

Certificat étendu d'attestation de santé et demande de modification de police

Vérifiez votre demande et remplissez toutes les sections. Retournez le formulaire dûment rempli et signé (toutes les pages) à BMO Société d'assurance-vie, à l'adresse susmentionnée. Pour toute question, veuillez communiquer avec le service à la clientèle au 1-800-387-4483.

 **Pour les modifications suivantes, vous devez remplir une nouvelle proposition (formulaire n° 126F) :**

- a) Augmentation du capital assuré d'une police d'assurance vie universelle.
- b) Ajout d'une nouvelle personne assurée sur une police d'assurance vie universelle (modification d'une police vie unique en une police vies multiples).
- c) Ajout d'un avenant d'assurance contre les maladies graves.

TYPE DE DEMANDE

- Remise en vigueur – Prime versée ? Oui Montant _____ \$ Non
- Demande de taux non fumeur
(Pour l'assurance conjointe dernier décès, chacune des personnes assurées doit remplir le présent formulaire)
- Révision de surprime
(Pour l'assurance conjointe dernier décès, chacune des personnes assurées doit remplir le présent formulaire)
- Taux de renouvellement privilégiés/Option de réadmission
- Ajout d'avenants ou de garanties, veuillez préciser :
(Afin d'ajouter des avenants d'assurance temporaire sur la vie de deux personnes assurées distinctes, chacune des personnes assurées doit remplir un Certificat étendu d'attestation de santé. Se référer aux directives de tarification pour connaître les exigences liées à l'âge et au capital assuré).

NOTE : Pour l'ajout d'un avenant d'assurance temporaire pour les enfants, veuillez faire remplir le présent formulaire au nom du parent ou du tuteur et remplir le questionnaire pour l'avenant d'assurance temporaire pour les enfants (formulaire no 341F) au nom de l'enfant.

Protection _____ Capital assuré _____ \$

- Autres modifications - veuillez préciser : _____

- Concernant les polices d'assurance vie universelle, procédez aux modifications suivantes quant au montant de la prime planifiée.
Nouveau montant de le prime planifiée _____ \$ Mensuel Annuel Semestriel

Section 1 – Informations personnelles

| | | |
|---------------------------|------------------|------------------------------|
| Numéro de police | Personne assurée | Date de naissance (jj/mm/aa) |
| Titulaire | | |
| Adresse de correspondance | | Code postal |
| Emploi | Employeur | Revenu annuel |
| | | Frais d'exploitation |

Assurance en vigueur et en traitement (Celle-ci et autres assureurs)

| Nom de la compagnie | Montant | Décès accidentel | Date d'établissement de la police |
|---------------------|---------|------------------|-----------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Section 2 – Informations médicales

- 1. a) Quelle est votre taille exacte ? _____ cm pieds/pouces Oui Non
 Quel est votre poids exact ? _____ Kg livres
- b) Votre poids a-t-il changé au cours de l'année ? Si oui, indiquez la variation et sa raison.

- 2. a) Date de la dernière consultation avec un médecin, raison de la visite et résultats détaillés.

- b) Nom du médecin, adresse et numéro de téléphone.

3. Avez-vous déjà été traité, subi des tests ou présenté des symptômes pour l'un des troubles suivants : Oui Non
- a) Cancer, tumeur, polype ou autre croissance, trouble sanguin ou tout type d'affection maligne ?
- b) Crise cardiaque, douleur à la poitrine, angine, hypertension, hypercholestérolémie ou toute autre maladie du système circulatoire ou du coeur ?
- c) Diabète, troubles des reins, de la vessie, de la prostate ou du sein ?
- d) Hépatite ou autre trouble du foie, du pancréas, de l'estomac, de l'intestin ou du côlon ?
- e) Maladie pulmonaire chronique ou tout autre trouble respiratoire ?
- f) Accident vasculaire cérébral, ICT, convulsion, étourdissements, évanouissements, paralysie ou autre trouble neurologique ?
- g) SIDA ou des résultats positifs à un test de détection des anticorps du virus VIH ?
- h) Maladie mentale, angoisse, dépression, consommation excessive d'alcool ou toxicomanie ?
4. Êtes-vous actuellement sous observation médicale ou suivez-vous un traitement pour tout trouble médical ? Si oui, veuillez préciser tous les médicaments et tous les traitements qui vous ont été prescrits.
5. Vous a-t-on conseillé ou attendez-vous de subir des examens, de consulter des spécialistes ou de subir une procédure médicale ou une intervention chirurgicale au cours des 12 prochains mois ? Si oui, veuillez préciser.
6. Souffrez-vous de toute autre maladie, présentez-vous des symptômes ou des anomalies pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ? Si oui, veuillez préciser.

7. Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance ou une demande de remise en vigueur qui aurait été refusée, tarifiée, reportée ou modifiée de quelque façon que ce soit ?
8. Effectuez-vous des vols en tant que membre de l'équipage ou participez-vous à quelque forme d'activité dangereuse que ce soit ?
9. Avez-vous déjà été inculpé pour acte criminel, déclaré faillite, fait l'objet d'une révocation de permis de conduire ou d'un permis restreint ou commis trois infractions ou plus au code routier au cours des 24 derniers mois ?
10. Avez-vous consommé du tabac, des substituts de nicotine ou de la marijuana au cours des 12 derniers mois ?
11. Avez-vous voyagé hors de l'Amérique du Nord au cours des 12 derniers mois ou prévoyez-vous le faire au cours des 12 prochains mois ?
12. Avez-vous consommé des drogues qui créent une dépendance, y compris de la marijuana, du haschisch, de la cocaïne, du LSD, des hallucinogènes, des barbituriques ou des stupéfiants (sauf sous ordonnance médicale) ? Si oui, veuillez remplir le Questionnaire sur l'usage de la drogue (formulaire no 144F).

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

13. Vos parents, frères et soeurs ont-ils déjà souffert du cancer, d'hypertension, de maladie du coeur ou des reins, de maladie polykystique des reins, de diabète, de troubles mentaux ou nerveux (y compris la maladie d'Alzheimer), d'accident vasculaire cérébral, de sclérose en plaques, de maladies du motoneurone, de sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), de maladie de Parkinson ou de toute autre trouble héréditaire ?

Précisez les antécédants familiaux pour vos parents, frères et soeurs dans l'espace prévu ci-dessous.

| Membre de la famille | Maladie (si le cancer, indiquez le type) | Âge (au début) | Âge (si vivant) | Âge (au décès) | Cause de décès |
|----------------------|--|----------------|-----------------|----------------|----------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

14. ÊTES-VOUS ACTUELLEMENT EN BONNE SANTÉ ?
- Si vous avez répondu "oui" aux questions 1 à 13, veuillez nous fournir des détails

Section 3 – Représentations, accusé de réception, autorisations and signatures

1. Je, le soussigné, demande à BMO compagnie d'assurance-vie (BMO Assurance) de remettre en vigueur la police mentionnée en titre, conformément aux termes et conditions du contrat. Je comprends que la remise en vigueur prendra effet, si approuvée par le siège social, à la date de cette demande, ou bien à la date à laquelle nous recevons l'arriéré de prime requis. Je comprends que les provisions de la police remise en vigueur relatives aux clauses d'incontestabilité et de suicide s'appliqueront dès la date de la remise en vigueur.
2. La présente proposition et tout complément à celle-ci formeront la base de toute remise en vigueur ou de toute modification relative à la police susmentionnée. Il est entendu que si l'une ou l'autre des réponses est inexacte, la remise en vigueur ou la modification sera réputée invalide. Toute remise en vigueur ou toute modification est assujettie aux dispositions de la police. Tout paiement de prime en souffrance et de ses intérêts dans le cadre d'une remise en vigueur, tout paiement de complément de prime dans le cadre d'une modification de police, toute restriction ou toute limitation s'appliquera à compter de la date d'approbation de la demande soumise.

AUTORISATION – ne pas détacher

Par les présentes, j'autorise tout professionnel de la santé, tout hôpital, tout établissement public ou privé de santé ou de service social ainsi que tout autre établissement de soins médicaux ou paramédicaux, toute compagnie d'assurance et tout courtier ou agent d'assurance, ou leurs associés, le Bureau de renseignements médicaux, tout établissement financier, ainsi que tout autre organisme, institutions ou personne possédant un dossier ou des renseignements à mon sujet à les communiquer à la Compagnie BMO Société d'assurance-vie ou à ses réassureurs. Cette même déclaration au complet s'applique à chaque membre de ma famille assuré par cette police. Note: Si vous signez de la part d'un enfant mineur, vous devez indiquer votre lien de parenté avec l'enfant. (Une photocopie de la présente a valeur d'original).

| | | |
|--------------------------|-------------|---|
| / / Date (jj/mm/aaaa) | X Témoïn | X Personne à assurer |
| / / Date (jj/mm/aaaa) | X Témoïn | X Autre personne à assurer |
| / / Date (jj/mm/aaaa) | X Témoïn | X Signature de la personne à assurer ou du parent ou du tuteur légal. (si la personne à assurer est mineure) |

Signatures

Signé à ce jour de , année

X

Signature de la personne à assurer ou du parent ou du tuteur légal . (Tout enfant âgé de 16 ans ou plus, âgé de 18 ans ou plus au Québec, doit signer la proposition)

X

Si le titulaire est une entreprise, 2 signataires et leurs titres ou 1 signataire et le sceau de l'entreprise.

