Une compagnie de Sagicor

C.P. 4241, Station A
Toronto (Ontario) M5W 5R3
ivari.ca

Temporaire Viva*Sélect*
Demande de modification de police

Formulaire réservé aux polices d'assurance temporaire **Viva*Sélect*** Police n° _____

Précisez l'objet de votre demande : ○ **Changement au taux non-fumeur**
○ **Remise en vigueur de la police**

Veuillez remplir les sections 1, 2 et 3, passer en revue l'Avis de confidentialité et y donner votre consentement, puis apposer votre signature à la section 4 (la section 5 doit être remplie par le conseiller).

Section 1 Renseignements sur la personne assurée

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) _____

Adresse résidentielle actuelle *(case postale et livraison générale non acceptées)*

Adresse : _____ App./Bur. : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone – domicile : _____ Cellulaire : _____ Téléphone – travail : _____

Section 2 Remise en vigueur

Toutes les primes en souffrance impayées de _____ $ seront acquittées par :

○ Chèque payable à l'ordre d'ivari ci-joint

ou

○ Prélèvement du compte bancaire dès l'approbation de la remise en vigueur
(Veuillez remplir le formulaire ***Débit préautorisé (DPA) pour les produits d'assurance (PS375FR)*** et joindre un chèque nul préimprimé ou une lettre d'instructions de la banque)

Les débits préautorisés mensuels reprendront une fois que la police est remise en vigueur et que les primes en souffrance sont payées.

Nota : ivari peut déposer tout paiement sans préjudice à son droit de refuser la remise en vigueur de la police.

Section 3 Questions sur l'admissibilité, les voyages, l'état de santé et le mode de vie

Vous devez répondre à toutes les questions de manière véridique, complète et correcte, au mieux de vos connaissances. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de votre contrat.

Admissibilité

1. Exercez-vous une profession qui vous amène à travailler à l'extérieur à des hauteurs supérieures à 15 mètres (50 pi), en mer (p. ex., dans les industries de la pêche, du pétrole ou du gaz), sous terre (p. ex., exploitation minière, percement de tunnels), sous l'eau ou en présence d'explosifs, ou encore à exercer vos fonctions à titre de membre du personnel militaire, de travailleur d'aide internationale, de missionnaire, de représentant de gouvernement, de diplomate étranger, d'athlète professionnel ou d'artiste? . . . . . ○ Oui ○ Non

2. Au cours des 5 dernières années, avez-vous reçu un diagnostic et(ou) des traitements pour maladie cardiovasculaire (troubles du cœur, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire), diabète (à l'exclusion du diabète gestationnel), cancer (à l'exclusion d'un carcinome basocellulaire), ou avez-vous eu une proposition d'assurance vie ou maladies graves qui a été refusée, reportée, annulée ou assortie d'une surprime? ○ Oui ○ Non

2.1 Êtes-vous actuellement résident dans un établissement de soins infirmiers ou de services de soutien, ou placé sur une liste d'attente pour y accéder, **OU** incapable d'accomplir au moins deux activités de la vie quotidienne (p. ex., se laver, s'habiller, préparer les repas et s'alimenter, utiliser les toilettes ou marcher), ou avez-vous besoin d'assistance pour accomplir de telles activités? ○ Oui ○ Non

2.2 Au cours des 3 derniers mois, avez-vous été hospitalisé(e) pendant plus de 48 heures (à l'exclusion d'une hospitalisation liée à une grossesse) ○ Oui ○ Non

2.3 Vous a-t-on informé que vous étiez atteint d'une maladie en phase terminale (c'est-à-dire une maladie, une affection ou un trouble susceptible d'entraîner le décès au cours des 12 prochains mois)? ○ Oui ○ Non

Mode de vie

3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé ou fait usage de cigarettes, cigares, pipe, tabac à mâcher, chicha/narguilé (pipe à eau), cigarillos (petits cigares), cigarette électronique (vapotage), timbres de nicotine, gomme Nicorette, tabac à priser, noix de bétel? ○ Oui ○ Non

3.1 Avez-vous déjà reçu de la part d'un professionnel, notamment un médecin, un psychiatre, un psychologue, un spécialiste en toxicomanie, un conseiller ou un travailleur social, des conseils, du counseling, un diagnostic, un traitement ou des recommandations visant à réduire ou à cesser votre consommation de cannabis, d'alcool ou de drogues (sous quelque forme que ce soit)? ○ Oui ○ Non

3.2 Consommez-vous actuellement du cannabis sous quelque forme que ce soit (notamment par inhalation, vapotage, ingestion de produits comestibles ou utilisation d'huiles)? ○ Oui ○ Non

Dans ***l'affirmative***, veuillez indiquer la quantité par semaine : _____

3.3 Avez-vous déjà fait usage de drogues telles que ecstasy, LSD, hallucinogènes, champignons hallucinogènes, héroïne, cocaïne, crack, stupéfiants, barbituriques, sédatifs, amphétamines, stéroïdes anabolisants, solvants, opiacés (sauf sur ordonnance d'un médecin) ou toute autre drogue qui ne vous a pas été prescrite, à l'exception des médicaments en vente libre? ○ Oui ○ Non

Dans ***l'affirmative***, veuillez indiquer la date du tout dernier usage : (JJ/MM/AAAA) _____

3.4 Au cours d'une semaine normale, combien de boissons alcoolisées consommez-vous (bière, vin ou spiritueux)? ○ Oui ○ Non

