

Numéro de contrat:

Quand utiliser ce formulaire?

Utilisez ce formulaire pour compléter des renseignements déjà fournis sur la santé et les habitudes de vie de la personne assurée dans la proposition d'assurance ou toute autre demande de modification exigeant des preuves d'assurabilité.

i Dans ce formulaire, les termes « renseignements sur la santé et les habitudes de vie » désignent tout renseignement servant à évaluer l'assurabilité de la personne assurée, comme de l'information sur sa santé, ses habitudes de vie, son emploi, son lieu de naissance, etc.

Directives à l'intention du représentant

1. Vous devez remplir la **section D** ci-dessous pour fournir tout renseignement sur la santé et les habitudes de vie de la personne assurée **avant** ou **après la livraison** du contrat.
2. Vous devez remplir l'**Accusé de réception de contrat (11155F)** pour fournir le même genre de renseignement **lors de la livraison** du contrat.

Au sujet des renseignements inscrits dans ce formulaire

Les renseignements inscrits au sujet de la personne assurée dans ce formulaire peuvent empêcher la prise d'effet du contrat ou de la modification demandée. Ces renseignements s'ajoutent à ceux qui ont été recueillis sur cette personne dans le cadre de la demande d'assurance et servent de base à l'établissement du contrat ou de la modification demandée, s'il y a lieu. Ainsi, tout renseignement inexact inscrit dans ce formulaire peut entraîner l'annulation du contrat ou de la modification demandée.

A – Qui remplit ce formulaire

Représentant **ou** Assureur

Date à laquelle ce formulaire est rempli (aaaa-mm-jj)

Si vous avez coché **Représentant** ci-dessus, veuillez remplir les champs suivants :

Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
------------------------	---------------------	----------------------	--------------------------

B – Identification de la personne assurée

Prénom	Nom
--------	-----

C – Identification du preneur

Preneur 1 – personne physique

Prénom	Nom
--------	-----

Preneur 2 – personne physique (s'il y a lieu)

Prénom	Nom
--------	-----

Preneur – personne morale, fiducie ou autre entité

Nom

Personne autorisée à signer pour le preneur – personne morale, fiducie ou autre entité

Prénom	Nom
--------	-----

D – Renseignements sur la santé et les habitudes de vie

Veuillez remplir cette section pour :

- fournir des renseignements supplémentaires sur la santé et les habitudes de vie de la personne assurée;
- corriger des renseignements qui ont été divulgués préalablement sur la santé et les habitudes de vie de la personne assurée;
- déclarer un changement d'assurabilité survenu chez la personne assurée depuis la signature de la proposition d'assurance ou la demande de modification.

Qu'est-ce qu'un changement d'assurabilité?

Un changement d'assurabilité peut comprendre, par exemple :

- Un changement dans l'état de santé
- Un trouble, une maladie, une affection, une blessure, une opération ou un traitement
- Une consultation, un examen ou un traitement par un professionnel de la santé
- Une recommandation de prendre un rendez-vous ou de demander une consultation avec un professionnel de la santé qui n'a pas encore eu lieu
- Un test médical ou une recommandation de subir un test médical, quel qu'il soit, qui n'a pas encore eu lieu
- Un accident
- Un changement d'emploi, de fonctions ou de responsabilités
- Un changement dans les habitudes de vie :
 - Consommation de tabac, de produits de nicotine, d'alcool, de cannabis, etc.
 - Pratique d'un sport dangereux
 - Voyage ou séjour à l'extérieur du Canada ou des États-Unis
- Une infraction au Code de la sécurité routière ou à d'autres lois similaires
- Une infraction au Code criminel
- Etc.

D – Renseignements sur la santé et les habitudes de vie (suite)

Directive : Veuillez transcrire fidèlement et intégralement les renseignements obtenus sur la personne assurée.
