

**Proposition d'assurance avec preuves
d'assurabilité pour les membres
Police Pensioners Association of Ontario (PPAO)**



Numéro de police 140011

Dans la présente proposition, le mot *vous* s'entend, selon le contexte, de la personne qui demande l'assurance. Les mots *nous* ou *la Compagnie* s'entendent de La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada («Securian Canada»).

Écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

1. Renseignements généraux

Renseignements sur vous (veuillez compléter)

Prénom	Initiale	Nom de famille	Nom à la naissance (le cas échéant)
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lieu de naissance (province)	Lieu de naissance (pays)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville		Province	Code postal
Téléphone		Adresse électronique	
Êtes-vous un résident du Canada aussi couvert par le régime d'assurance-maladie de votre province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Êtes-vous à la retraite? <input type="checkbox"/> Oui Date du départ à la retraite (jj-mm-aaaa) : <input type="checkbox"/> Non		Nom de votre dernier employeur	
Bénéficiez-vous actuellement d'un compte Soins de santé (CSS) parrainé par l'employeur ou avez-vous bénéficié d'un tel compte au cours des 60 derniers jours ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Renseignements du conjoint (s'il demande à être couvert)

Prénom	Initiale	Nom de famille	Nom à la naissance (le cas échéant)
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lieu de naissance (province)	Lieu de naissance (pays)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Téléphone		Adresse électronique	
Êtes-vous un résident du Canada aussi couvert par le régime d'assurance-maladie de votre province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Renseignements sur les personnes à charge (si elles demandent l'assurance)

Prénom	Initiale	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ou personne ayant une limitation fonctionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Prénom	Initiale	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ou personne ayant une limitation fonctionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Prénom	Initiale	Nom de famille	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ou personne ayant une limitation fonctionnelle? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Securian Canada est le nom de marque utilisé par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour faire des affaires au Canada. Les garanties sont souscrites par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada.

2. Couverture demandée

- Assurance-maladie complémentaire et assurance-voyage de base OU Assurance-maladie complémentaire et assurance-voyage de base ou assurance-voyage de base et assurance dentaire
- Individuelle
 De couple
 Familiale
- Individuelle
 De couple
 Familiale

3. Déclaration d'assurabilité

Remplissez la section 3 seulement si vous faites une demande 60 jours suivant la date où votre régime collectif prend fin.

IMPORTANT : Veuillez répondre aux questions suivantes en fournissant de l'information complète et exacte. Si vous doutez de la pertinence de certains renseignements, fournissez-les quand même. Si vous ne fournissez pas toute l'information pertinente, vos demandes de règlement pourraient être refusées et votre assurance, résiliée. **Ne nous fournissez aucun renseignement sur des tests génétiques ou sur les résultats de tests génétiques. Par tests génétiques on entend une analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes servant à prédire une maladie ou les risques de transmission verticale, à exercer une surveillance ou à établir un diagnostic ou un pronostic.**

3.1 Antécédents médicaux

Renseignements sur vous

Taille pi po m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Gain : <input type="checkbox"/> Perte : <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Nom et adresse du médecin traitant (si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez «aucun»)		
Date et motif de la dernière consultation		
Diagnostic, traitement suivi, résultats, médicaments prescrits		

Si le médecin traitant nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier.

--

Renseignements sur votre conjoint

Taille pi po m cm	Poids <input type="checkbox"/> lbs <input type="checkbox"/> kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Aucun changement <input type="checkbox"/> Gain : <input type="checkbox"/> Perte : <input type="checkbox"/> lbs <input type="checkbox"/> kg
Nom et adresse du médecin traitant (si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez «aucun»)		
Date et motif de la dernière consultation		
Diagnostic, traitement suivi, résultats, médicaments prescrits		

Si le médecin traitant nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier.

--

Renseignements sur les personnes à votre charge (si elles demandent à être couvert)

Prénom	Initiale	Nom de famille
Prénom	Initiale	Nom de famille
Prénom	Initiale	Nom de famille

Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez répondre sur une feuille distincte que vous devrez signer et dater.

