

L'Américaine, Compagnie d'assurance-vie et revenu
P.O. Box 2608
Waco, TX 76797

Autorisation de communication de renseignements sur l'état de santé

(Inscrire le nom des proposants/patients et leur date de naissance en caractères d'imprimerie)

_____	_____	_____	_____
Nom	DDN	Nom	DDN
_____	_____	_____	_____
Nom	DDN	Nom	DDN
_____	_____	_____	_____
Nom	DDN	Nom	DDN

L'Américaine, Compagnie d'assurance-vie et revenu et ses réassureurs peuvent obtenir des renseignements d'ordre médical et d'autre nature dans le but d'évaluer ma proposition d'assurance. J'autorise par la présente les régimes de soins médicaux, les médecins, les professionnels de la santé, les cliniques, les laboratoires, les pharmacies, les gestionnaires de soins pharmacothérapeutiques, les établissements de soins de santé, les autres compagnies d'assurance, les agences de renseignement sur la consommation, le Bureau des renseignements médicaux (*Medical Information Bureau*) et les autres fournisseurs de soins de santé qui ont effectué des paiements, prodigué des soins ou fourni des services, à moi ou en mon nom (mes «pourvoyeurs»), à communiquer mon dossier médical complet et tout autre renseignement confidentiel sur ma santé à L'Américaine, Compagnie d'assurance-vie et revenu (AIL) ainsi qu'à ses agents, à ses employés et à ses représentants. Lesdits renseignements comprennent toute information sur le diagnostic ou le traitement d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou de maladies transmises sexuellement. Ils comprennent également toute information sur le diagnostic et le traitement de maladies mentales ainsi que sur la consommation d'alcool et de drogues et l'usage du tabac. Les notes prises dans le cadre d'une psychothérapie sont toutefois exclues de la présente autorisation. AIL peut communiquer toutes les informations précitées au Bureau des renseignements médicaux ou aux autres compagnies d'assurances auprès de qui j'ai ou je pourrais soumettre une proposition.

Par ma signature ci-dessous, je reconnais que toutes les ententes que j'ai conclues en vue de restreindre l'accès aux renseignements sur mon état de santé ne s'appliquent pas à la présente autorisation et je donne instruction aux médecins, aux professionnels de la santé, aux hôpitaux, aux cliniques, aux établissements de soins de santé et aux autres professionnels de la santé de communiquer mon dossier médical complet sans restriction.

Les renseignements précités sur mon état de santé doivent être communiqués en vertu de la présente autorisation afin que AIL puisse 1) souscrire ma proposition d'assurance, établir mon admissibilité, établir la tarification des risques, émettre la police et déterminer les conditions d'adhésion; 2) se procurer de la réassurance; 3) administrer les réclamations et déterminer les garanties et les prestations ou en assumer la responsabilité; 4) administrer la couverture d'assurance; 5) exercer les autres activités autorisées par la loi ayant trait aux couvertures que je possède ou que j'ai demandées auprès d'AIL.

La présente autorisation demeurera en vigueur pendant 24 mois à compter de la date de sa signature et tout exemplaire de celle-ci sera réputé être aussi valable que l'original. Je reconnais avoir le droit de révoquer cette autorisation en tout temps en transmettant une demande de révocation écrite au service de souscription d'AIL à l'adresse susmentionnée. J'ai été en outre informé qu'une telle révocation n'est pas valable si aucun de mes pourvoyeurs ne s'est fondé sur la présente autorisation ou si AIL a légalement le droit de contester une réclamation faite en vertu d'une police d'assurance ou de contester la police elle-même.

J'ai été informé que mes pourvoyeurs ne peuvent pas refuser de fournir un traitement ou d'effectuer un paiement pour des services de soins de santé si je refuse de signer la présente autorisation. J'ai également été informé que si je refuse de signer la présente autorisation de communiquer mon dossier médical complet, AIL pourrait ne pas être en mesure de traiter ma demande ou, dans le cas où une police aurait été émise, ne pas être en mesure de verser des prestations. Je reconnais avoir reçu un exemplaire de la présente autorisation.

Signature du proposant/patient ou de son représentant personnel

Fecha

Signature du proposant/patient ou de son représentant personnel

Fecha

Autorité on relation du représentant personnel avec le patient si ce dernier à moins de 18 ans

(Présentez l'original avec la proposition — papier blanc)

(Copie de la personne à assurer — papier jaune canari)



AVIS RELATIF AUX RAPPORTS SUR LE CONSOMMATEUR

Dans le cadre de la procédure habituelle de souscription, nous pouvons obtenir un rapport sur le consommateur pour connaître les renseignements pertinents concernant sa personnalité, sa réputation, ses caractéristiques personnelles et son mode de vie. Ces renseignements seront obtenus par la tenue d'entrevues avec vos amis, vos voisins et vos relations. Vous pouvez demander d'être interrogé aux fins de la préparation du rapport et vous pouvez en obtenir une copie sur demande.

AVIS RELATIF AU MIB

Les renseignements concernant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. L'Américaine, Compagnie d'assurance-vie et revenu ou ses réassureurs peuvent toutefois en faire un bref rapport au Medical Information Bureau, organisme à but non lucratif composé de compagnies d'assurance-vie qui tient un centre de renseignements au bénéfice de ses membres. Si vous présentez une proposition visant des garanties d'assurance-vie ou maladie à une autre compagnie membre du MIB, ou si vous présentez une demande de règlement à cette compagnie, le bureau lui fournira sur demande les renseignements contenus dans son dossier.

Sur réception de votre demande en ce sens, le MIB verra à divulguer tout renseignement que peut renfermer votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude de tout renseignement s'y trouvant, vous pouvez demander une correction en communiquant avec le MIB, au bureau des renseignements, 330 University Ave., bureau 403, Toronto, Canada M5G 1R7, ou par téléphone, au (416) 597-0590.

L'Américaine, Compagnie d'assurance-vie et revenu peut également transmettre les renseignements que renferme son dossier à ses réassureurs ou à toute autre compagnie d'assurance-vie à laquelle vous pouvez soumettre une proposition d'assurance-vie ou maladie ou une demande de règlement. En signant la présente demande, vous consentez à la divulgation de ces renseignements.

AVIS CONCERNANT LES PRATIQUES D'ENQUÊTE

Divers renseignements personnels peuvent être obtenus d'autres parties. Ces renseignements et tous les autres renseignements personnels ou confidentiels recueillis par la suite peuvent être divulgués à des tiers sans autorisation. Vous avez le droit de prendre connaissance de tous les renseignements personnels recueillis et de les corriger. Une description exhaustive de vos droits vous sera fournie sur demande.

Lorsque vous communiquez des renseignements personnels à L'Américaine, Compagnie d'assurance-vie et revenu, à ses agents ou à ses agents ou à ses fournisseurs de services, directement ou par l'intermédiaire de votre représentant (notamment votre avocat ou votre courtier), vous consentez à leur collecte, à leur utilisation et à leur divulgation, conformément à notre politique de confidentialité, dans la mesure autorisée ou exigée par la loi. Vous pouvez nous refuser ou nous retirer en tout temps votre autorisation nous permettant de recueillir, d'utiliser ou de divulguer des renseignements vous concernant, sous réserve des restrictions juridiques et contractuelles applicables, en communiquant avec notre responsable de la conformité en matière de confidentialité. Le cas échéant, nous pourrions ne plus être en mesure de vous fournir certains produits ou services. Si vous communiquez des renseignements personnels sur une autre personne à L'Américaine, Compagnie d'assurance-vie et revenu, à ses agents ou à ses fournisseurs de services, vous reconnaissez avoir l'autorité juridique à cet égard et (ou) avoir obtenu les autorisations nécessaires de cette personne relativement à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ces renseignements personnels aux fins énoncées dans notre politique de confidentialité. À votre demande, nous vous enverrons par la poste un exemplaire de cette politique, que vous pouvez également consulter sur notre site Web à l'adresse www.aillife.com.