Dans ***l'affirmative***, veuillez indiquer la quantité par semaine : _____

Voyages

4. Au cours des 12 prochains mois, avez-vous l'intention de voyager ou de résider en dehors du Canada? ○ Oui ○ Non

Dans ***l'affirmative*** : Pays _____

Date de départ : (JJ/MM/AAAA) _____ Date de retour : (JJ/MM/AAAA) _____

Loisirs/Sports

5. Au cours des 24 derniers mois, avez-vous piloté un aéronef autrement que dans le cadre de vols réguliers avec une compagnie aérienne commerciale ou majeure, ou avez-vous l'intention de le faire au cours des 24 prochains mois? ○ Oui ○ Non

5.1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pratiqué un sport dangereux ou extrême, y compris, mais non de façon limitative, arts martiaux mixtes, sports de combat, saut en ski, saut à l'élastique, saut extrême, course automobile, plongeon du haut d'une falaise, plongée en scaphandre autonome, saut en chute libre, parachutisme, surf aérien, deltaplane, alpinisme (roche/glace), motoneige ou ski hors-piste, ou avez-vous l'intention de le faire au cours des 12 prochains mois? ○ Oui ○ Non

Antécédents de conduite

6. Votre permis de conduire est-il actuellement suspendu ou participez-vous à un programme de conduite prescrit par un tribunal? ..... ○ Oui ○ Non

6.1 Votre permis a-t-il été suspendu plus d'une fois? ..... ○ Oui ○ Non

6.2 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été accusé ou déclaré coupable de conduite avec facultés affaiblies (alcool ou drogues) ou avez-vous refusé de vous soumettre à un alcootest ou à un test de dépistage de drogue? ..... ○ Oui ○ Non

6.3 Au cours des 3 dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué, êtes-vous actuellement soumis à des restrictions de conduite ou à un programme de conduite prescrit par un tribunal, ou avez-vous été impliqué dans un incident de conduite grave (p. ex., excès de vitesse de plus de 35 km/h, une conduite dangereuse ou acrobatique, un accident responsable majeur, ou la conduite avec un permis suspendu)? ..... ○ Oui ○ Non

6.4 Au cours des 3 dernières années, avez-vous cumulé plus de 3 infractions ou incidents de conduite mineurs (p. ex., excès de vitesse, distraction au volant, non-respect d'un arrêt obligatoire ou accidents mineurs)? ..... ○ Oui ○ Non

6.5 À l'exception de ce qui précède, avez-vous été impliqué dans d'autres incidents de conduite, infractions ou accusations en instance au cours des 5 dernières années? ..... ○ Oui ○ Non

Antécédents criminels

7. Avez-vous déjà été accusé, inculpé, condamné, incarcéré, mis en probation ou en liberté conditionnelle, ou en attente du prononcé d'une peine, pour un acte criminel? ..... ○ Oui ○ Non

Antécédents médicaux

8. Consultez-vous régulièrement un médecin de famille, une clinique ou un établissement de soins de santé? ..... ○ Oui ○ Non

Nom : _____

Adresse : _____

Raison de la plus récente consultation : ☐ Soins courants ou préventifs seulement, avec résultats normaux.

☐ Suivi de routine pour une affection stable et bien maîtrisée, sans changement récent du traitement et sans examens prescrits.

☐ Nouveau symptôme, examens en attente, soins d'urgence ou hospitalisation.

8.1 Taille : _____ ○ pi/po / ○ cm Poids : _____ ○ lb ou ○ kg

8.2 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi une perte de 10 lb (5 kg) ou plus de votre masse corporelle, autre que dans le cadre d'un régime volontaire ou à la suite d'un accouchement, ou avez-vous subi une chirurgie bariatrique telle qu'un pontage gastrique, une gastrectomie en manchon ou la pose d'un anneau gastrique? ..... ○ Oui ○ Non

8.3 À l'exception d'un examen médical de routine, faites-vous actuellement l'objet d'une investigation médicale, attendez-vous des résultats de tests ou une consultation auprès d'un médecin ou d'un spécialiste (à l'exclusion des tests génétiques), ou vous a-t-on recommandé de subir des examens (IRM, tomodensitométrie, électrocardiogramme, analyses de sang) qui n'ont pas encore été effectués ou dont vous n'avez pas encore reçu les résultats, ou êtes-vous en attente d'une intervention chirurgicale prévue? ... ○ Oui ○ Non

8.4 Vous a-t-on déjà informé que vous aviez besoin d'une greffe d'organe ou d'une greffe de moelle osseuse, en avez-vous déjà subi une, ou êtes-vous actuellement sur une liste d'attente pour une telle greffe? ..... ○ Oui ○ Non

Système cardiovasculaire

9. Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou vous a-t-on informé que vous souffriez d'hypertension artérielle ou de cholestérol élevé, ou avez-vous reçu des traitements pour ces affections? ..... ○ Oui ○ Non

Dans ***l'affirmative*** :

☐ Le diagnostic a été posé avant l'âge de 35 ans, **OU**

☐ Au cours des 12 derniers mois, vous avez commencé à prendre un médicament, celui-ci a été augmenté ou modifié, un autre médicament a été ajouté, **OU**

☐ Votre tension artérielle ou votre cholestérol sont mal contrôlés ou non suivis par un professionnel de la santé, ou vous prenez vos médicaments autrement que conformément aux prescriptions.