3. Déclaration d'assurabilité (suite)

3.2 Renseignements sur les médicaments et/ou les traitements

Au cours des 12 derniers mois, l'une des personnes à assurer a-t-elle pris des médicaments sur ordonnance, utilisé du matériel ou des appareils médicaux, suivi un traitement (thérapie, counseling, etc.), ou lui a-t-on conseillé de le faire?

Vous	Votre conjoint	Vos enfants à charge
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

(S'applique également aux ordonnances non remplies.)

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Nom de la personne à assurer	Affection, maladie ou trouble	Médicament ou traitement	Coût mensuel (ne pas inclure la portion couverte par le Programme de médicament de l'Ontario)	Concentration	Posologie par 24 heures	Durée
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			

3.3 Questionnaire médical

Compléter seulement pour demandeurs tardifs.

Veuillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

Les questions qui suivent s'adressent à votre conjoint et aux enfants à votre charge :

- Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour l'une ou l'autre des affections suivantes : cancer ou tumeur, troubles neurologiques, troubles cardiovasculaires, hypertension, accident vasculaire cérébral, diabète, troubles du foie ou troubles rénaux, troubles respiratoires, troubles gastro-intestinaux, troubles mentaux ou nerveux, alcoolisme ou toxicomanie, hépatite, troubles endocriniens, troubles sanguins, troubles de l'appareil génito-urinaire ou de l'appareil reproducteur, arthrite rhumatoïde, sclérose en plaques ou troubles immunologiques, ou avez-vous subi des tests indiquant que vous êtes porteur du VIH?
- Avez-vous souffert de toute autre affection ou avez-vous subi une blessure, une intervention chirurgicale ou un traitement dans les cinq dernières années?
- Prévoyez-vous suivre un traitement médical ou chirurgical, ou être hospitalisé dans les six prochains mois; et avez-vous, vous ou votre conjoint, été dans l'impossibilité de travailler pendant plus de cinq jours consécutifs dans les deux dernières années?
- Ressentez-vous des symptômes ou souffrez-vous d'une affection pour lesquels vous n'avez pas consulté le médecin ou pour lesquels on vous a recommandé de subir des examens ou des tests qui n'ont pas encore été effectués?
- Avez-vous reçu des conseils ou des traitements pour consommation de drogues ou d'alcool?
- Vous êtes-vous déjà vu refuser ou ajourner une proposition d'assurance, ou résilier, annuler ou modifier en quoi que ce soit un contrat ou un certificat d'assurance, ou vous a-t-on déjà refusé de renouveler ou de remettre en vigueur une assurance?

Vous	Votre conjoint	Vos enfants à charge
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

4. Paiement des primes

a) Débit préautorisé (DPA) mensuelle

Prénom du titulaire du compte		Nom de famille
Nom et adresse de votre institution financière (numéro et rue)		
Numéro de la succursale	Numéro de l'institution	Numéro de compte

Veillez annexer à la présente demande une formule de chèque personnel portant la mention «NUL».

Pour utiliser le débit préautorisé (DPA), vous devez accepter toutes les conditions de l'autorisation. En signant ci-dessous à titre de payeur, vous acceptez les conditions suivantes :

Conditions

Vous autorisez La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada («Securian Canada») à prélever la prime mensuelle ou annuelle de cette assurance (y compris les taxes provinciales applicables) sur le compte indiqué ci-dessus, au moyen d'un débit préautorisé (DPA). Vous consentez à ce que votre institution financière traite tout retrait effectué en vertu de la présente autorisation comme un retrait à des fins de services personnels. Vous reconnaissez que le montant de la prime mensuelle ou annuelle (y compris les taxes provinciales applicables) prélevée en vertu de la présente entente peut varier. Vous acceptez de renoncer à l'exigence selon laquelle Securian Canada doit vous aviser de tout paiement effectué après le premier paiement, que le montant de la prime mensuelle ou annuelle change ou non. Vous comprenez que soit la prime mensuelle est exigible le premier de chaque mois, soit la prime annuelle est exigible le 1^{er} mars. La présente entente prend fin automatiquement lorsque Securian Canada ne peut effectuer un prélèvement sur votre compte.

