

Proposition

NUMÉRO DE CONTRAT

NUMÉRO DE PROPOSITION CONJOINT

NUMÉRO DE LA PROPOSITION

USAGE CROIX BLEUE

 Programme Association Plan Express Programme Association / Plan Express

Nom de l'association

 Émission Modification Veuillez inscrire votre numéro de police en vigueur :

Information sur le représentant

NOM DU CABINET

REPRÉSENTANT (GESTIONNAIRE)

%

CODE DE REPRÉSENTANT

AUTRE REPRÉSENTANT (S'IL Y A LIEU)

%

CODE DE REPRÉSENTANT

1 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

NOTE : Les champs orangés doivent être complétés AVANT D'IMPRIMER le document.

1.1 ASSURÉ PRINCIPAL

IMPORTANT : 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.

Identification

Langue de correspondance

 Français AnglaisAcceptez-vous de recevoir les offres et infolettres Croix Bleue^{MD}?

Sachez que vous pouvez retirer votre consentement en tout temps.

 Oui Non

Assuré principal

NOM

Date de naissance

JOUR

MOIS

ANNÉE

ÂGE

Sexe

 M F

PRÉNOM

État civil

 Célibataire Marié(e) Divorcé(e) / Séparé(e) Conjoint(e) de fait

Lieu de naissance

Si vous n'êtes pas un citoyen canadien, êtes-vous :

Fumeur

 Résident permanent (Immigrant reçu) Autre (précisez) : Oui Non

PAYS, PROVINCE

ADRESSE, N°

RUE

APP.

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

CELLULAIRE

COURRIEL

Occupation

Occupation principale

FONCTIONS

DATE D'EMBAUCHE

% DE TEMPS

Employeur / entreprise

NOM DE L'EMPLOYEUR / ENTREPRISE

SECTEUR D'ACTIVITÉ DE L'ENTREPRISE

TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR / ENTREPRISE

COURRIEL DE L'EMPLOYEUR / ENTREPRISE

ADRESSE, N°

RUE

BUREAU

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYÉ AU TRAVAIL

CELLULAIRE DE L'EMPLOYÉ AU TRAVAIL

COURRIEL DE L'EMPLOYÉ AU TRAVAIL

Autre occupation

Autre occupation (s'il y a lieu)

FONCTIONS

DATE D'EMBAUCHE

% DE TEMPS

Salaire ou revenu

Salaire annuel ou revenu annuel net

APRÈS LES DÉPENSES ET AVANT LES IMPÔTS



1.2 PROTECTION FAMILIALE, COUPLE OU MONOPARENTALE

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

Conjoint		Date de naissance					SEXE
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NOM	PRÉNOM	JOUR	MOIS	ANNÉE	ÂGE	SEXE	
Enfant(s) à charge		Date de naissance					SEXE
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
4. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	JOUR	MOIS	ANNÉE	ÂGE	SEXE

2 RENSEIGNEMENTS SUR LE PRENEUR (si différent de l'assuré principal)

Identification

Preneur		Date de naissance		SEXE	Si le preneur est une entreprise			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
NOM	PRÉNOM	JOUR	MOIS	ANNÉE	ÂGE	NOM DE L'ENTREPRISE		
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>			<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRESSE, N°	RUE	APP.	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL			
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>			
TÉLÉPHONE (RÉSIDENTE)	TÉLÉPHONE (TRAVAIL)		COURRIEL					

Langue de correspondance

Français Anglais

3 BÉNÉFICIAIRE(S)

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

Bénéficiaire(s)		RÉPARTITION (%)		RÉVOCABILITÉ	
1. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
2. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
3. <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	RÉPARTITION (%)	RÉVOCABILITÉ	

4 MODE DE PAIEMENT

Carte de crédit
(Mensuel ou annuel)

- AMEX
 MASTERCARD
 VISA

Fréquence de paiement	Numéro de la carte		Date d'expiration	
<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	MOIS	ANNÉE
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
SIGNATURE DU TITULAIRE DE LA CARTE		PRÉNOM ET NOM (EN LETTRES MOULÉES)		

Prélèvement bancaire automatique (Mensuel)

Veillez signer l'Accord de débits préautorisés (DPA) à la page 3 et joindre un spécimen de chèque.