Cœur

10. Avez-vous déjà reçu un diagnostic, été informé que vous souffriez de l'une des affections suivantes ou reçu un traitement pour l'une d'elles : insuffisance cardiaque, insuffisance cardiaque congestive, hypertension pulmonaire, cardiopathie congénitale, anévrisme (aortique, thoracique) ou maladie vasculaire périphérique? ..... ○ Oui ○ Non

10.1 Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou des traitements pour crise cardiaque (infarctus du myocarde), angine ou toute maladie cardiaque ou vasculaire, ou avez-vous subi une intervention ou chirurgie cardiaque (y compris pontage coronarien, insertion de tuteurs, angioplastie, réparation ou remplacement valvulaire), ou souffert de troubles du rythme cardiaque/palpitations nécessitant un stimulateur cardiaque, ou d'une insuffisance des valves cardiaques? ..... ○ Oui ○ Non

10.2 Vous a-t-on recommandé des examens, des interventions ou des consultations cardiaques, qui n'ont pas été réalisés, ou avez-vous obtenu des résultats anormaux à des examens cardiaques (électrocardiogramme, échocardiogramme, épreuve d'effort, angiographie ou angiographie par tomodensitométrie)? ..... ○ Oui ○ Non

Cancer

11. Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou vous a-t-on informé que vous souffriez de l'une ou l'autre des affections suivantes ou avez-vous reçu des traitements à cet égard?

a) Cancer, leucémie, lymphome, mélanome, toute tumeur maligne ou toute autre tumeur (affectant notamment le cerveau ou la colonne vertébrale) ..... ○ Oui ○ Non

b) Kyste, polype, syndrome du nævus dysplasique ou grain de beauté qui change de taille, de forme ou de couleur, ou tout nodule ou toute masse, lésion ou excroissance anormale suspecté de cancer, non expliqué de façon concluante, sans diagnostic final ou faisant l'objet d'un suivi? (Cela exclut le carcinome basocellulaire) ..... ○ Oui ○ Non

11.1 Vous a-t-on informé que vous deviez subir, ou êtes-vous en attente de subir, un examen, un examen d'imagerie, une consultation spécialisée ou une investigation médicale pour une tumeur, une masse, un nodule ou une excroissance anormale n'ayant pas encore été réalisé ou expliqué de façon concluante? (p. ex. : dysplasie, polypes de haut grade, œsophage de Barrett avec dysplasie, anomalies cervicales, nævus atypiques ou marqueurs tumoraux élevés.) ..... ○ Oui ○ Non

Diabète

12. Avez-vous déjà consulté, reçu un diagnostic et(ou) reçu un traitement pour diabète (type 1 ou type 2), hyperglycémie, prédiabète ou glycémie modérée à jeun? ..... ○ Oui ○ Non

12.1 Avez-vous déjà reçu un diagnostic et(ou) un traitement pour diabète gestationnel? ..... ○ Oui ○ Non

Actuellement enceinte ..... ○ Oui ○ Non

Entièrement rétablie, avec une glycémie confirmée comme normale ..... ○ Oui ○ Non

Troubles sanguins, glandulaires ou endocriniens

13. Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou un traitement, ou vous a-t-on conseillé de prendre des médicaments à long terme (comme des anticoagulants), pour :

a) Un trouble sanguin, y compris une anémie autre qu'une simple carence en fer, une thalassémie majeure, l'hémophilie, la drépanocytose (à l'exclusion du trait drépanocytaire), un trouble de la coagulation ou l'hémochromatose? ..... ○ Oui ○ Non

b) Un caillot sanguin ou un risque accru de formation de caillots (notamment une thrombose veineuse profonde, une embolie pulmonaire ou des caillots récurrents)? ..... ○ Oui ○ Non

c) Un trouble endocrinien ou glandulaire ou une maladie de la thyroïde (à l'exclusion de l'hypothyroïdie sans complication)? ..... ○ Oui ○ Non

Troubles neurologiques

14. Avez-vous déjà consulté, reçu un diagnostic et(ou) reçu un traitement pour l'une ou l'autre des affections suivantes :

a) Accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), anévrisme cérébral (y compris hémorragie sous-arachnoïdienne, malformation artérioveineuse ou angiome caverneux), sténose carotidienne, obstruction ou occlusion, maladie ou rétrécissement des artères carotides, ou intervention au niveau des carotides (comme la pose d'une endoprothèse ou une endartériectomie)? ..... ○ Oui ○ Non

b) Tremblement, neuropathie, maux de tête chroniques graves nécessitant la prise de médicaments, inflammation ou trouble nerveux (y compris engourdissements, picotements ou faiblesse musculaire), cécité totale ou partielle (à l'exclusion des cas présents à la naissance ou résultant d'une blessure ou d'un accident), surdité totale ou partielle (à l'exclusion des cas présents à la naissance ou résultant d'une blessure ou d'un accident), épilepsie et(ou) convulsions, évanouissements inexpliqués, perte de connaissance ou épisodes de quasi-syncope nécessitant une enquête médicale ou une consultation spécialisée? ..... ○ Oui ○ Non

c) Perte de mémoire, amnésie globale, démence, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, chorée de Huntington, maladie des motoneurones, sclérose latérale amyotrophique (SLA), dystrophie musculaire, dystrophie myotonique, sclérose en plaques, paralysie cérébrale, trouble du spectre de l'autisme, syndrome de Down (trisomie 21), trouble cognitif, blessure à la tête ou au cerveau, paralysie ou tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux? ..... ○ Oui ○ Non

