) jours ouvrables ou plus durant les vingt-quatre (24) derniers mois)
 - Maladie d'Alzheimer
 - Anévrisme de l'aorte thoracique ou abdominale
 - Arthrite rhumatoïde ou psoriasique
 - Cancer du sein
 - Cancer (diagnostic dans les 5 dernières années, sauf cancer basocellulaire de la peau et cancer in situ du col utérin)
 - Cirrhose hépatique
 - Diabète (type 1 ou 2)
 - Épilepsie (grand mal, crise en dedans de 6 mois)
 - Syndrome de fatigue chronique
 - Fibromyalgie
 - Hépatite B ou C
 - Insuffisance rénale chronique
 - Ischémie cérébrale transitoire
 - Leucémie
 - Lymphome
 - Lupus érythémateux disséminé
- Maladies cardiaques (angine de poitrine, infarctus du myocarde, pontage coronarien, angioplastie coronarienne, syndrome coronarien aigu) ou valvulopathie (toute atteinte des valves cardiaques)
 - Maladie inflammatoire de l'intestin (ayant causé une absence du travail de plus de quinze (15) jours ouvrables durant les vingt-quatre (24) derniers mois)
 - Maladie pulmonaire obstructive chronique
 - Maladie vasculaire périphérique
 - Pancréatite chronique
 - Maladie de Parkinson
 - Sclérose en plaques
 - Sclérose latérale amyotrophique
 - Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)
 - Syndrome myéloprolifératif
 - Transplantations d'organes
 - Trouble psychologique ou psychiatrique (actuellement sous traitement ou ayant requis dans le passé un traitement de plus d'un an)
 - Dépendance aux drogues
 - Dépendance à l'alcool
- b) ne pas être hospitalisée ou invalide à la date de signature de la présente demande;
- c) n'avoir jamais eu de proposition d'assurance ou de remise en vigueur qui fut refusée, différée, retirée ou acceptée à des conditions spéciales.

2. Chacune des personnes à assurer déclare avoir pris connaissance de la clause suivante :

Exclusion pour conditions préexistantes (applicable aux garanties Vie temporaire 65 ans, Vie-Protection hybride, Rente mensuelle en cas d'accident et de maladie, Invalidité en cas d'accident et de maladie, Invalidité-Protection hybride et Frais généraux)

À l'égard de tout montant accordé avec la déclaration du Formulaire Association, aucune prestation ne sera payable pour une demande de règlement reliée à un événement survenu au cours des douze (12) premiers mois suivant l'entrée en vigueur de l'assurance si elle résulte d'une condition pour laquelle la personne à assurer a consulté un médecin, pris des médicaments, reçu des traitements médicaux ou s'est fait prescrire des tests diagnostiques dans la période de douze (12) mois précédant la date de prise d'effet de son assurance.

Signé à :


VILLE

ce


JOUR

jour d


MOIS, ANNÉE

_____ 

SIGNATURE DE L'ASSURÉ PRINCIPAL

_____ 

SIGNATURE DU CONJOINT

_____ 

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT

AUTORISATION (NON REQUIS POUR LES GARANTIES DU PLAN EXPRESS)**SEULEMENT POUR
LES MONTANTS
QUI EXCÈDENT LES
MAXIMUMS OFFERTS
AUX ASSOCIATIONS
OU PAR LE PLAN PME**

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité et celle de mes personnes à charge aux produits et prestations d'assurance, j'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le Bureau de renseignements médicaux (MIB), la Régie de l'assurance maladie du Québec ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou à celui de mes personnes à charge, y compris des antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé l'Assureur), à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'assureur dans le cadre du traitement de ma demande.

J'autorise l'Assureur ou ses réassureurs à transmettre un bref rapport de mes informations médicales au MIB et à échanger les renseignements qu'il détient avec les personnes et organismes mentionnés précédemment.

Cette autorisation sera valide pendant toute la durée du contrat.

Une photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'original.



SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER
(Preneur si la personne à assurer a moins de
14 ans (Québec) ou moins de 16 ans (Ontario))

NOM (EN LETTRES MOULÉES)

DATE [JJ/MM/AAAA]

NUMÉRO DE LA PROPOSITION

AUTORISATION (NON REQUIS POUR LES GARANTIES DU PLAN EXPRESS)**SEULEMENT POUR
LES MONTANTS
QUI EXCÈDENT LES
MAXIMUMS OFFERTS
AUX ASSOCIATIONS
OU PAR LE PLAN PME**

Afin d'évaluer et de déterminer mon admissibilité et celle de mes personnes à charge aux produits et prestations d'assurance, j'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement médical, compagnie d'assurances, réassureur, le Bureau de renseignements médicaux (MIB), la Régie de l'assurance maladie du Québec ou tout autre organisme, institution, employeur, courtier, agent, représentant ou toute personne détenant des renseignements à mon sujet ou à celui de mes personnes à charge, y compris des antécédents médicaux, à communiquer ou transmettre ces renseignements à l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance (ci-après nommé l'Assureur), à son réassureur, ses vérificateurs internes et externes ainsi que tout professionnel et toute organisation mandatés par l'assureur dans le cadre du traitement de ma demande.

