

Identification de la personne assurée

N° de Police :

Prénom:

Deuxième prénom :

Nom :

Déclaration de santé Proposition d'assurance Groupe Association.

Pour être admissible à l'assurance Groupe Association, maximum \$ 2 000 par mois, l'assuré doit répondre « non » à toutes les questions d'Admissibilité et d'assurabilité. Dans le cas contraire l'assuré n'est pas admissible à cette assurance.

Admissibilité et assurabilité

Question		Oui	Non
1.	Au cours des 6 derniers mois , avez-vous eu des malaises ou des symptômes physiques ou mentaux pour lesquels vous <u>n'avez pas encore consulté</u> un professionnel de la santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Au cours des 2 dernières années , avez-vous reçu un traitement (incluant la participation à une organisation d'entraide ou un groupe de soutien), vous a-t-on conseillé de réduire votre consommation ou d'avoir recours à un traitement pour l'usage de drogues ou d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Est-ce que la personne à assurer a été diagnostiquée ou a consulté un professionnel de la santé pour l'une des conditions suivantes :		
	a) Troubles ou symptômes musculosquelettiques (comprend le squelette, les muscles et les articulations) et les affections de la colonne vertébrale ayant causé une absence du travail de cinq (5) jours ouvrables ou plus durant les vingt-quatre (24) dernier mois ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Maladie d'Alzheimer ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Anévrisme de l'aorte thoracique ou abdominale ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Arthrite rhumatoïde ou psoriasique ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	e) Cancer du sein ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	f) Cancer diagnostiqué dans les 5 dernières années, sauf cancer basocellulaire de la peau et cancer in situ du col utérin ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	g) Cirrhose hépatique ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	h) Diabète (type 1 ou 2) ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	i) Épilepsie (grand mal, crise en dedans de 6 mois) ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	j) Syndrome de fatigue chronique ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Admissibilité et assurabilité (suite)

Question	Oui	Non
k) Fibromyalgie;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Hépatite B ou C;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Insuffisance rénale chronique;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Leucémie;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Lymphome;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Lupus érythémateux disséminé;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Tout trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins, accident vasculaire cérébral ou ischémie cérébrale transitoire; excluant souffle au cœur fonctionnel, hypertension artérielle contrôlée et traitée ou cholestérol contrôlé et traité?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) 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;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Maladie pulmonaire obstructive chronique;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Maladie vasculaire périphérique;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Pancréatite chronique;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Maladie de Parkinson;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) Sclérose en plaques;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x) Sclérose latérale amyotrophique;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y) Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
z) Syndrome myéloprolifératif;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aa) Transplantation d'organes;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bb) Troubles psychologiques ou psychiatriques actuellement sous traitement ou ayant requis dans le passé un traitement de plus d'un an;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Est-ce que la personne à assurer est hospitalisé ou invalide à la date de signature de la présente demande d'Assurance Groupe Association ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Est-ce que la personne à assurer, au cours des dix (10) dernières années, a déjà été le sujet d'une surprime, d'un avenant ou d'une exclusion médicale, d'une réduction de garantie, d'une demande différée, d'un refus lors d'une demande d'assurance ou d'une remise en vigueur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Signatures

Exclusion pour conditions préexistantes

(applicable aux garanties d'invalidité en cas d'accident et de maladie et pour la garantie de maladies graves incluse).

A l'égard de tout montant accordé avec la déclaration du formulaire Groupe 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.

Je soussigné, en tant que personne à assurer, déclare que les renseignements fournis sont complets et véridiques et j'accepte qu'ils fassent partie intégrante de ma demande d'assurance. Je sais, qu'une fausse déclaration ou une omission peut entraîner la nullité des garanties obtenues par cette demande.

Signé à _____ Date _____

Signature du Représentant _____

Signature de l'assuré _____

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6