Troubles de santé mentale

15. Avez-vous déjà consulté, été hospitalisé, reçu un diagnostic et(ou) reçu un traitement pour trouble bipolaire, schizophrénie, trouble schizoïde affectif, trouble de la personnalité, trouble alimentaire, psychose, idées suicidaires, tentatives de suicide ou gestes d'automutilation? ..... ○ Oui ○ Non

15.1 Avez-vous déjà consulté, reçu un diagnostic ou reçu un traitement pour dépression et :

a) Présenté des symptômes, reçu un traitement ou pris des médicaments au cours des 10 dernières années, **OU** ..... ○ Oui ○ Non

b) Déjà eu besoin d'une hospitalisation ou de soins en établissement? ..... ○ Oui ○ Non

15.2 Avez-vous déjà consulté, été hospitalisé, reçu un diagnostic et(ou) reçu un traitement pour anxiété, trouble panique ou trouble de stress post-traumatique (TSPT) et :

a) Présenté des symptômes, reçu un traitement ou pris des médicaments au cours des 3 dernières années, **OU** ..... ○ Oui ○ Non

b) Déjà eu besoin d'une hospitalisation ou de soins en établissement? ..... ○ Oui ○ Non

15.3 Vous a-t-on recommandé une consultation, un traitement ou une évaluation psychiatrique ou psychologique qui n'a pas encore été réalisé, ou présentez-vous des symptômes persistants qui ne sont pas bien maîtrisés actuellement? ..... ○ Oui ○ Non

Système respiratoire

16. Avez-vous déjà consulté, reçu un diagnostic et(ou) reçu un traitement pour fibrose kystique, fibrose pulmonaire, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), emphysème ou toute autre maladie ou affection des poumons, de la respiration ou du système respiratoire? ○ Oui ○ Non

16.1 Avez-vous déjà consulté, reçu un diagnostic et(ou) reçu un traitement pour tout type d'apnée du sommeil (y compris l'apnée obstructive, centrale ou mixte)? ○ Oui ○ Non

16.2 Avez-vous déjà consulté, été hospitalisé, reçu un diagnostic et(ou) reçu un traitement pour l'asthme? ○ Oui ○ Non

a) Légère (symptômes occasionnels, moins de 5 crises par année, utilisation occasionnelle de bronchodilatateurs) ○ Oui ○ Non

b) Modérée (symptômes quotidiens, plus de 5 crises par année, traitement continu, prise de corticostéroïdes par voie orale) ○ Oui ○ Non

c) Grave (symptômes quotidiens, 3 visites ou plus à l'urgence au cours des 12 derniers mois, une ou plusieurs hospitalisations au cours des 12 derniers mois) ○ Oui ○ Non

16.3 Avez-vous déjà consulté, reçu un diagnostic et(ou) reçu un traitement pour une sarcoïdose? ○ Oui ○ Non

16.4 Avez-vous déjà consulté, reçu un diagnostic et(ou) reçu un traitement pour la tuberculose? ○ Oui ○ Non

a) Traitement en cours ○ Oui ○ Non

b) Traitement terminé et problème entièrement résolu, sans séquelles ni complications (notamment pulmonaires) ○ Oui ○ Non

c) Plus d'un épisode ○ Oui ○ Non

d) Manifestations extra-pulmonaires ○ Oui ○ Non

Système gastro-intestinal et foie

17. Avez-vous déjà consulté, reçu un diagnostic et(ou) reçu un traitement pour :

a) Colite ulcéreuse ou maladie de Crohn? ○ Oui ○ Non

b) Hépatite, stéatose hépatique, fibrose hépatique, cirrhose, hépatite alcoolique, maladie chronique du foie, maladie hépatique liée à l'alcool, cholangite biliaire primitive, cholangite sclérosante primitive ou tout autre trouble du foie? ○ Oui ○ Non

c) Œsophage de Barrett, varices œsophagiennes, saignement intestinal ou rectal, ou tout autre trouble de l'intestin, de l'œsophage, de l'estomac, de la vésicule biliaire ou du pancréas? ○ Oui ○ Non

Reins, vessie et organes reproducteurs

18. Avez-vous déjà consulté, reçu un diagnostic et(ou) reçu un traitement pour :

a) Insuffisance rénale, maladie rénale chronique, polykystose rénale, anomalie dans l'urine (comme la présence de sang ou de protéines), calculs rénaux récurrents, glomérulonéphrite, dialyse rénale en cours ou tout autre trouble touchant les reins ou la vessie? ○ Oui ○ Non

b) Protéinurie, néphrite, néphropathie, trouble de la prostate, du sein, des ovaires, des organes génitaux, de l'utérus ou du col de l'utérus, y compris des résultats anormaux aux tests de Pap ou de l'APS? ○ Oui ○ Non

Système immunitaire

19. Avez-vous déjà consulté, reçu un diagnostic et(ou) reçu un traitement pour virus de l'immunodéficience humaine (VIH), syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou complexe lié au sida? ○ Oui ○ Non

19.1 Avez-vous déjà consulté, reçu un diagnostic et(ou) reçu un traitement pour lupus, arthrite psoriasique, polyarthrite rhumatoïde, sclérodermie, syndrome CREST, trouble du tissu conjonctif, maladie auto-immune, déficit immunitaire ou tout autre trouble lié aux ganglions lymphatiques ou toute autre maladie auto-immune non mentionnée précédemment? ○ Oui ○ Non