La présente autorisation reste en vigueur jusqu'à ce que Securian Canada reçoive de votre part un avis écrit visant à la modifier ou à y mettre fin. L'avis doit être envoyé à l'adresse indiquée ci-dessous au moins 10 jours ouvrables avant le prochain prélèvement prévu. Vous pouvez obtenir un modèle de formulaire d'annulation de DPA ou en savoir plus sur votre droit d'annuler une entente de DPA auprès de votre institution financière ou en visitant le www.paiements.ca.

Securian Canada ne peut pas céder la présente autorisation à une autre entreprise ou à une autre personne en vue de permettre à celle-ci de prélever ces montants sur votre compte (par exemple, en cas de changement de contrôle dans la compagnie) sans vous en aviser au moins 10 jours à l'avance par écrit.

Vous avez droit à certains recours si un prélèvement ne respecte pas la présente entente. Par exemple, vous avez le droit de vous faire rembourser un prélèvement qui n'est pas autorisé ou qui ne respecte pas la présente entente de DPA. Pour en savoir plus sur les recours auxquels vous avez droit, communiquez avec votre institution financière ou visitez le www.paiements.ca.

Securian Canada
C.P. 963 SUCC A,
Toronto, ON, Canada M5W 1G5
Téléphone : 1-877-363-2773

Je confirme/nous confirmons que toutes les personnes dont la signature est nécessaire pour autoriser des prélèvements sur le compte bancaire ont signé ci-dessous.

Signature du titulaire du compte X	Date (jj-mm-aaaa)
Signature du titulaire du compte X	Date (jj-mm-aaaa)

b) Paiement par carte de crédit (Veillez facturer ma prime à ma carte Visa ou MasterCard)

Périodicité des paiements - Mensuelle

Une fois votre demande traitée, un représentant du centre d'appels de Securian Canada communiquera avec vous pour obtenir les renseignements sur votre carte de crédit.

Conditions

En ce qui concerne la prime exigée au titre du présent régime de garanties, vous nous autorisez : à facturer à votre carte de crédit la prime d'assurance exigible; à annuler la présente autorisation dans les 10 jours qui suivent la date à laquelle vous nous présentez un avis écrit à cet effet; à annuler automatiquement la présente entente si nous ne sommes pas en mesure de facturer la prime à votre carte de crédit.

N'envoyez pas d'argent avec cette demande. Vous recevrez un relevé de prime.

5. Déclaration et autorisation

Je certifie que les réponses données dans la présente proposition sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute dissimulation, omission ou fausse déclaration relative à la présente proposition entraîne l'annulation de l'assurance. Je confirme par la présente être membre en règle de la PPAO le jour précédant immédiatement la date de mon départ à la retraite, ou la date à laquelle le régime collectif offert par mon employeur/syndicat a pris fin.

Je déclare avoir lu et détaché et avoir en ma possession l'Avis relatif au Medical Information Bureau (MIB) à la section 6 et, en signant ci-dessous, j'autorise cet organisme à transmettre à La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada («Securian Canada») ou à ses réassureurs tous les renseignements qu'il possède à mon sujet.

J'autorise Securian Canada, ses mandataires et fournisseurs de service et le gestionnaire du régime à utiliser et à échanger des renseignements nécessaires à la tarification ou à la gestion administrative, ou au règlement des prestations se rapportant à la présente assurance avec toute personne physique ou morale qui possède des renseignements pertinents à mon sujet en ce qui concerne l'examen de la présente proposition, notamment les professionnels de la santé et les établissements médicaux, le MIB, les agences d'enquête, les assureurs et les réassureurs.