Chèque (Annuel)

Veillez joindre un chèque payable à CROIX BLEUE CANASSURANCE.

Un chèque de \$ correspondant à la prime annuelle est joint à la proposition.

Pour tous les modes de paiements

Autorisez-vous Croix Bleue Canassurance à encaisser ou prélever la première (1^{re}) prime avant l'analyse de votre proposition? Oui Non

5 ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)

NOM DE L'ASSURÉ

NUMÉRO DE CONTRAT

USAGE CROIX BLEUE

USAGE CROIX BLEUE

5.1
COORDONNÉES
DU PAYEURNom et prénom
en lettres moulées

Titulaire du compte

NOM

PRÉNOM

ADRESSE, N°

RUE

APP.

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

TÉLÉPHONE

CELLULAIRE

COURRIEL

Titulaire conjoint

NOM

PRÉNOM

5.2
RENSEIGNEMENTS
SUR LE COMPTE
BANCAIRE

Type de service : personnel

Institution financière

NOM

ADRESSE, N°

RUE

BUREAU

N° DE L'INSTITUTION

N° DE TRANSIT

N° DE COMPTE

VILLE

PROVINCE

CODE POSTAL

5.3
AUTORISATION
DE DÉBITS
PRÉAUTORISÉS
(DPA)

1. Je, soussigné, autorise l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance (AHC et/ou CCA) 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 AHC et/ou CCA 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 AHC et/ou CCA 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.

2. 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 AHC et/ou CCA ne doivent m'envoyer un préavis de trente (30) jours que lors du renouvellement de mon assurance.

3. Je comprends que si un DPA est refusé pour insuffisance de fonds, AHC et/ou CCA présenteront 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.

4. Je comprends que je dois informer AHC et/ou CCA 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.

5. 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**. 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, AHC et/ou CCA ne sont pas tenues de m'envoyer un préavis avant le nouveau DPA.

6. Je comprends que je peux révoquer cette autorisation à tout moment en envoyant à AHC et/ou CCA, par écrit, un préavis de dix (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 **paiements.ca**.

7. Je comprends que AHC et/ou CCA peuvent résilier le présent Accord par écrit, avec un préavis de trente (30) jours, que la résiliation ne met pas fin à mon contrat d'assurance et qu'un autre mode de paiement accepté par AHC et/ou CCA remplacera le DPA pour le paiement de mes primes.

8. 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 **paiements.ca**.

5.4
SIGNATURE

SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE

PRÉNOM ET NOM (EN LETTRES MOULÉES)

DATE (JJ/MM/AAAA)

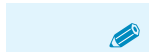
SIGNATURE DU TITULAIRE CONJOINT (S'IL Y A LIEU)

PRÉNOM ET NOM (EN LETTRES MOULÉES)

DATE (JJ/MM/AAAA)