Antécédents familiaux

20. Avez-vous des membres de votre famille immédiate (père, mère, frères ou sœurs) ayant reçu, avant l'âge de 60 ans, un diagnostic de cancer (y compris leucémie, lymphome et maladie de Hodgkin), de maladie cardiaque, de cardiomyopathie, d'accident vasculaire cérébral (AVC), de maladie d'Alzheimer ou de maladie de Parkinson? . . . . ○ Oui ○ Non

20.1 Avez-vous des membres de votre famille immédiate (père, mère, frères ou sœurs) ayant reçu un diagnostic de polykystose rénale, de chorée de Huntington, de syndrome de Lynch, de sclérose en plaques, de dystrophie musculaire, de sclérose latérale amyotrophique (SLA, aussi appelée maladie de Lou Gehrig), de cancer colorectal héréditaire sans polypose (CCHSP) ou de toute autre maladie ou tout autre trouble héréditaire? . . . . . ○ Oui ○ Non

Examens, consultations et affections

21. Présentez-vous des symptômes, des douleurs ou des problèmes tels que douleurs abdominales, douleurs chroniques, saignements inexpliqués ou saignements rectaux, faiblesse, étourdissements, fatigue ou douleurs non précisées pour lesquels vous n'avez pas encore consulté ni reçu de traitement? . . . . . ○ Oui ○ Non

21.1 Avez-vous déjà eu, ou vous a-t-on déjà informé que vous aviez, une maladie, une affection, une anomalie ou un trouble héréditaire non mentionné précédemment? . . . . . ○ Oui ○ Non

Avis relatif à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels (Avis de confidentialité)

La politique d'ivari sur la protection de la vie privée, que vous pouvez consulter sur **ivari.ca,** décrit la façon dont nous traitons vos renseignements personnels, que vous soyez propriétaire ou personne assurée. Elle énonce également vos droits et les choix qui vous sont offerts.

En résumé :

ivari utilise vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- La vérification de votre identité.
- L'évaluation de votre demande ou de toute demande ou tout formulaire que vous soumettez à l'avenir dans le cadre des polices d'assurance que vous détenez auprès d'ivari.
- L'administration de votre police et la prestation des services y afférents.
- La gestion des opérations commerciales nous permettant d'assurer le service de votre police.
- La conduite d'enquêtes et l'analyse des demandes de règlement.
- Le respect de nos obligations juridiques et réglementaires (telles que les déclarations fiscales et la conformité aux lois contre le blanchiment d'argent et le financement des activités terroristes, aux lois prudentielles et aux pratiques commerciales) et/ou de toute ordonnance juridique ou réglementaire (par exemple, une ordonnance d'un tribunal ou une citation à comparaître) à l'encontre d'ivari.

Nous recueillons des renseignements personnels dans le cadre du processus de demande d'assurance. Si l'évaluation de la demande d'assurance ou de règlement l'exige, **nous pouvons également recueillir vos renseignements personnels auprès de sources externes,** notamment les établissements ou les prestataires de soins de santé, les agences d'enquête et/ou les agences de renseignements sur la consommation et le crédit.

Le cas échéant, ivari peut communiquer vos renseignements personnels à des tiers de confiance, y compris les prestataires dont les services sont retenus pour l'aider à administrer ses polices, le Medical Information Bureau, LLC (ci-après le « MIB »), les réassureurs d'ivari, votre institution financière, votre conseiller en assurance indépendant et ses associés de soutien, les intermédiaires du marché, vos bénéficiaires et cessionnaires, votre médecin de famille ou votre médecin traitant, et d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous pouvez demander une assurance vie ou maladie, ou auxquelles une demande de prestation peut être soumise.

Pour les besoins énoncés dans le présent avis de confidentialité, les renseignements personnels fournis dans cette demande peuvent faire l'objet d'un processus de prise de décision automatisé.

Il est possible que vos renseignements personnels soient transférés, conservés ou traités en dehors de votre juridiction et que les autorités de ces juridictions puissent y avoir accès.

Dans certains cas, vous avez le **droit de retirer votre consentement** à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels. Vous avez également le **droit de consulter et de corriger** les renseignements que nous détenons à votre sujet, et **d'obtenir des informations sur toute décision entièrement automatisée** que nous prenons en utilisant vos renseignements. Vous pouvez envoyer votre demande écrite par la poste au **Responsable de la protection de la vie privée, ivari, 200-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7E9, ou par courriel à privacyoffice@ivari.ca**.

Vous pouvez consulter l'intégralité de notre politique sur la protection de la vie privée sur ivari.ca. Assurez-vous de la lire attentivement pour bien comprendre son contenu. Veuillez noter que nous pouvons mettre à jour cette politique de temps à autre.

Avis relatif au MIB

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités en toute confidentialité. ivari ou ses réassureurs pourront, toutefois, faire un bref rapport au MIB, un organisme sans but lucratif regroupant les compagnies d'assurance et effectuant un échange de renseignements pour le compte de ses membres.

Les renseignements personnels divulgués au MIB peuvent comprendre vos nom, lieu de naissance, profession et tout autre renseignement utilisé pour évaluer votre assurabilité. Sur demande d'une autre compagnie d'assurance membre du MIB, à laquelle vous avez soumis une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement, le MIB fournira à ladite compagnie les renseignements qu'il détient à votre sujet.

Le MIB reçoit des renseignements personnels sur les consommateurs canadiens. La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont régies par la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) et les lois provinciales, lesquelles peuvent être modifiées ou remplacées à l'occasion. Tout bref rapport soumis par une compagnie au MIB est conservé et protégé pendant la période prévue par la loi.

