

ODY-*max*
PLAN ASSOCIATION

Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire

AVIS

DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Cet avis s'applique à vous, l'assuré, ainsi qu'à vos personnes à charge pour qui vous faites une demande d'assurance.

Dans le cadre de l'administration de votre régime d'assurance, l'assureur recueille des renseignements personnels à votre sujet ainsi qu'au sujet de toute autre personne à assurer. L'assureur peut retenir les services d'un administrateur spécialisé pour gérer votre dossier d'assurance y compris la gestion de vos réclamations.

Dans le but de protéger le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, l'assureur est responsable de voir à ce qu'un dossier soit constitué et conservé selon les règles applicables, dans les bureaux de l'assureur 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 services, 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, nous pourrions exiger une copie de votre dossier médical.

S'il s'agit d'une couverture familiale, les relevés et les chèques de règlement, qui peuvent contenir des renseignements personnels sur votre conjoint et vos personnes à charge, vous seront automatiquement envoyés en votre qualité de participant au régime. Vous devez donc aviser les membres de votre famille que ces renseignements vous seront communiqués.

Lors de l'étude d'une réclamation, nous pourrions exiger une copie de votre dossier médical. Nous pourrions aussi retenir les services d'un enquêteur dans le but d'effectuer une enquête à votre sujet. Cette enquête peut porter sur votre santé, vos finances et votre style de vie. Lors de cette enquête, des membres de votre famille, vos amis ou vos voisins pourraient être interrogés à votre sujet.

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

Seuls les employés ou mandataires (dont tout professionnel de la santé ou pharmacien) pour qui ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions ou à l'exécution de leur mandat auront accès à votre dossier. L'assureur 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 Assurance collective
770, RUE MAIN / C.P. 160
MONCTON, NB E1C 8L1
Tél. 1-888-869-9797 Téléc. 1-855-401-9068

CANASSURANCE Compagnie d'Assurance
550, RUE SHERBROOKE OUEST
BUREAU B-9
MONTRÉAL (QUÉBEC) H3A 3S3
Canada et É-U 1-833-243-2433
Autres pays 514-370-2433

À remettre à la personne à assurer

ODY-max

PLAN ASSOCIATION

Assurance maladie complémentaire, voyage et dentaire

PROPOSITION D'ASSURANCE			
<input type="checkbox"/> Nouvelle adhésion <input type="checkbox"/> Ajout ou modification à une police existante <input type="checkbox"/> Remise en vigueur N° de contrat:			
Association :	Renseignement sur le représentant	Code	%
Nom de l'entreprise:	Nom du représentant 1 (administrateur) :		
	Nom du représentant 2 :		
1. RENSEIGNEMENT SUR L'ASSURÉ(E)			
Agence:	Profession/métier :		
Prénom :	Nom :		
Date de naissance : JJ / MM / AAAA	Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Préférence linguistique : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Adresse : _____ Case postale N° et rue App Ville Province Code postal			
Téléphone : _____ Domicile Bureau Cellulaire			
Courriel : _____			
2. CHOIX DE RÉGIME			
Prière de cocher une seule case : <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Monoparental			Prime mensuelle \$
Assurance maladie complémentaire* *Le régime de médicaments ne s'applique pas aux personnes résidant au Québec	Plan 1 (de base) Complétez toutes les sections de cette proposition, sauf la section 6		
	Plan 2 (de luxe) Complétez toutes les sections de cette proposition		
	Plan 3 (Optimum) Complétez toutes les sections de cette proposition		
Assurance Voyage			Inclus dans AMC
Assurance dentaire	Plan 1 (de base)		
	Plan 2 (de luxe)		
		Prime mensuelle totale	
		Prime annuelle totale = (Prime mensuelle totale x 12)	

3. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT ET LES ENFANTS À CHARGE*

Veuillez noter que l'information des personnes à assurer doit être indiquée ci-dessous.				Date de naissance		
	Prénom	Nom	Sexe	Jour	Mois	Année
Conjoint(e)			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Enfant à charge			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Enfant à charge			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Enfant à charge			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Enfant à charge			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Enfant à charge			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

(1) Si conjoint(e) de fait, indiquer la date du début de cohabitation : (JJ/MM/AAAA)_____/_____/_____.

***Enfant à charge** signifie un enfant célibataire, légitime, naturel ou adoptif de l'assuré, de son conjoint ou des deux, qui dépend de l'assuré pour son soutien et qui :

- 1) est âgé de plus de 24 heures et de moins de 21 ans et ne travaille pas plus de 20 heures par semaine, à moins d'être un étudiant à temps plein;
- 2) est âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 26 ans s'il étudie régulièrement de jour, à temps plein, dans une institution d'enseignement reconnue; ou
- 3) quel que soit son âge, est atteint d'une invalidité physique ou mentale résultant d'un accident ou d'une maladie et nécessitant des soins médicaux réguliers. L'invalidité doit avoir débuté alors qu'il était un enfant à charge comme défini précédemment et doit rendre cette personne totalement incapable d'exercer un emploi rémunérateur.