X

Autre personne à assurer

X

Payeur (s'il s'agit d'une autre personne que la personne à assurer ou si la garantie d'exonération de primes du titulaire a été retenue)

X

Titulaire (si ce dernier n'est pas l'une des personnes à assurer)

X

Témoin

Renseignements sur le conseiller

%
Nom au complet (en caractères d'imprimerie) n° de code du conseiller pourcentage

X

Signature du conseiller

Veillez indiquer le nom de l'agence générale ainsi que le code dans l'espace ci-dessus en caractères d'imprimerie.

%
Nom au complet (en caractères d'imprimerie) n° de code du conseiller pourcentage

X

Signature du conseiller

Veillez indiquer le nom de l'agence générale ainsi que le code dans l'espace ci-dessus en caractères d'imprimerie.

Veillez détacher et remettre à la personne à assurer

REÇU

AVIS AU TITULAIRE : Si la demande de remise en vigueur est refusée, ce paiement sera remboursé.

BMO  Assurance

N° de police déchue _____ Date _____ ,année _____

60, rue Yonge,
Toronto (Ontario) M5E 1H5

Reçu de _____ la somme de _____ dollars.
100

Il est entendu qu'aucun droit ni avantage n'est conféré au titulaire du fait du paiement reçu jusqu'à ce que la demande de remise en vigueur de la police tombée en déchéance soit approuvée par la Compagnie et qu'un certificat de remise en vigueur soit établi par la Compagnie pendant que la personne assurée est toujours en bonne santé et assurable.

Avis concernant le Bureau des renseignements médicaux

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités confidentiellement. BMO Société d'assurance-vie ou ses réassureurs pourraient toutefois présenter un bref rapport au Bureau des renseignements médicaux, un organisme sans but lucratif regroupant des compagnies d'assurance vie et ayant pour objet de favoriser l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement à une autre des compagnies membres du Bureau, ce dernier fournira sur demande les renseignements qu'il possède sur vous à la compagnie en question. Sur réception d'une demande de votre part, le Bureau prendra des dispositions pour vous communiquer tous les renseignements qui figurent à votre dossier (les renseignements médicaux ne seront communiqués qu'à votre médecin traitant). Si vous doutez de l'exactitude des renseignements figurant à votre dossier, vous pouvez communiquer avec le Bureau et demander une rectification. Voici l'adresse du Bureau des renseignements médicaux : Medical Information Bureau, 330 University Avenue, Toronto, Ontario M5G 1R7. Téléphone : 1-866-692-6901. BMO Société d'assurance-vie ou ses réassureurs pourraient également communiquer les renseignements figurant à leur dossier à d'autres compagnies d'assurance vie à qui vous présentez une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement.

Avis sur la protection des renseignements personnels et sur la confidentialité

BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance) a demandé des renseignements personnels dans votre proposition d'assurance. BMO Assurance utilisera ces renseignements et les renseignements que renferment ses dossiers existants pour étudier votre admissibilité, traiter votre proposition, administrer toute police d'assurance éventuellement établie et étudier les demandes de règlement. En outre, BMO Assurance pourrait obtenir d'autres renseignements de tierces parties et les utiliser pour étudier les demandes de règlement. BMO Assurance conservera vos renseignements dans un dossier à ses bureaux et ne divulguera aucun renseignement conservé dans ledit dossier, sauf à ses employés, à ses représentants, à ses filiales, à ses gestionnaires ou à ses réassureurs qui doivent consulter le dossier à des fins de tarification et d'étude de demandes de règlement. De temps à autre, BMO Assurance pourrait vous offrir des mises à jour de votre programme d'assurance ou d'autres produits et services. Vous pouvez communiquer par écrit avec notre responsable de la protection des renseignements personnels et l'aviser que vous ne désirez pas recevoir d'autres offres ou renseignements de notre part. Vous pouvez également demander par écrit, sur présentation d'une preuve d'identité et d'admissibilité, d'examiner les renseignements personnels que nous possédons sur votre compte et si vous doutez de leur exactitude, demandez qu'une rectification y soit apportée. Vous pouvez faire parvenir votre demande à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

BMO Société d'assurance-vie

60, rue Yonge,
Toronto (Ontario) M5E 1H5