Le MIB consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne nettement sur les pratiques des compagnies canadiennes membres en matière de respect de la vie privée et de protection des renseignements personnels et qui se conforme aux lois applicables. Ayant son siège aux États-Unis, le MIB est lié par les lois américaines en matière de divulgation. Les renseignements contenus dans le dossier de consommateur d'un particulier détenu par le MIB peuvent être communiqués aux organismes américains responsables de l'application de la loi et de la sécurité nationale, pour les besoins de toute enquête portant sur des actes de terrorisme et des activités clandestines de renseignement, à la condition que ces organismes respectent les mesures prévues dans les lois américaines en matière de protection de la vie privée des consommateurs. **Pour consulter la politique du MIB sur la protection de la vie privée, visitez la page Web https://www.mib.com/privacy_policy.html.**

Sur réception de votre demande, le MIB vous communiquera les renseignements contenus dans votre dossier. La demande peut se faire par courriel à **canadadisclosure@mib.com** ou par téléphone au 866-692-6901. Si vous doutez de l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander qu'ils soient corrigés selon les procédures prévues par la loi fédérale *Fair Credit Reporting Act*. L'adresse du bureau d'information du MIB est 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734.

ivari et ses réassureurs peuvent aussi transmettre les renseignements contenus dans leur dossier à d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous avez soumis une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement. Les consommateurs peuvent obtenir de plus amples renseignements sur le MIB en visitant le site **www.mib.com.**

CONSENTEMENT REQUIS POUR CETTE DEMANDE ET POUR LA POLICE

ivari a besoin des autorisations suivantes de votre part pour recevoir et traiter la présente demande :

1. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels, tel qu'il est décrit dans l'**avis de confidentialité** et dans la politique d'ivari sur la protection de la vie privée affichée sur ivari.ca.
2. J'autorise ivari à recueillir mes renseignements personnels auprès de tiers aux fins décrites dans sa politique sur la protection de la vie privée et conformément à celle-ci.
3. **Sous réserve de la tarification,** j'autorise ivari et ses réassureurs à transmettre un bref rapport sur ma santé au MIB.

_____

Signature de la **PERSONNE ASSURÉE**/du **PROPRIÉTAIRE**

OPTIONS RELATIVES À VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Vous pouvez retirer votre consentement à l'égard de l'une ou l'autre de ces options en tout temps, sans aucune incidence sur votre police.

Communications promotionnelles sur nos produits et services auxquels vous pouvez être admissible

ivari peut communiquer avec vous au sujet d'autres produits et services auxquels vous pouvez être admissible, en utilisant des courriels, des messages texte ou d'autres voies électroniques. ivari peut faire appel à des tiers spécialistes en marketing pour vous envoyer ces communications promotionnelles. Si vous acceptez de recevoir ces communications, nous ne divulguerons que votre nom, vos coordonnées et votre couverture d'assurance actuelle. Nous ne divulguerons pas votre date de naissance, ni vos informations médicales ou financières.

Propriétaire : ○ Oui ○ Non

Accès au portail réservé aux clients d'ivari

ivari a créé un portail donnant aux clients accès aux renseignements sur leurs polices. Si vous décidez de vous y inscrire, veuillez nous fournir ci-dessous votre adresse électronique. Nous vous enverrons par courriel les détails d'inscription dès que la police entre en vigueur.

Courriel du **propriétaire**

Divulgation des renseignements utilisés pour la tarification à votre conseiller et à ses associés de soutien

Si la tarification est requise :

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels à partir des formulaires supplémentaires, des entretiens téléphoniques ou des autres communications avec vous ou avec un professionnel de la santé, aux fins décrites dans le présent **avis de confidentialité** et dans la politique sur la protection de la vie privée.

Si vous donnez votre consentement ci-dessous :

Nous pouvons divulguer les renseignements personnels recueillis auprès de vous, une fois la demande soumise, au conseiller identifié dans cette demande et à ses associés de soutien, notamment l'agent général délégué (ou le distributeur), les intermédiaires du marché, les employés et les sous-traitants. Nous ne divulguerons ces renseignements personnels que dans le but de permettre à votre conseiller de vous aider à choisir vos options d'assurance.

Cette autorisation ne restera en vigueur que 45 jours après l'établissement de la police ou l'envoi de la lettre de rejet de la demande d'assurance par ivari.

Personne assurée : ○ Oui ○ Non

Divulgations – Renseignements importants sur les polices d'ivari

RÉMUNÉRATION DU CONSEILLER

Le produit d'assurance dont il est question dans la présente proposition est offert, souscrit et établi par ivari, une société autorisée à proposer des produits d'assurance dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. Le conseiller en assurance indépendant ou le distributeur sollicitant cette assurance est dûment autorisé à offrir des produits d'assurance. En tant que représentant d'ivari, il sera rémunéré par celle-ci, une fois l'opération effectuée. Le fait de soumettre cette proposition n'oblige pas le propriétaire ou la personne assurée à traiter d'autres affaires avec ivari, le conseiller, le distributeur ou toute autre personne ou entité.

CONSIDÉRATIONS FISCALES

Étant donné que les lois fiscales et les interprétations de l'ARC peuvent changer, ivari ne peut garantir le traitement fiscal de ses produits ni des prestations prévues dans ses contrats. Il vous incombe de déterminer comment ses lois s'appliquent à vous à tout moment. Veuillez consulter un conseiller juridique et/ou fiscal qualifié afin d'obtenir un avis adapté à votre situation.