****Si l'enfant à charge est âgé de plus de 21 ans et est étudiant à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue, prière de remplir le formulaire pour enfant à charge ayant dépassé la limite d'âge.**

4. DONNÉES BANCAIRES POUR REMBOURSEMENT DE RÉCLAMATIONS SEULEMENT

Prière de joindre un chèque avec la mention « NUL »

Nom de l'institution financière:

Adresse de l'institution financière:

Insérez les numéros figurant au bas du chèque, tel que démontré dans l'exemple suivant.



Numéro de succursale:

Numéro de l'institution financière :

Numéro du compte :

5. PRIMES ET MODE DE PAIEMENT

Débit préautorisé mensuel _____ \$ (Voir section Accord de débit préautorisé)

Date de retrait souhaitée : le _____ jour de chaque mois (**sauf les 29, 30 et 31**)

Débit préautorisé annuel _____ \$ (Voir section Accord de débit préautorisé)

La date de retrait initial sera la même que la date d'émission de la police. Par la suite, la date de retrait sera la même que la date de renouvellement.

Annuel _____ \$

Établir votre chèque à l'ordre de : « **Groupe Financier Odyssee – en fiducie** », représentant autorisé de l'assureur.

ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Information bancaire	<p>Prière de joindre un chèque avec la mention « NUL »</p> <p>Nom de l'institution financière : _____ Nom du payeur : _____</p> <p>Adresse de l'institution financière : _____ Adresse du payeur: _____</p> <p>_____</p> <p>Numéro de succursale : ____ - ____ - ____ - ____</p> <p>Numéro de l'institution financière : ____ - ____ - ____</p> <p>Numéro de compte : _____</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;"> "0000" 1:0000000000000000 000000000000 Succursale Banque Numéro de compte </p> </div>	
Type de service	<p><input type="checkbox"/> Personnel - Si les fonds sont prélevés sur un compte bancaire personnel</p> <p><input type="checkbox"/> Entreprise - Si les fonds sont prélevés sur un compte bancaire d'entreprise</p>	
Caractéristiques des débits	<p>1. J'autorise l'assureur ou son représentant autorisé, à débiter, en tout temps, les prélèvements réguliers sur mon compte selon mes instructions telles qu'indiquées dans la proposition.</p> <p>2. Si un débit préautorisé est retourné dû à une insuffisance de provisions au compte, l'assureur ou son représentant autorisé, prélèvera du même compte bancaire, sans préavis, des frais de 25 \$.</p> <p>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).</p>	
Renonciation	<p>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*</p>	
Annulation	<p>Vous pouvez annuler cet accord de débit préautorisé en tout temps, à condition d'envoyer un avis écrit de 10 jours à l'assureur ou son représentant autorisé. Contactez votre institution financière à propos de vos droits concernant l'annulation d'un DPA. (Un formulaire d'annulation standard est disponible à www.cdnpay.ca.)</p>	
Mode de paiement	<p>L'annulation de cet accord de débit préautorisé n'affectera en aucune façon l'accord en vigueur entre vous et l'assureur pourvu que le paiement soit soumis d'une autre manière.</p>	
Recours et remboursement	<p>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 www.cdnpay.ca.</p>	
Droits exclusifs	<p>Tous les montants transférés du compte préautorisé pour le paiement des primes sont pour le bénéfice exclusif du propriétaire de la police d'assurance.</p>	
<p>*L'assureur 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.</p>		
Date et signature	<p>_____</p> <p>Date</p>	<p>_____</p> <p>Signature du propriétaire du compte</p> <p>_____</p> <p>2^e Signature (si applicable)</p>

Les protections assurance maladie complémentaire et soins dentaires sont tarifées par :

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie 770, rue Main / C.P. 1 60 Moncton N.-B. E1C 8L1 |

Tél. 1-888-869-9797 Téléc. 1-855-401-9068 Courriel : collectif@assomption.ca

L'Assurance Voyage est tarifée par CANASSURANCE Compagnie d'Assurance.

6. QUESTIONS MÉDICALES – POUR RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE PLAN 2 (DE LUXE) ET PLAN 3 (OPTIMUM)

Les références aux résultats de tests n'incluent pas les tests génétiques. Un test génétique est un test visant l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telle la prédiction de maladies ou de risques de transmission verticale. Ne divulguez aucun renseignement au sujet des tests génétiques dans cette demande ou dans tout autre questionnaire ou formulaire. Cependant, vous devez répondre honnêtement à toutes les autres questions, y compris les informations relatives à tous les autres types de tests médicaux.