6 DÉCLARATION – PLAN EXPRESS

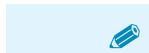
6.1 DÉCLARATION POUR LA GARANTIE ASSISTANCE MALADIES GRAVES



INITIALES DE L'ASSURÉ PRINCIPAL

- Par les présentes, la personne à assurer déclare qu'elle n'a eu aucune proposition d'assurance maladies graves ou demande de remise en vigueur qui fut refusée, différée, ou acceptée à des conditions spéciales au cours des deux (2) dernières années.
- 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 reliés aux conditions suivantes :
 - 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
 - * Si la personne à assurer déclare une hypertension bien contrôlée selon l'avis du médecin traitant avec un suivi médical et une lecture de la tension inférieure à 170/100, la personne à assurer peut alors signer la déclaration pour la garantie Assistance maladies graves.
 - conditions pulmonaires obstructives chroniques** : asthme, emphysème, bronchite chronique, greffe pulmonaire
 - conditions neurologiques** : accident vasculaire cérébral (AVC), ischémie cérébrale transitoire (ICT)
 - diabète insulino-dépendant** : diabète traité avec injection d'insuline
 - insuffisance rénale, greffe rénale**
 - conditions gastro-intestinales** : cirrhose, hépatite, ulcère, saignement interne, greffe du foie, chirurgie pour occlusion intestinale
 - cancer ou tumeur maligne**
- 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 dure telle que : opium, héroïne, morphine, codéine, demerol, barbituriques, amphétamine, cocaïne, hallucinogènes ou stéroïdes anabolisants ou méthadone avec ou sans prescription d'un médecin.
- La personne à assurer déclare qu'elle n'est pas en attente de résultats de tests médicaux ni sous investigation médicale.

6.2 DÉCLARATION POUR LA GARANTIE RENTE MENSUELLE EN CAS DE MALADIE EXPRESS

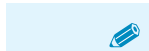


INITIALES DE L'ASSURÉ PRINCIPAL

Par les présentes, la personne à assurer déclare qu'au cours des trois (3) dernières années, elle n'a pas :

- eu une proposition d'assurance qui fut rejetée, différée, retirée ou acceptée à des conditions spéciales
- été traitée ou suivi des séances de counseling pour usage d'alcool ou de drogues
- été hospitalisée deux (2) fois ou plus (à l'exception d'accouchements)
- eu ou été traitée ou pris des médicaments pour le cancer, tumeur, conditions cardiovasculaires ou neurologiques ou psychologiques, diabète, insuffisance rénale, hypertension artérielle supérieure à 170/100 (une lecture de la tension artérielle où l'indicateur maximal excède 170, ou encore que l'indicateur minimal excède 100)

6.3 DÉCLARATION POUR TOUTES LES GARANTIES DU PLAN EXPRESS



INITIALES DE L'ASSURÉ PRINCIPAL

- Par les présentes, chacune des personnes à assurer déclare en date de la signature de la présente demande :
 - ne pas être invalide
 - ne pas être hospitalisée, ni en attente d'une hospitalisation
 - ne pas être atteinte ou avoir été atteinte d'un cancer du sein
 - ne pas avoir été atteinte ou ne jamais avoir été diagnostiquée ni traitée pour tout type de cancer dans les cinq (5) dernières années
 - ne pas être atteinte ou avoir été atteinte du sida ou d'une forme de pré-sida
- Chacune des personnes à assurer déclare que toutes les réponses données dans cette proposition et dans tout autre document qui par convention en fait partie, sont complètes et véridiques. Elles reconnaissent que toute omission ou fausse déclaration peut entraîner l'annulation de la police d'assurance ou le rejet d'une demande de règlement qui serait autrement valable.
- Chacune des personnes à assurer confirme avoir été informée de l'ensemble des déclarations contenues dans cette proposition.
- L'assuré principal demande qu'une police soit établie par l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après nommées l'Assureur, conformément à la présente.
- La présente déclaration ne confère aucune garantie d'assurance.

6.4 SIGNATURE

La ou les garanties du Plan Express entreront en vigueur à minuit et une minute (00 h 01) le jour qui suit la signature de la proposition, à condition que la première (1^{re}) prime soit acquittée en entier.

Aucun représentant n'est autorisé à établir ou à modifier un contrat de l'Assureur, à déterminer si une personne à assurer constitue un risque acceptable ou à renoncer au nom de l'Assureur à quelque droit ou exigence que ce soit.

Signé à

VILLE

ce

JOUR

jour de

MOIS, ANNÉE

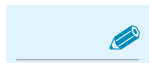
SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER
(Preneur si la personne a moins de 16 ans)

SIGNATURE DU CONJOINT

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT

7 FORMULAIRE ASSOCIATION

7.1 DÉCLARATION



INITIALES DE
L'ASSURÉ PRINCIPAL

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, Rente mensuelle en cas d'accident et de maladie, Invalidité en cas d'accident et de maladie 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.