Nota : De nouvelles règles fiscales régissent les contrats d'assurance vie depuis le 1er janvier 2017. Par conséquent, certaines modifications apportées aux polices établies avant 2017 peuvent avoir une incidence sur le statut fiscal de ces dernières. Assurez-vous de discuter avec votre conseiller des incidences de toute modification envisagée sur votre police.

Section 4 Déclaration

En apposant ma signature, je confirme ce qui suit :

1. Je comprends la langue de rédaction de la présente demande. Si je ne la comprends pas, les détails de la demande m'ont été bien expliqués dans ma langue de préférence et je les comprends entièrement.
2. J'ai lu toutes les questions posées et toutes les réponses données dans la présente demande et j'en comprends le sens et l'importance.
3. J'ai passé en revue toutes les conditions de l'assurance demandée avec mon conseiller en assurance indépendant et j'ai reçu des explications satisfaisantes.
4. **Autant que je sache, les déclarations faites et les réponses données dans la présente demande sont véridiques, complètes et inscrites correctement.**
5. **J'accepte d'aviser immédiatement ivari de toute erreur, toute omission ou tout changement dans les renseignements que je lui fournis.**

CONFIRMATION ET ACCEPTATION

Je reconnais et conviens que :

1. La présente demande comprend toutes les pages précédentes, tout supplément y afférent (s'il y a lieu), et toute autre déclaration soumise dans le cadre de la présente demande d'assurance. Tous ces renseignements constitueront la base de toute police ou couverture établie.
2. La présente demande ne comprend aucune entente d'assurance provisoire.
3. Tout renseignement obtenu par un représentant d'ivari ne peut engager celle-ci, à moins qu'il ne soit énoncé par écrit dans la présente demande.
4. Toute police, toute modification ou tout intercalaire établi conformément à la présente demande ne prend effet que si toutes les conditions suivantes sont remplies :
   a) Le montant intégral de la prime est reçu par ivari en vertu de la police à la date de la présente demande.
   b) La police est délivrée au propriétaire du vivant de toutes les personnes assurées en vertu de la police.
   c) Toutes les déclarations faites et réponses données dans la présente demande continuent d'être véridiques et complètes à la date de délivrance de la police.
   d) Sous réserve de la tarification, l'assurabilité d'aucune des personnes assurées n'a changé entre la date à laquelle la demande est remplie et la date à laquelle la police est délivrée au propriétaire.
5. Seuls le président conjointement avec un vice-président ou le secrétaire général d'ivari ont le pouvoir d'engager celle-ci ou d'effectuer quelque changement que ce soit à la présente demande ou à toute police établie. ivari n'est liée par aucune promesse ni déclaration faite par toute autre personne. Aucun conseiller ni distributeur n'est autorisé à annuler ou à modifier l'une ou l'autre des conditions de la présente demande ou de toute police établie. Toutefois, ivari peut apporter certains changements à la présente demande, comme il est indiqué dans votre police. L'acceptation de la police par le propriétaire constitue l'approbation de ses conditions et la ratification de tout ajout, tout intercalaire ou toute modification.
6. Si la réponse à toute question dans la présente demande est inexacte ou omise ou s'il y a fausse déclaration sur des faits importants ou déclaration frauduleuse, toute police établie sur la foi de la présente demande peut être déclarée nulle et non avenue.
7. Toutes les primes doivent être payables à ivari.
8. J'accuse réception et je comprends pleinement le contenu des sections **Rémunération du conseiller** et **Divulgations**, le cas échéant.
9. En tant que propriétaire de la police, je reconnais avoir l'obligation, en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, d'aviser ivari de tout changement de mon statut de résidence aux fins de l'impôt. Je reconnais que les renseignements contenus dans cette demande et l'information concernant ma police, mon contrat ou mon compte peuvent être transmis à l'Agence du revenu du Canada (ARC) ou à d'autres autorités fiscales.

J'ai passé en revue et compris le contenu des sections « Divulgations – Renseignements importants sur les polices d'ivari » et « Déclaration » de la présente demande, et j'accepte les conditions qui y sont énoncées.

Fait à (ville) _____ dans la province de _____ le _____
(JJ/MM/AAAA)

Signature de la **PERSONNE ASSURÉE**

Signature du **CONSEILLER**

Directives de la personne assurée quant à l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels (« Directives de la personne assurée »)

En tant que personne assurée identifiée ci-dessous, je déclare avoir lu et bien compris le contenu de l'**avis de confidentialité** et de la politique d'ivari sur la protection de la vie privée affichée sur ivari.ca, et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels par ivari, ses employés, ses représentants autorisés responsables de l'administration de mon dossier (« ivari ») et ses réassureurs.

Pour les besoins de l'évaluation de ma demande d'assurance et de tout formulaire soumis par la suite, l'administration de ma police et la prestation des services y afférents, la conduite d'enquêtes et l'analyse de toute demande de règlement, j'autorise et j'enjoins expressément :

- tout médecin et tout prestataire ou établissement de soins médicaux et de santé; tout établissement, toute agence et tout prestataire de services connexes; toute compagnie d'assurance ainsi que toute autre entité ou personne identifiée dans l'**avis de confidentialité** ou la politique d'ivari sur la protection de la vie privée ayant ou pouvant éventuellement avoir en sa possession des renseignements sur moi ou sur ma santé, à divulguer ces renseignements à ivari sur demande de celle-ci.
- un représentant autorisé d'ivari à faire effectuer les épreuves, examens, radiographies, électrocardiogrammes, bilans sanguins et analyses des urines qu'ivari pourrait exiger. Je comprends et j'accepte que les épreuves incluent, le cas échéant et sans s'y limiter, des épreuves pour maladie des reins, maladie du foie, maladie des os, facteurs de risque pour maladie cardiaque, SIDA ou preuve d'exposition au virus du SIDA, ainsi que la présence de médicaments, de drogues, de nicotine ou leurs métabolites, et qu'ivari peut communiquer les résultats de ces épreuves et examens à mes médecins.

