

11. Au cours des trois (3) dernières années :		
a) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'une maladie rénale chronique, ou avez-vous subi une dialyse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'une angine ou d'un infarctus (une crise cardiaque), ou avez-vous subi une angioplastie coronarienne (avec ou sans insertion d'une endoprothèse vasculaire) ou un pontage aorto-coronarien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou reçu une radiothérapie pour une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) vous a-t-on prescrit un nouveau médicament ou un changement de dosage de votre médicament pour une angine, un infarctus (crise cardiaque), une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

AUTORISATION POUR DEMANDE DE REMISE EN VIGUEUR, LIVRAISON ET CHANGEMENT

Je demande à Assomption Vie de remettre en vigueur le contrat et/ou d'y apporter les changements susmentionnés. Il est convenu que tous les renseignements fournis se rapportant à cette déclaration d'assurabilité constitueront les données nécessaires pour l'acceptation par Assomption Vie. Il est également convenu que la remise en vigueur et/ou la demande de changement à cette déclaration entreront en vigueur à compter de la date d'acceptation d'Assomption Vie à condition que les montants en souffrance et les autres primes ou dettes exigibles aient été payés et qu'Assomption Vie considère que les clauses d'admissibilité relatives à la santé sont satisfaites.

Je reconnais que toute remise en vigueur de la police et de tout avenant aura pour effet de faire recommencer à zéro le délai de deux ans au cours duquel Assomption Vie peut demander la nullité du contrat en cas de suicide de l'assuré ou pour fausse déclaration. Si au cours de ce délai de deux ans suivant la date de la remise en vigueur l'assuré se suicide ou si toute déclaration comprise dans la présente déclaration d'assurabilité s'avère fausse ou qu'il y a omission de faits essentiels à l'assurance, la remise en vigueur de la police ou de l'avenant sera nulle et tout changement pourra ainsi être annulé par Assomption Vie.

J'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou autre établissement à caractère médical ou paramédical, ainsi que toute compagnie d'assurance, le MIB, Inc. (MIB), agence de crédit, et tout autre organisme, institution ou personne qui possèdent des dossiers ou renseignements sur moi-même ou mon état de santé à les échanger avec Assomption Vie ou ses réassureurs lors de l'étude des réclamations.

J'autorise Assomption Vie à retenir les services d'un enquêteur dans le but d'effectuer une enquête à mon sujet lors d'une étude de réclamation. Je comprends que cette enquête peut porter sur ma réputation, ma santé, mes finances et mon style de vie.

Lors de l'étude d'une réclamation, j'autorise tout coroner, force policière et toute autre agence possédant des renseignements relatifs à mon décès à les communiquer à Assomption Vie et ses réassureurs.

J'accuse réception de l'Avis pour Dossier et renseignements personnels et du Préavis du MIB et en accepte toutes les conditions et modalités.

J'autorise Assomption Vie, ou ses réassureurs, à soumettre au MIB un bref rapport au sujet des renseignements personnels sur ma santé.

Cette autorisation demeure en vigueur après mon décès.

Je reconnais qu'une reproduction de cette autorisation a la même validité que l'original.

Fait à _____, ce _____ jour de _____ 20 _____

Signature de l'assuré(e) _____

Signature du propriétaire* _____ Titre _____

(si autre que l'assuré(e))

Signature du représentant _____

Code du représentant _____

Signature du propriétaire* _____ Titre _____

*Si le propriétaire est une personne morale (corporation, association, etc.), la signature des personnes autorisées et leur titre sont exigés.