

DEMANDE DE CONVERSION AU TARIF POUR NON-FUMEURS

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

Partie A

Numéro de la police	Nom de la personne assurée :	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
Adresse :		Numéro de téléphone

Partie B

Question 1	Oui	Non
<ul style="list-style-type: none"> Si le numéro de votre police commence par CP, CC DH ou ET Est-ce que vous avez, au cours des 12 derniers mois, consommé de quelque façon que ce soit une substance ou un produit contenant du tabac ou de la nicotine (à l'exclusion des cigares) ou est-ce que vous avez fumé (notamment au moyen d'une cigarette électronique ou de « vapotage ») de la marijuana plus de quatre fois par semaine? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<ul style="list-style-type: none"> Si le numéro de votre police commence par CT Est-ce que vous avez, au cours des 24 derniers mois, consommé une substance ou un produit contenant du tabac, de la nicotine ou de la marijuana? 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Si vous avez répondu « oui », veuillez indiquer le ou les types de produit ou de substance et la date de la dernière consommation :</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		
<p>Question 2 – Régimes d'assurance « Élite Préférentielle » seulement</p> <ul style="list-style-type: none"> Est-ce que vous avez, au cours des 24 derniers mois, consommé de quelque façon que ce soit (notamment au moyen d'une cigarette électronique ou de « vapotage ») une substance ou un produit contenant du tabac, de la nicotine ou de la marijuana? Si OUI, c'est le tarif pour fumeurs qui s'applique. <p>_____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Question 3</p> <p>Depuis votre demande pour cette police, est-ce que vous avez :</p> <p>(a) souffert d'un problème médical ou été traité pour un problème médical?</p> <p>(b) consulté un médecin en dehors d'un examen médical de routine, reçu un traitement médical, subi un test médical (électrocardiogramme, radiographie, prise de sang, autre test diagnostique) ou pris un médicament?</p> <p>Si vous avez des réponses « oui » aux questions 3 ou 4, veuillez fournir les détails ci-dessous à la partie C.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Question 4</p> <p>Est-ce que vous avez eu des tests médicaux pour lesquels un diagnostic n'a pas encore été établi?</p> <p>Si vous avez des réponses « oui » aux questions 3 ou 4, veuillez fournir les détails ci-dessous à la partie C.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Question 5 Veuillez indiquer votre taille et votre poids : _____ (pi/cm) _____ (livres/kilos) Est-ce que votre poids a changé au cours de la dernière année? Si vous avez répondu « oui », veuillez fournir les détails ci-dessous : _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------

Partie C

Si vous avez des réponses « oui » aux questions 3 ou 4, veuillez fournir les détails ci-dessous.

Nature du problème, du test ou de l'examen	Date	Durée du problème	Résultats et situation actuelle	Nom du médecin traitant ou de l'établissement médical

Partie D

DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je déclare et conviens que :

toutes les déclarations, représentations et réponses faites et toutes les autres preuves supplémentaires que Foresters, compagnie d'assurance vie (« Foresters ») pourrait exiger sont véridiques, complètes et intégrales et doivent être prises en compte comme justification de la modification demandée. J'ai bien compris que, si je n'ai pas répondu de façon complète, intégrale et véridique aux questions ci-dessus (si j'ai fourni des déclarations ou réponses inexactes), Foresters pourra annuler la police.

J'autorise les médecins traitants, les médecins praticiens, les hôpitaux, les cliniques et MIB Inc., ainsi que les autres établissements, compagnies d'assurance, organismes, institutions ou individus détenant des dossiers ou des renseignements à mon sujet ou au sujet de mon état de santé de fournir ces renseignements à Foresters, compagnie d'assurance vie ou à ses réassureurs.

Les photocopies de la présente autorisation auront autant de validité que l'original.

J'autorise Foresters, compagnie d'assurance vie, à présenter un bref rapport sur ma santé à MIB Inc., même si la présente demande est annulée ou retirée.

Signé à (ville et province)	Date (jj/mm/aaaa)	Signatures
		Personne assurée
		Propriétaire (s'il s'agit de quelqu'un d'autre que la personne assurée)
		Témoin/agent

AVIS AU SUJET DE MIB (applicable uniquement pour les polices dont le numéro commence par CP ou DH)

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités comme étant confidentiels. Il nous sera possible, cependant (à nous et à nos réassureurs), de présenter un bref rapport sur ces renseignements à MIB Inc. (auparavant connu sous le nom de « Medical Information Bureau » ou « Bureau de renseignements médicaux), organisme à but non lucratif dont les membres sont des compagnies d'assurance vie, qui gère une structure d'échange d'informations au nom de ses membres. Si vous faites une demande d'assurance vie, d'assurance invalidité ou d'assurance médicale auprès d'un autre membre de MIB ou si vous déposez une demande de prestations auprès d'une telle compagnie, MIB remettra sur demande à cette compagnie les renseignements dont il dispose à votre sujet dans ses dossiers. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements vous concernant dans les dossiers de MIB, vous pouvez communiquer avec MIB pour demander une correction. L'adresse du service d'information de MIB est la suivante : MIB, 330, avenue University, Toronto (Ontario) M5G 1R7. Son numéro de téléphone est le 416 597-0590 et son site Web se trouve à l'adresse <http://www.mib.com/>.