Advenant mon décès, les bénéficiaires au titre de la police ont le droit de demander et de consentir en mon nom à la collecte et à l'utilisation de mes renseignements personnels par ivari et ses représentants autorisés auprès de tiers, dans le but de mener toute enquête dans le cadre de l'évaluation et du traitement de toute demande de règlement.

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

J'ai passé en revue et compris les Directives de la personne assurée et j'accepte les conditions qui y sont énoncées.

Fait à (ville) _____ dans la province de _____ le _____
(JJ/MM/AAAA)

_____
Signature de la **PERSONNE ASSURÉE**

Section 5 Rapport du conseiller en assurance indépendant

1. Avez-vous rempli la demande en présence de toutes les personnes assurées et tous les propriétaires? (La vidéoconférence n'est pas considérée comme une rencontre en personne). ***Nota :*** *Remplir la demande en personne avec le client est une pratique exemplaire.*

   Conseiller 1 : ○ Oui ○ Non Dans ***la négative***, veuillez donner les raisons : _____

   Conseiller 2 : ○ Oui ○ Non Dans ***la négative***, veuillez donner les raisons : _____

2. L'un des conseillers est-il la personne assurée, le propriétaire, le payeur ou le bénéficiaire aux termes de la police?

   Conseiller 1 : ○ Oui ○ Non Conseiller 2 : ○ Oui ○ Non

3. L'un des conseillers a-t-il un lien* avec la personne assurée, le propriétaire, le payeur ou le bénéficiaire?

   * Par « lien », on entend un lien de parenté (par le sang, le mariage ou l'adoption), un lien d'amitié, un lien de créance, un lien de dépendance financière par rapport au conseiller ou un lien dans le cadre d'une société détenue et/ou contrôlée par le conseiller et/ou un membre de sa famille.

   Conseiller 1 : ○ Oui ○ Non Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir des détails : _____

   Conseiller 2 : ○ Oui ○ Non Dans ***l'affirmative***, veuillez fournir des détails : _____

4. En signant ci-dessous, je reconnais/nous reconnaissons avoir divulgué, lorsqu'il y a lieu, les renseignements suivants au propriétaire de la police résultant de la présente demande :
   a) Le nom de la ou des compagnies que je représente.
   b) Toute rémunération (commissions ou salaire) que je recevrai.
   c) Tout conflit d'intérêts que cette transaction pourrait engendrer.
   d) Ma conformité au Code d'éthique professionnelle d'ivari dans tous les aspects liés à cette souscription d'assurance.
   e) Le fait que j'ai l'autorisation d'exercer dans la province où réside le propriétaire.
   f) La nature de mes relations avec la ou les compagnies représentées.
   g) Son droit, en tant que consommateur, de demander plus d'informations.

Remarques du conseiller : Détenez-vous des renseignements sur les habitudes, l'état de santé, les loisirs, les finances ou la réputation de la personne à assurer, qui pourraient influer sur l'évaluation du risque? Dans ***l'affirmative***, veuillez préciser ci-dessous.

_____

_____

Courriel du conseiller : _____

Je déclare par les présentes qu'autant que je sache, les déclarations faites et les réponses données dans la présente demande sont véridiques, complètes et inscrites correctement et que je ne suis pas au courant d'informations supplémentaires sur la personne assurée/le propriétaire, sauf tel que précisé dans les remarques du conseiller. J'atteste avoir vérifié, le cas échéant, l'identité de la ou des personnes ayant présenté la demande en me reportant à des documents originaux valides. Je confirme que les renseignements figurant dans les présentes ont été transcrits correctement desdits documents. Je déclare avoir pris des mesures raisonnables pour déterminer si la personne assurée/le propriétaire agit pour le compte d'un tiers.

Fait à (ville) _____ dans la province de _____ le _____
(JJ/MM/AAAA)

_____ _____
Signature du **CONSEILLER** Nom du conseiller

Le conseiller ayant rempli la présente demande doit être indiqué ci-dessous en tant que Conseiller 1 ou 2 et DOIT avoir son propre code.

Nom du distributeur : _____ **Code :** _____

Nom du conseiller (1) : _____ **Code de conseiller :** _____ **Quote-part :** _____ **%**

Nom du conseiller (2) : _____ **Code de conseiller :** _____ **Quote-part :** _____ **%**

En cas de partage, qui est le conseiller de service? ○ **Conseiller 1** ○ **Conseiller 2**

ivari[MD]
Une compagnie de Sagicor C.P. 4241, Station A, Toronto (Ontario) M5W 5R3 • Téléphone : 1-800-846-5970

Vous pouvez nous transmettre de manière instantanée et sécurisée vos formulaires remplis et signés en utilisant notre outil en ligne *Envoyer des documents* accessible sur ivari.ca.

ivari[MD] et les logos d'ivari sont des marques de commerce détenues par ivari Holdings Inc.

ENREGISTRER IMPRIMER EFFACER