Je conviens que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de votre conjoint (s'il demande à être couvert)	Date (jj-mm-aaaa)	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
Signé à (ville)	Signé à (province)	

Veillez retourner la demande dûment remplie à l'adresse suivante :

**Securian Canada
C.P. 963 SUCC A,
Toronto, ON, Canada M5W 1G5**

6. Avis relatif au Medical Information Bureau

Au cours de l'étude de votre demande d'assurance, Securian Canada peut communiquer à ses réassureurs des renseignements à votre sujet et au sujet de votre conjoint. Securian Canada et ses réassureurs peuvent en outre transmettre les renseignements figurant dans leurs dossiers à d'autres sociétés d'assurances de personnes auxquelles vous et votre conjoint pourriez présenter une demande d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement.

Securian Canada et ses réassureurs peuvent également transmettre un rapport sommaire sur les résultats de leurs vérifications au Medical Information Bureau (MIB), organisme à but non lucratif composé de sociétés d'assurances de personnes qui effectue des échanges de renseignements au nom des sociétés membres. Si vous et votre conjoint présentez aussi une demande d'assurance ou une demande de règlement à une autre société membre du MIB, ce dernier fournira sur demande à cette société les renseignements qui figurent dans ses dossiers.

Vous et votre conjoint pouvez consulter les renseignements personnels que le MIB possède à votre sujet et les faire rectifier s'ils sont inexacts ou incomplets.

Pour en savoir plus au sujet du MIB, vous ou votre conjoint pouvez visiter son site Web, à l'adresse www.mib.com, l'appeler au 416-597-0590 ou lui écrire à l'adresse suivante :

**Medical Information Bureau
330, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1R7**

7. Protection des renseignements personnels

Le respect de votre vie privée est une priorité pour Securian Canada. Nous recueillons l'information à même les formulaires de demande. Nous collectons d'autres renseignements que vous nous communiquez ou que vous envoyez à nos partenaires de distribution concernant des produits d'assurance ou des produits financiers que nous offrons. Nous collectons aussi les données (avec votre consentement) par le biais d'évaluations médicales ou professionnelles, le cas échéant, et auprès de médecins, de praticiens de la santé, d'hôpitaux, de cliniques ou d'autres établissements de santé, de compagnies d'assurance, du Bureau de renseignements médicaux (MIB, LLC./MIB), et d'autres agents, organismes publics ou autres organisations, établissements ou personnes qui ont des dossiers médicaux, le cas échéant. Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels notamment aux fins suivantes : la confirmation de votre identité et la tarification, y compris la détermination de votre admissibilité ou de votre besoin d'assurance ou des produits financiers que vous demandez; l'administration et les services; le règlement des sinistres; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations; la conformité aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous et nos sociétés affiliées pouvons utiliser les renseignements personnels dans le but de vous offrir ou de permettre à des compagnies de choix de vous offrir d'autres produits et services. Vous pouvez retirer votre consentement à cet égard à tout moment en composant 1-888-968-4155 ou en écrivant au Bureau de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels à l'adresse suivante : 25, avenue Sheppard Ouest, pièce 1400, Toronto ON M2N 6S6. Nous ne donnons accès à vos renseignements personnels qu'à nos propres employés et entrepreneurs indépendants, aux sociétés affiliées au sein de notre groupe de sociétés, aux administrateurs, partenaires de distribution et autres tiers fournisseurs de services, aux sociétés dont les activités sont externalisées et à nos réassureurs qui ont besoin de vos renseignements personnels pour s'acquitter de leurs tâches. Par ailleurs, nous donnerons accès à vos renseignements personnels à toute personne que vous autoriserez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et nos pratiques en matière de protection de la vie privée. Parfois, sauf si nous en sommes interdits, ces personnes peuvent se trouver dans d'autres provinces du Canada ou dans d'autres pays ou vos renseignements personnels peuvent être stockés sur des serveurs situés dans d'autres provinces canadiennes ou dans d'autres pays. Avenant une situation pareille, vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois des provinces ou pays en question. Vous pouvez demander de consulter l'information que nous avons sur vous dans nos dossiers. Au besoin, vous pouvez nous demander de la corriger en nous le faisant savoir par écrit. Vous trouverez de plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de vie privée sur le site suivant : <http://www.securiancanada.ca/fr/vie-privee/>.