L'assuré, à titre personnel et en sa qualité de représentant autorisé de toute personne assurée, déclare par la présente qu'il/elle et toute personne assurée n'a pas été diagnostiqué, hospitalisé, traité, prescrit un médicament ou eu connaissance d'un signe quelconque de l'un des maladies ou troubles suivants au cours des 12 derniers mois :

- Sida (syndrome d'immunodéficience acquise), syndrome pré-sida, reçu des résultats positifs à un test pour le sida ou tout autre trouble immunologique;
- Hypertension artérielle, taux élevé de cholestérol, arythmie, angine, crise cardiaque, ou tout autre trouble cardiaque ou sanguin;
- Ulcère, colite, maladie de Crohn, troubles de l'estomac, du pancréas, des intestins ou du foie, y compris l'hépatite B ou C ou tout autre trouble gastro-intestinal;
- Anxiété, dépression, fatigue chronique, autisme, trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité ou tout autre trouble mental, nerveux ou émotif;
- Arthrite, amputation, fibromyalgie, douleurs chroniques, trouble du cou ou du dos ou tout autre trouble des os ou des articulations;
- Acné, psoriasis ou tout autre trouble de la peau;
- Infections chroniques de la vessie, trouble des reins, de la vessie, de la prostate ou du système reproducteur;
- Dépendance à l'alcool ou à la drogue;
- Diabète (sauf diabète gestationnel et que vous n'êtes pas présentement enceinte et que la possibilité de diabète a été écartée);
- Apnée du sommeil, asthme, bronchite chronique, maladie pulmonaire obstructive chronique, emphysème ou tout autre trouble respiratoire ou des poumons;
- Maux de tête chroniques, migraines, AIT (accident ischémique transitoire), accident vasculaire cérébral, convulsions, paralysie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, démence, sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou tout autre trouble neurologique;
- Cancer, tumeur ou leucémie;
- Toute déficience physique, malformation physique ou maladie non énumérée ci-dessus.

Signé à _____, ce _____ jour de _____ 20 ____.
(Province)

Signature de la personne à assurer

Signature du représentant

7. DÉCLARATIONS, AUTORISATIONS ET SIGNATURES

À la date de signature de cette proposition, la personne à assurer, à titre personnel et en sa qualité de représentant autorisé de toute personne à assurer, déclare par la présente ce qui suit en ce qui le concerne ou qui concerne chacune des personnes à assurer éligible.

(a) Il/Elle travaille actuellement ou sinon, il/elle n'est pas invalide ou ne reçoit aucune forme de prestations d'invalidité;

(b) Il/Elle n'est pas actuellement hospitalisé(e) ou en attente d'une admission à l'hôpital (incluant la chirurgie d'un jour)

(c) Il/Elle n'a pas reçu de diagnostic ou subi de traitement (incluant médicaments) pour tout type de cancer au cours des cinq (5) dernières années (sauf pour le carcinome basocellulaire);

(d) Il/Elle n'a pas obtenu de résultats positifs sur le test de dépistage des anticorps du virus du sida ou reçu un diagnostic de sida (syndrome d'immunodéficience acquise) ou de para-sida. Initiale

- Je confirme que chaque personne à assurer éligible détient une carte valide du plan de santé de son gouvernement provincial.
- J'atteste avoir obtenu le consentement de mes personnes à charge (conjoint/conjointe et/ou enfants) pour souscrire au présent régime d'assurance individuelle en leur nom. (Seulement applicable si vous avez demandé des garanties pour couvrir votre conjoint/conjointe et/ou vos enfants.)
- J'atteste que tous les renseignements et réponses donnés dans le présent document sont complets et exacts.
- J'atteste par la présente que tous les renseignements et réponses donnés sont complets et exacts, et je reconnais qu'ils constituent la base de ma protection d'assurance.
- Je reconnais que toute déclaration fausse ou inexacte peut rendre toute protection d'assurance annulable.
- Il est convenu que l'on peut refuser de m'accorder la protection d'assurance demandée si, de l'avis de l'assureur, je ne suis pas assurable pour 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 l'assureur prend une décision au sujet de ma demande d'assurance doit être déclaré à l'assureur.
- Je comprends que le défaut de le faire pourrait entraîner l'annulation de la protection d'assurance.
- 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, d'un programme gouvernemental ou de tout autre programme ou organisme de prestations, 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 l'assureur ou ses réassureurs aux fins de sélection des risques et de l'étude des réclamations. Ces informations peuvent être de nature médicale ou autre.
- Lors de l'étude d'une réclamation, j'autorise, toute force policière et toute autre agence possédant des renseignements relatifs à ma réclamation à les communiquer à l'assureur et ses réassureurs.
- J'ai conservé une copie de ce document.
- J'autorise l'assureur à déposer dans le compte bancaire désigné tous mes remboursements de règlement liés à mes demandes.
- J'accuse réception de l'avis **Dossiers et renseignements personnels** de l'assureur.
- Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification ou de sa remise en vigueur.
- Je reconnais qu'une reproduction de cette autorisation a la même validité que l'original.
- J'autorise l'assureur ou Groupe Financier Odyssee Inc. à utiliser mes renseignements personnels afin de me communiquer des renseignements sur des produits et services additionnels qui pourraient m'intéresser. Dans la négative, cochez la case suivante :

Je n'autorise pas cet usage.

Signé à _____, ce _____ jour de _____ 20____.
(Province)

Signature de la personne à assurer

Signature du représentant