Si les personnes à assurer ne peuvent pas signer cette déclaration, elles doivent compléter une entrevue téléphonique (section 8 de la présente proposition). Si l'Assureur accepte les personnes à assurer, l'exclusion pour conditions préexistantes n'est pas applicable.

7.2 SIGNATURE

Aucun représentant n'est autorisé à établir ou à modifier un contrat de l'Assureur, à déterminer si une personne à assurer constitue un risque acceptable ou à renoncer au nom de l'Assureur à quelque droit ou exigence que ce soit.

Signé à

VILLE

ce

JOUR

jour de

MOIS, ANNÉE

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER
(Preneur si la personne a moins de 16 ans)

SIGNATURE DU CONJOINT

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT

7 FORMULAIRE ASSOCIATION (SUITE)

7.3 DÉCLARATION POUR LA GARANTIE ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE AVEC MÉDICAMENTS

1. Dans les douze (12) derniers mois, les personnes à assurer ont-elles pris ou prennent-elles des médicaments?

Assuré principal Oui Non Conjoint Oui Non Enfants Oui Non

2. Les personnes à assurer ont-elles été informées par un médecin qu'elles souffraient d'une maladie chronique?

Assuré principal Oui Non Conjoint Oui Non Enfants Oui Non



INITIALES DE
L'ASSURÉ PRINCIPAL

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.

7.4 SIGNATURE

Signé à


VILLE

ce


JOUR

jour de


MOIS, ANNÉE

_____ 

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER
(Preneur si la personne a moins de 16 ans)

_____ 

SIGNATURE DU CONJOINT

_____ 

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT



À remettre à la personne à assurer

REÇU

Ce montant correspond à la première (1^{re}) prime.

Reçu la somme de :


MONTANT

Pour la personne à assurer :

PRÉNOM ET NOM

Date

JJ/MM/AAAA



SIGNATURE DU REPRÉSENTANT

AVIS

AVIS RELATIF À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL

En souscrivant 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 et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. 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 :

DIRECTEUR DE LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS
Croix Bleue du Québec
1981, avenue McGill College, bureau 105
Montréal (Québec) H3A 0H6
renseignementspersonnels@qc.croixbleue.ca

AVIS

AVIS RELATIF AUX RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (MIB, INC.) ET À L'ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS

Les renseignements concernant votre assurabilité seront considérés confidentiels. Toutefois, l'Assureur ou ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport à MIB, Inc. qui effectue des échanges de renseignements au nom des assureurs membres. Si vous souscrivez une assurance vie ou une assurance maladie auprès d'un autre assureur, membre de MIB, Inc., MIB, Inc. fournira à cet assureur, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

Tous les assureurs, y compris l'Association d'Hospitalisation Canassurance, Canassurance Compagnie d'Assurance et La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, 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, MIB, Inc. 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 de MIB, Inc., vous pouvez lui demander une rectification à l'adresse suivante :

MIB, Inc.
50 Braintree Hill Park, Suite 400
Braintree, MA 02184-8734
infoline@mib.com

« MIB, Inc. 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, MIB, Inc. 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, MIB, Inc. est également soumis aux lois américaines et de telles informations personnelles peuvent être divulguées en accord avec les législations applicables. Si vous avez des questions concernant l'engagement de MIB, Inc. à assurer la confidentialité et la sécurité de vos informations personnelles, vous pouvez contacter le Département de la confidentialité de MIB, Inc. au **privacy@mib.com**.

SECTION À REMPLIR SEULEMENT :

- POUR DES MONTANTS EXCÉDANT LES MAXIMUMS OFFERTS PAR LE PROGRAMME ASSOCIATION
OU
 SI VOUS NE POUVEZ PAS SIGNER LA DÉCLARATION DU FORMULAIRE ASSOCIATION (SECTION 7.2)

8 ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Afin d'optimiser le processus, veuillez indiquer dans le tableau ci-dessous le moment le plus approprié pour qu'un spécialiste vous appelle pour vous poser des questions sur votre santé et votre style de vie. Les renseignements obtenus lors de l'entrevue téléphonique sont considérés confidentiels.