J'autorise l'Assureur ou ses réassureurs à transmettre un bref rapport de mes informations médicales au MIB et à échanger les renseignements qu'il détient avec les personnes et organismes mentionnés précédemment.

Cette autorisation sera valide pendant toute la durée du contrat.

Une photocopie de cette autorisation est aussi valide que l'original.



SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER
(Preneur si la personne à assurer a moins de
14 ans (Québec) ou moins de 16 ans (Ontario))

NOM (EN LETTRES MOULÉES)

DATE [JJ/MM/AAAA]

À REMETTRE À LA PERSONNE À ASSURER

REÇU

Reçu la somme de _____ \$ à Croix Bleue, pour la personne à assurer _____.
Ce montant correspond à la première (1^{re}) prime.

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT

DATE [JJ/MM/AAAA]

AVIS RELATIF À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL

En souscrivant à l'un de nos produits d'assurance, vous consentez à la cueillette, à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels, aux fins d'évaluation de votre demande de souscription, de confirmation de couverture et/ou de traitement et de paiement de vos demandes de règlements.

Les renseignements personnels fournis, colligés dans votre dossier d'assurance, demeureront confidentiels et en lieu sûr à nos bureaux.

Ces renseignements ne seront accessibles qu'au personnel et aux représentants autorisés devant les utiliser pour les fins ci-haut mentionnées.

Votre dossier sera détenu dans les bureaux de l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance. Sur réception d'une demande écrite, vous pouvez avoir accès à votre dossier d'assurance et, le cas échéant, demander que vos renseignements soient mis à jour et/ou corrigés.

Pour toute information additionnelle concernant la cueillette, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, ou sur la gestion de ces renseignements, vous pouvez visiter notre site Internet ou nous écrire :



POUR LE QUÉBEC

www.qc.croixbleue.ca

RESPONSABLE DE L'ACCÈS À L'INFORMATION

CROIX BLEUE DU QUÉBEC

550, rue Sherbrooke Ouest, bureau B-9
Montréal (Québec) H3A 3S3



POUR L'ONTARIO

www.useblue.com

DIRECTEUR GÉNÉRAL DE LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

ASSOCIATION D'HOSPITALISATION CANASSURANCE ET/OU
CANASSURANCE COMPAGNIE D'ASSURANCE

185, The West Mall, bureau 610
Etobicoke (Ontario) M9C 5P1

protectionconfidentialite@ont.bluecross.ca

AVIS RELATIF AU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ET À L'ÉCHÉANCE DE RENSEIGNEMENTS

**SEULEMENT POUR
LES MONTANTS
QUI EXCÈDENT LES
MAXIMUMS OFFERTS
AUX ASSOCIATIONS
OU PAR LE PLAN PME**

Les renseignements concernant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. Toutefois l'assureur ou ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au Bureau de renseignements médicaux, organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie et effectuant des échanges de renseignements au nom des assureurs membres. Si vous souscrivez à une assurance vie ou à une assurance maladie auprès d'un autre assureur, membre du Bureau, le Bureau fournira à cet assureur, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

Tous les assureurs, y compris l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance, font parfois rédiger un compte rendu d'enquête en application des normes relatives au traitement des propositions. Le compte rendu comprend normalement des renseignements sur la personne à assurer et sur son mode de vie.

Sur réception d'une demande de votre part, le Bureau de renseignements médicaux prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre fiche, à l'exception des renseignements médicaux qui ne sont communiqués qu'à votre médecin. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pourrez lui demander une rectification à l'adresse suivante :

Bureau de renseignements médicaux

330, avenue University, bureau 501
Toronto (Ontario) M5G 1R7
Téléphone : 416 597-0590
Télécopieur : 416 597-1193

« Le Bureau de renseignements médicaux (MIB) reçoit des informations personnelles. La détention, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements est soumise à l'application de la *Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé* du Québec et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE)* et de toute autre loi canadienne similaire. »

Par conséquent, le MIB protège ces informations de façon similaire aux pratiques de l'assureur en matière de confidentialité et de sécurité, et ce, en accord avec les lois applicables au Québec et au Canada. En tant qu'organisation basée aux États-Unis, le MIB est également soumis aux lois américaines et de telles informations personnelles peuvent être divulguées en accord avec législations applicables. Si vous avez des questions concernant l'engagement du MIB à assurer la confidentialité et la sécurité de vos informations personnelles, vous pouvez contacter le Département de la confidentialité du MIB au privacy@mib.com