

AVENANT PROTECTION VIE/MALADIES GRAVES POUR ENFANTS - SÉRIE DE QUESTIONS

Numéro de la police

Dans ce formulaire, le masculin singulier est utilisé comme générique pour désigner des personnes, dans le seul but de ne pas alourdir le texte.

Répondez à cette série de questions pour les enfants (âge tarifé entre 0 et 17 ans) qui doivent être couverts en vertu d'un avenant Protection vie et/ou maladies graves (MG) pour enfants.

Prénom de l'enfant 1	Initiale	Nom de famille
Date de naissance de l'enfant 1		
Prénom de l'enfant 2	Initiale	Nom de famille
Date de naissance de l'enfant 2		
Nom et adresse du médecin personnel/de l'infirmière clinicienne de l'enfant 1 :		
Nom et adresse du médecin personnel/de l'infirmière clinicienne de l'enfant 2 :		

Renseignements sur l'enfant

Enfant 1 Prénom	Initiale	Nom de famille
Lien avec l'assuré		Date de naissance
		<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
Si l'enfant à assurer a entre 0 et 2 ans, veuillez répondre à la question suivante :		
L'enfant est-il né prématurément (moins de 37 semaines de grossesse)? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non - si oui, quel était son poids à la naissance : _____ <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg		
Enfant 2 Prénom	Initiale	Nom de famille
Lien avec l'assuré		Date de naissance
		<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
Si l'enfant à assurer a entre 0 et 2 ans, veuillez répondre à la question suivante :		
L'enfant est-il né prématurément (moins de 37 semaines de grossesse)? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non - si oui, quel était son poids à la naissance : _____ <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg		
Enfant 3 Prénom	Initiale	Nom de famille
Lien avec l'assuré		Date de naissance
		<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
Si l'enfant à assurer a entre 0 et 2 ans, veuillez répondre à la question suivante :		
L'enfant est-il né prématurément (moins de 37 semaines de grossesse)? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non - si oui, quel était son poids à la naissance : _____ <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg		
Enfant 4 Prénom	Initiale	Nom de famille
Lien avec l'assuré		Date de naissance
		<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
Si l'enfant à assurer a entre 0 et 2 ans, veuillez répondre à la question suivante :		
L'enfant est-il né prématurément (moins de 37 semaines de grossesse)? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non - si oui, quel était son poids à la naissance : _____ <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg		

AVENANT PROTECTION VIE/MALADIES GRAVES POUR ENFANTS - SÉRIE DE QUESTIONS (SUITE)

Numéro de la police

Détails additionnels

Utilisez cette section pour fournir des détails concernant les réponses aux questions 4 à 6, incluant les dates des événements, la durée, le traitement, le diagnostic, si le problème est résolu ou actuel, les dates et les résultats de tout test effectué (à l'exclusion d'un test génétique) ainsi que les noms et adresses de tous les professionnels et établissements médicaux.

Question n°	Assuré	Détails

Déclaration, attestation, autorisation et consentement

En signant ci-dessous, je confirme ce qui suit :

J'ai compris le sens des questions posées ci-dessus et j'étais présent lors de l'enregistrement des réponses et des énoncés.

J'ai revu les réponses recueillies et je confirme qu'elles sont complètes et véridiques à ma connaissance à la date de la signature ci-dessous.

L'Empire Vie peut annuler une police établie en fonction de ma proposition dans le cas où toute réponse ou tout énoncé recueilli ci-dessus contient une fausse déclaration ou une omission importante.

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels aux fins décrites dans la section « Vos renseignements personnels et votre vie privée » de ma proposition.

J'autorise toute personne ou organisation publique ou privée (incluant tout professionnel ou praticien de la santé et tout établissement de santé ou de services sociaux à vocation publique ou privée, toute compagnie d'assurance et MIB, Inc.) qui détient des renseignements personnels à mon sujet (y compris des renseignements médicaux, mais excluant les renseignements concernant un test génétique), à transmettre ces renseignements à l'Empire Vie, à ses réassureurs, à ses agents ou à ses représentants.

Je comprends que l'Empire Vie peut utiliser des tiers fournisseurs de services situés à l'intérieur ou à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de mes renseignements personnels. Je comprends par ailleurs que l'Empire Vie ne demandera pas aux assurés de subir tout test génétique ni de fournir les résultats de tout test génétique dans le cadre de la proposition.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'enfant 1 ou du tuteur légal (si mineur)

Prénom de l'enfant 1 ou du tuteur légal

Nom de famille

Signature de l'enfant 2 ou du tuteur légal (si mineur)

Prénom de l'enfant 2 ou du tuteur légal

Nom de famille

Signature du titulaire (s'il n'est pas un assuré)

Prénom du titulaire

Nom de famille

Signature du témoin

Prénom du témoin

Nom de famille

Fait à (ville et province)

--

Date

j j	-	m m	-	a a	a a
-------	---	-------	---	-------	-------