Veuillez indiquer le ou les numéros de téléphone auxquels vous préféreriez être appelé :

Assuré 1

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE

TÉLÉPHONE TRAVAIL

CELLULAIRE

Langue de préférence pour l'appel :

LANGUE

Assuré 2

TÉLÉPHONE RÉSIDENCE

TÉLÉPHONE TRAVAIL

CELLULAIRE

Langue de préférence pour l'appel :

LANGUE

Veuillez indiquer les plages horaires au cours desquelles vous préféreriez être appelé :

	Lundi		Mardi		Mercredi		Jeudi		Vendredi		Samedi	
	ASSURÉ 1	ASSURÉ 2	ASSURÉ 1	ASSURÉ 2	ASSURÉ 1	ASSURÉ 2	ASSURÉ 1	ASSURÉ 2	ASSURÉ 1	ASSURÉ 2	ASSURÉ 1	ASSURÉ 2
9 h à 12 h	<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"/>
12 h à 14 h	<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"/>
14 h à 16 h	<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"/>
16 h à 18 h	<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"/>
18 h à 21 h	<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"/>

ASSURÉ 1 : ASSURÉ PRINCIPAL ASSURÉ 2 : CONJOINT

Croix Bleue prendra en charge le processus de l'entrevue téléphonique directement avec vous et se chargera d'obtenir les exigences médicales complémentaires.

Prenez note que, dans un premier temps, nous vous appellerons pour prendre rendez-vous pour l'entrevue téléphonique qui aura lieu par la suite, à la date convenue.

SECTION À REMPLIR SEULEMENT :

POUR DES MONTANTS EXCÉDANT LES MAXIMUMS OFFERTS PAR LE PROGRAMME ASSOCIATION
OU
SI VOUS NE POUVEZ PAS SIGNER LA DÉCLARATION DU FORMULAIRE ASSOCIATION (SECTION 7.2)

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

9 RENSEIGNEMENTS SUR L'OCCUPATION**9.1
EMPLOYÉS,
PROPRIÉTAIRES
D'ENTREPRISE ET
TRAVAILLEURS
AUTONOMES**

Si la somme assurée est de 3 500 \$ et plus OU que les preuves de revenus sont soumises avec la proposition quel que soit le montant demandé, veuillez fournir les preuves financières complètes des deux dernières années.

1. À quel moment désirez-vous soumettre les preuves de revenus :

avec la proposition lors d'une réclamation

2. Êtes-vous :

employé propriétaire d'entreprise travailleur autonome

3. Versez-vous des cotisations à :

l'assurance-emploi la CNESST

4. Désignation professionnelle ou diplôme :

5. Depuis combien de temps exercez-vous cette occupation?

6. Si vous exercez cet emploi depuis moins de 1 an, indiquez l'occupation précédente (si 1 an et plus, indiquez « n/a ») :

**9.2
PROPRIÉTAIRES
D'ENTREPRISE
ET TRAVAILLEURS
AUTONOMES
SEULEMENT**

1. Êtes-vous propriétaire?

Oui Non

Répartition :

POURCENTAGE (%)

2. Avez-vous des contrats établis pour les 12 prochains mois?

Oui Non Si oui, précisez :

3. Travaillez-vous à domicile?

Oui Non Si oui, votre bureau est-il accessible au public? Oui Non

Temps travaillé à l'extérieur du domicile :

POURCENTAGE (%)

4. Indiquez les fonctions et le pourcentage de temps consacré à accomplir chaque fonction.

Fonctions	Pourcentage de temps (%)	Description des fonctions
Travail manuel		
Gestion / Bureau		
Ventes		
Supervision		
Lieux		
Bureau		
Atelier / Usine		
Chantier		

SECTION À REMPLIR SEULEMENT :

POUR DES MONTANTS EXCÉDANT LES MAXIMUMS OFFERTS PAR LE PROGRAMME ASSOCIATION
OU
SI VOUS NE POUVEZ PAS SIGNER LA DÉCLARATION DU FORMULAIRE ASSOCIATION (SECTION 7.2)

10 AUTORISATION

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'assurance, réassureur, MIB, Inc., 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 et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après

nommées l'Assureur, à ses réassureurs, 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 à MIB, Inc. 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.

10.1 SIGNATURE

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER (prenez si 14 ans et moins)

PRÉNOM ET NOM (EN LETTRES MOULÉES)

DATE (JJ/MM/AAAA)

SIGNATURE DU CONJOINT

SIGNATURE DE L'ENFANT À CHARGE (14 ans et plus)

10 AUTORISATION

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'assurance, réassureur, MIB, Inc., 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 et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après

nommées l'Assureur, à ses réassureurs, 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 à MIB, Inc. 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.

10.1 SIGNATURE

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER (prenez si 14 ans et moins)

PRÉNOM ET NOM (EN LETTRES MOULÉES)

DATE (JJ/MM/AAAA)

SIGNATURE DU CONJOINT

SIGNATURE DE L'ENFANT À CHARGE (14 ans et plus)

SECTION À REMPLIR SEULEMENT :

POUR DES MONTANTS EXCÉDANT LES MAXIMUMS OFFERTS PAR LE PROGRAMME ASSOCIATION
OU
SI VOUS NE POUVEZ PAS SIGNER LA DÉCLARATION DU FORMULAIRE ASSOCIATION (SECTION 7.2)

11 ASSURANCE EN VIGUEUR

Avez-vous une assurance en vigueur ou présentement à l'étude (individuelle ou collective)?

Oui Non

Détenez-vous d'autres polices d'assurance incluant celles avec votre employeur?

Assurance vie, invalidité (assurance individuelle et/ou collective), ou invalidité / vie hypothécaire Oui Non

Avez-vous déjà une police d'assurance Croix Bleue?

Oui Non

Si oui, veuillez inscrire le numéro de contrat :

Si vous avez répondu oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Assurance individuelle

Nom de l'assuré principal	Compagnie	Type de contrat / garanties*	Date de mise en vigueur	Montant d'assurance

* Vie, invalidité (assurance individuelle et/ou collective) ou invalidité / vie hypothécaire

Assurance collective

Nom de l'assuré principal	Compagnie	% du salaire ou montant fixe	Imposable
			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Remplacement d'assurance

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

Compagnie	Garanties	Date d'échéance

11.1 DÉCLARATION

- Chacune des personnes à assurer déclare que toutes les réponses données dans cette proposition et dans tout autre document qui par convention en fait partie, sont complètes et véridiques. Elles reconnaissent que toute omission ou fausse déclaration peut entraîner l'annulation de la police d'assurance ou le rejet d'une demande de règlement qui serait autrement valable.
- Chacune des personnes à assurer confirme avoir été informée de l'ensemble des déclarations contenues dans cette proposition.
- L'assuré principal demande qu'une police soit établie par l'Association d'Hospitalisation Canassurance et/ou Canassurance Compagnie d'Assurance et/ou La Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada, ci-après nommées l'Assureur, conformément à la présente.
- L'assuré principal accuse réception de l'avis relatif aux renseignements médicaux et à l'échange de renseignements.

11.2 SIGNATURE

Aucun représentant n'est autorisé à établir ou à modifier un contrat de l'Assureur, à déterminer si une personne à assurer constitue un risque acceptable ou à renoncer au nom de l'Assureur à quelque droit ou exigence que ce soit.

Signé à

VILLE

ce


JOUR

jour de


MOIS, ANNÉE

_____ 

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER
(Preneur si la personne a moins de 16 ans)

_____ 

SIGNATURE DU CONJOINT

_____ 

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT