beneva

Assurance individuelle

Proposition de contrat

Pour les produits suivants :

- Vie permanente
- Vie temporaire
- Maladies graves
- Vie universelle

Version : Juillet 2023

Beneva inc.
1225, rue Saint-Charles Ouest, Bureau 200
Longueuil (Québec) J4K 0B9

Table des matières

A – Renseignements de base 3

B – Renseignements généraux 4
- **B1** – Personne(s) à assurer 4
- **B2** – Renseignements sur l'emploi 5
- **B3** – Propriétaire(s) 5
- **B4** – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt du(des) propriétaire(s) (autocertification) 6
- **B5** – Vérification de l'identité 6
- **B6** – Détermination de l'existence d'un tiers 7
- **B7** – Bénéficiaire(s) – assurance vie, avenant maladies graves et assurance maladies graves 8

C – Produits d'assurance et garanties 10
- **C1** – Assurance vie permanente 10
- **C2** – Assurance vie temporaire 10
- **C3** – Assurance maladies graves 12
- **C4** – Assurance vie universelle 13
- **C5** – Garanties supplémentaires 15

D – Paiement des primes 15
- **D1** – Paiement de la première prime 15
- **D2** – Versement des primes 15
- **D3** – Fréquence de paiement 15
- **D4** – Jour de prélèvement 15
- **D5** – Modification de contrat 15

E – Assurance en vigueur 16

F – But de l'assurance 16
- **F1** – Assurance personnelle 16
- **F2** – Assurance commerciale 16

G – Questions pour l'assurance temporaire immédiate 17

H – Avenant Jeunesse Plus / Avenant Juvénile 18

I – Antécédents personnels 19

J – Antécédents médicaux 22

K – Détails et compléments d'information 25

L – Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s) 26

M – Déclarations 27

N – Autorisations 28

O – Accord de débits préautorisés 29

P – Rapport du conseiller en sécurité financière / représentant 30
- **P1** – Exigence de sélection 30
- **P2** – Attestation du conseiller en sécurité financière / représentant 30
- **P3** – Renseignements sur le conseiller en sécurité financière / représentant 31

Q – Avis et notes de couverture 32
- **Q1** – Note de couverture conditionnelle – assurance maladies graves 32
- **Q2** – Note de couverture provisoire – assurance temporaire immédiate – assurance vie 32
- **Q3** – Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s) 32

Proposition – Assurance individuelle

Beneva inc. 1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9

RÉINITIALISER LE FORMULAIRE

Numéro de contrat	Numéro de la proposition

A – Renseignements de base

- Pour plus de 2 assurés, utiliser autant de propositions supplémentaires que nécessaire.
- Indiquer le numéro de la proposition principale sur chaque proposition additionnelle et soumettre toutes les propositions ensemble.
- **Soumettre TOUTES les pages de cette proposition, même si aucune information n'est inscrite sur certaines pages.**

☐ Demande préliminaire ☐ Nouvelle proposition Langue de correspondance : ☐ Français ☐ Anglais

Étendue de la proposition : ☐ Principale ☐ Additionnelle à la proposition **ou** au contrat n° : _____

Annulation et remplacement interne **intégral** : ☐ Oui ☐ Non N° de contrat annulé : _____

Annulation et remplacement interne **partiel** : ☐ Oui ☐ Non Couverture annulée : _____

L'annulation sera traitée à la mise en vigueur de la nouvelle couverture ou du nouveau contrat.

Modifications exigeant des preuves d'assurabilité

Si le contrat n'est pas déjà régi selon les règles fiscales en vigueur depuis le 1er janvier 2017, certaines modifications exigeant des preuves d'assurabilité peuvent entraîner une modification du régime fiscal applicable au contrat.

S'il y a plusieurs propriétaires au contrat, CHACUN d'entre eux doit signer la Section M de cette proposition. Pour tout ajout d'un assuré ou d'une garantie sur un contrat, chaque assuré et/ou propriétaire couvert par l'exonération des primes sur ledit contrat doit remplir les Sections I et J (utilisez une proposition additionnelle au besoin).

Pour effectuer une modification exigeant des preuves d'assurabilité, remplir les sections suivantes de cette proposition selon le type de modification demandée :

☐ **Ajout d'un assuré** – Non disponible pour tout contrat d'assurance vie universelle.
- **Ajout d'un propriétaire :** B1, B2, B3, B5, B7, C, D5, E, F, G, I, J, K, L, M, N, P et Q
- **Assurance maladies graves / Assurance temporaire :** B1, B2, B5, B7, C, D5, E, F, G, I, J, K, L, M, N, P et Q
- **Assurance vie entière / Assurance vie temporaire 100 enrichie :** B1, B2, B4, B5, B7, C, D5, E, F, G, I, J, K, L, M, N, P et Q
- **Avenant Jeunesse Plus / Avenant Juvénile :** H

☐ **Ajout d'une garantie ou garantie supplémentaire :**
Non disponible sur un contrat d'assurance vie universelle dont la date du contrat est antérieure au 1er janvier 2017.
Les ajouts de garanties d'assurance temporaire ou maladies graves sur un contrat d'assurance vie universelle sont disponibles uniquement si le contrat est de type individuel.
- **Ajout d'un propriétaire :** B1, B2, B3, B5, B7, C, D5, E, F, I, J, K, L, M, N, P et Q
- **Assurance maladies graves / Assurance temporaire :** B1, B2, B5, B7,C, D5, E, F, I, J, K, L, M, N, P et Q
- **Assurance vie entière / Assurance vie temporaire 100 enrichie :** B1, B2, B4, B5, B7,C, D5, E, F, I, J, K, L, M, N, P et Q
- **Assurance vie universelle :** B1, B2, B3, B4, B5, B6, C, D5, E, F, I, J, K, L, M, N, P et Q
- **Avenant Jeunesse Plus / Avenant Juvénile :** H

☐ **Révision de surprime / exclusion :** B1, B2, I, J, K, L, M, N, P et Q

☐ **Révision de la catégorie de risques privilégié** (12 mois après l'émission seulement) : B1, B2, I, J, K, L, M, N, P et Q

☐ **Changement au taux non-fumeur :** utiliser le formulaire *Demande de changement au taux non-fumeur* (FIND0241F)

☐ **Remise en vigueur :** utiliser le formulaire *Remise en vigueur* (FIND0117F)

Modifications n'exigeant pas de preuves d'assurabilité

Pour toute demande de modification n'exigeant pas de preuves d'assurabilité, remplir le formulaire selon le type de modification demandée :

- **Changement n'exigeant pas de preuves d'assurabilité :** utiliser le formulaire *Modification de contrat n'exigeant pas de preuves d'assurabilité* (FIND0116F)
- **Changement de bénéficiaire :** utiliser le formulaire *Changement de bénéficiaire* (FIND0205F)

Numéro de la proposition

B – Renseignements généraux

B1 – Personne(s) à assurer

- Le prénom et le nom apparaîtront sur le contrat tel qu'indiqué dans cette section.
- Note concernant l'assurance vie et maladies graves pour enfants : les enfants sont assurés à partir de l'âge de quinze (15) jours pour l'assurance vie et trente (30) jours pour l'assurance maladies graves.
- Lorsque l'adresse de l'assuré 2 n'est pas indiquée, nous considérons qu'elle correspond à celle de l'assuré 1.
- Lorsque l'assuré et le propriétaire sont la même personne, l'assuré doit être un résident canadien.

Assuré 1	Assuré 2
☐ M. ☐ Mme	☐ M. ☐ Mme
Prénom	Prénom
Nom	Nom
Nom à la naissance (si différent)	Nom à la naissance (si différent)
A A A A M M J J Date de naissance	A A A A M M J J Date de naissance
Âge*	Âge*
☐ Masculin ☐ Féminin Sexe	☐ Masculin ☐ Féminin Sexe
Lieu de naissance (ville et pays)	Lieu de naissance (ville et pays)
Si vous êtes né **à l'extérieur** du Canada, fournir les renseignements ci-dessous :	Si vous êtes né **à l'extérieur** du Canada, fournir les renseignements ci-dessous :
Date d'arrivée : A A A A M M J J	Date d'arrivée : A A A A M M J J
Statut légal au Canada :	Statut légal au Canada :
☐ Citoyen canadien	☐ Citoyen canadien
☐ Résident permanent (détient une carte de résidence permanente)	☐ Résident permanent (détient une carte de résidence permanente)
☐ Permis de travail (joindre une copie du permis de travail)	☐ Permis de travail (joindre une copie du permis de travail)
☐ Réfugié	☐ Réfugié
☐ Autre (précisez) : _____ (joindre la lettre de Citoyenneté et Immigration Canada confirmant la demande de résidence permanente)	☐ Autre (précisez) : _____ (joindre la lettre de Citoyenneté et Immigration Canada confirmant la demande de résidence permanente)

* Âge au plus proche anniversaire, soit six (6) mois avant ou après la date de signature de la proposition.

Adresse résidentielle	Adresse résidentielle
Numéro civique et nom de la rue	Numéro civique et nom de la rue
App.	App.
Ville	Ville
Province	Province
Code postal	Code postal
Téléphone (résidence)	Téléphone (résidence)
Adresse courriel (internet)	Adresse courriel (internet)

Numéro de la proposition

B2 – Renseignements sur l'emploi

Assuré 1	Assuré 2
Profession ou occupation détaillée et nombre d'années de service (employeur actuel) (si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)	Profession ou occupation détaillée et nombre d'années de service (employeur actuel) (si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)
Fonctions reliées à l'emploi, et statut d'emploi (ex. : employé, cadre, propriétaire, travailleur autonome, etc.)	Fonctions reliées à l'emploi, et statut d'emploi (ex. : employé, cadre, propriétaire, travailleur autonome, etc.)
Nature de l'entreprise de l'employeur	Nature de l'entreprise de l'employeur
Revenu annuel brut $ / Valeur nette des actifs $	Revenu annuel brut $ / Valeur nette des actifs $
Autre revenu $ → Précisez la source	Autre revenu $ → Précisez la source
Nom de l'employeur	Nom de l'employeur
Numéro civique et nom de la rue / Numéro de bureau	Numéro civique et nom de la rue / Numéro de bureau
Ville	Ville
Province / Code postal	Province / Code postal
Téléphone (travail)	Téléphone (travail)

B3 – Propriétaire(s)

- **Lorsque le(s) propriétaire(s) n'est (ne sont) pas indiqué(s), nous considérons qu'il(s) correspond(ent) au(x) assuré(s) – Maximum de 2 propriétaires par contrat.**
- **Pour l'assurance vie universelle, lorsque le propriétaire est une personne morale ou un autre type d'entité, remplir le formulaire *Vérification de l'identité des personnes morales et autres entités* (FRA1235F).**

Le(s) propriétaire(s) est (sont) : → ☐ Assuré 1 ☐ Un contrat distinct sera émis pour l'assuré 1 et l'assuré 2. Chaque assuré sera l'unique propriétaire de son contrat.
☐ Assuré 2 ☐ Autre (si un propriétaire n'est pas l'un des assurés, fournir les renseignements demandés ci-dessous).

Lorsque l'adresse du propriétaire 2 est différente du propriétaire 1, nous considérons que l'adresse postale correspond à celle du propriétaire 1.

Propriétaire 1 (si différent de l'assuré)	Propriétaire 2 (si différent de l'assuré)
Prénom et nom ou dénomination sociale si personne morale ou autre entité	Prénom et nom ou dénomination sociale si personne morale ou autre entité
Lien avec l'assuré / Numéro d'entreprise (s'il y a lieu)	Lien avec l'assuré / Numéro d'entreprise (s'il y a lieu)
Adresse résidentielle (le propriétaire du contrat doit être un résident canadien)	Adresse résidentielle (le propriétaire du contrat doit être un résident canadien)
Téléphone	Téléphone
À remplir pour une assurance vie universelle	**À remplir pour une assurance vie universelle**
Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité (si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)	Activité principale ou profession détaillée avec le domaine d'activité (si retraité, inscrire la dernière profession avec le domaine d'activité)
Nom de l'employeur	Nom de l'employeur
Statut d'emploi (ex. : employé, cadre, propriétaire, travailleur autonome, etc.)	Statut d'emploi (ex. : employé, cadre, propriétaire, travailleur autonome, etc.)
Date de naissance A A A A M M J J	Date de naissance A A A A M M J J
À remplir si l'exonération des primes est demandée	**À remplir si l'exonération des primes est demandée**
A A A A M M J J / Lieu de naissance	A A A A M M J J / Lieu de naissance
Date de naissance / Âge*	Date de naissance / Âge*
Sexe ☐ M ☐ F	Sexe ☐ M ☐ F

* Âge au plus proche anniversaire, soit six (6) mois avant ou après la demande.

Au décès d'un propriétaire, les droits et intérêts du propriétaire décédé dans le contrat seront transférés au propriétaire subsidiaire / successeur nommé dans cette section.

Prénom et nom du propriétaire subsidiaire / successeur 1	Prénom et nom du propriétaire subsidiaire / successeur 1
Lien avec l'assuré / A A A A M M J J Date de naissance	Lien avec l'assuré / A A A A M M J J Date de naissance

Numéro de la proposition

B4 – Déclaration de résidence aux fins de l'impôt du(des) propriétaire(s) (autocertification)

Applicable à l'assurance vie entière, l'assurance vie temporaire 100 enrichie et l'assurance vie universelle.

Le(s) assuré(s) et propriétaire(s) doit(vent) être résidents du Canada aux fins de l'impôt pour qu'un contrat d'assurance puisse être émis. Les renseignements fournis dans la déclaration de résidence aux fins de l'impôt doivent être exacts et complets. Le propriétaire doit fournir à Beneva inc. une nouvelle déclaration dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances faisant en sorte que les renseignements fournis dans la présente déclaration deviennent incomplets ou inexacts (ex. changement de compte bancaire pour un compte dans une institution financière d'un pays autre que le Canada, changement d'adresse à la suite d'un déménagement dans un pays autre que le Canada, etc.).

Propriétaire est une personne morale (corporation) ou un autre type d'entité

Pour l'**assurance vie entière** ou l'**assurance vie temporaire 100 enrichie**, la Déclaration de résidence aux fins de l'impôt doit être remplie sur le formulaire *Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Entité* (FRA1748F).

Pour l'**assurance vie universelle**, la Déclaration de résidence aux fins de l'impôt doit être remplie sur le formulaire *Vérification de l'identité des personnes morales et autres entités* (FRA1235F).

Propriétaire 1 (individu)	Propriétaire 2 (individu)
Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous :	**Cocher (✓) toutes les options qui s'appliquent à vous :**
☐ Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt	☐ Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt
☐ Je suis résident d'une autre juridiction que le Canada aux fins de l'impôt → **Si vous cochez cette case, le formulaire *Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu* (FRA1737F) est obligatoire.**	☐ Je suis résident d'une autre juridiction que le Canada aux fins de l'impôt → **Si vous cochez cette case, le formulaire *Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (autocertification) – Individu* (FRA1737F) est obligatoire.**

B5 – Vérification de l'identité

En tout temps pour tout type de produit : Le conseiller en sécurité financière/représentant doit vérifier l'identité de chaque **assuré**.

Pour l'assurance vie universelle (VU) : Si le propriétaire du contrat est différent de l'assuré, le conseiller en sécurité financière/représentant doit vérifier l'identité de chaque **propriétaire** du contrat, tel que requis par la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* (la Loi).

De quelle façon vérifiez-vous l'identité de chaque assuré (en tout temps pour tout type de produit) et de chaque propriétaire (pour une assurance VU, si différent de l'assuré)?

Cochez la ou les case(s) qui s'applique(nt) :

☐ **En présence physique de chaque personne :** à l'aide d'un document d'identité avec photo **authentique (original), valide, non expiré (le cas échéant) et délivré par un gouvernement** → Si vous cochez cette case, veuillez indiquer ci-dessous pour chaque personne, le document d'identité examiné, le numéro qu'il porte, sa date d'expiration (le cas échéant) et le territoire de compétence où il a été émis. Si le choix « Autre document avec photo admissible selon la Loi » a été coché ci-dessous, veuillez préciser le type de document vérifié. Au Québec, il est interdit de demander la carte d'assurance maladie au client, mais vous pouvez l'accepter si celui-ci vous l'offre. L'Ontario, le Manitoba, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard interdisent l'utilisation d'une carte d'assurance maladie à des fins d'identification.

☐ **En utilisant le processus double** (si vérification faite à distance ou si pièce d'identité non valide) : à l'aide de deux documents lisibles, valides et à jour provenant de deux sources différentes, indépendantes et fiables → **Si vous cochez cette case, le formulaire *Méthode à processus double pour la vérification de l'identité – Individu – Attestation du conseiller en sécurité financière/représentant* (FRA1913F) est obligatoire.**

Assuré 1	Assuré 2
Nom de l'assuré (apparaissant sur le document)	Nom de l'assuré (apparaissant sur le document)
☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Carte de citoyenneté avec photo	☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Carte de citoyenneté avec photo
☐ Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :	☐ Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :
Numéro du document / Territoire de compétence	Numéro du document / Territoire de compétence
A A A A M M J J Date d'expiration du document	A A A A M M J J Date d'expiration du document

Numéro de la proposition

Remplir la section *Vérification de l'identité de chaque propriétaire*, s'il ne s'agit pas de l'assuré (applicable à l'assurance vie universelle).

B5 – Vérification de l'identité (suite)

Propriétaire 1	Propriétaire 2
Nom du propriétaire (apparaissant sur le document)	Nom du propriétaire (apparaissant sur le document)
Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien.	Le propriétaire du contrat doit être un résident canadien.
☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Carte de citoyenneté avec photo	☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Carte de citoyenneté avec photo
☐ Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :	☐ Autre document avec photo admissible selon la Loi (précisez) :
Numéro du document / Territoire de compétence	Numéro du document / Territoire de compétence
A A A A M M J J Date d'expiration du document	A A A A M M J J Date d'expiration du document

B6 – Détermination de l'existence d'un tiers (applicable à l'assurance vie universelle)

Conformément à la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* ainsi qu'à ses règlements, le conseiller en sécurité financière/représentant doit prendre des mesures raisonnables pour déterminer, dans le cadre de la présente proposition, si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) pour le compte d'un tiers (individu, personne morale ou autre type d'entité).

Afin de déterminer si un « tiers » est en cause, il ne s'agit pas d'identifier le « propriétaire » de l'argent mais plutôt la personne qui donne les instructions quant à la façon de procéder avec l'argent. Si la personne qui est devant vous agit selon les instructions d'une autre, cette autre personne est le tiers.

Lorsque le payeur des primes est une personne ou une entité différente du(des) propriétaire(s), le payeur est considéré comme un tiers et la section ci-dessous doit être remplie.

Le(s) propriétaire(s) agit-il (agissent-ils) pour le compte d'un tiers (individu, personne morale ou autre type d'entité) ou encore, existe-t-il un tiers en ce qui concerne ce contrat?

☐ Oui → Remplir la partie « Identification du tiers » ci-dessous.
☐ Non
☐ Il est impossible de déterminer si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) au nom d'un tiers, mais j'ai des motifs raisonnables de croire que c'est le cas.
→ Remplir la partie « Identification du tiers » ci-dessous.

Est-ce que la personne ou l'entité qui effectue le paiement des primes/sommes dans le contrat d'assurance est différente du(des) propriétaire(s)?

☐ Oui → Remplir la partie « Identification du tiers » ci-dessous.
☐ Non

Identification du tiers (si applicable)

Nom du tiers

A A A A M M J J
Date de naissance (si le tiers est une personne physique)

Adresse complète permanente du tiers

Numéro de téléphone du tiers

Activité principale ou profession : inscrivez des renseignements complets et détaillés, incluant le titre d'emploi, le domaine d'activité, le nom de l'employeur et le statut (employé, cadre, propriétaire, travailleur autonome, etc.); si retraité, indiquez les détails sur la dernière profession/occupation avant la retraite

Lien entre le tiers et le(s) propriétaire(s)

Si le tiers est une personne morale (corporation) ou autre entité :

Numéro d'entreprise

Lieu de délivrance du certificat de constitution

Si vous ne parvenez pas à obtenir les renseignements mentionnés ci-dessus sur le tiers, inscrire les raisons dans l'espace ci-dessous :

Si vous ne parvenez pas à déterminer si le propriétaire agit au nom d'un tiers, mais avez des motifs raisonnables de croire que c'est le cas, inscrire les motifs dans l'espace ci-dessous :

Numéro de la proposition

B7 – Bénéficiaire(s) – assurance vie, avenant maladies graves et assurance maladies graves

- Indiquer le prénom et le nom de la personne qui recevra les sommes prévues lorsqu'elles deviennent payables en vertu des couvertures choisies. En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.
- **Si plusieurs bénéficiaires sont nommés, la répartition en pourcentage des parts doit égaler 100 %.** Si la répartition en pourcentage n'est pas fournie, les sommes payables seront réparties en parts égales entre les bénéficiaires survivants admissibles.
- Les désignations de bénéficiaires sont révocables, à moins d'indication contraire. Au Québec toutefois, si le conjoint auquel le propriétaire est marié ou uni civilement est désigné comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable, à moins d'avoir été expressément désigné à titre révocable.
- Si le bénéficiaire prédécède la personne à assurer, les sommes prévues seront payables au bénéficiaire subsidiaire au décès de la personne à assurer.
- Au Québec, le parent survivant est toujours le tuteur de l'enfant, à moins d'un avis contraire dans un jugement de la Cour.
- Si des enfants mineurs sont désignés à titre irrévocable, nous devons obtenir une ordonnance de la Cour ou attendre la majorité avant d'effectuer toute demande de modification au contrat, tels que retrait partiel, prêt, rachat et autres changements connexes.

Personne à assurer 1

Bénéficiaire(s) pour l'assurance vie

	Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case Révocable	Irrévocable	Quote-part % Total 100 %
1				☐	☐	
2				☐	☐	
3				☐	☐	

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s)

- En cas de décès du(des) bénéficiaire(s) désigné(s) plus haut, le pourcentage est équivalent.

	Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case Révocable	Irrévocable
1				☐	☐
2				☐	☐
3				☐	☐

Fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (sans objet au Québec)

- Si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est suggéré qu'une fiducie soit constituée afin de veiller à toute demande de réclamation éventuelle (non applicable au Québec).
- Si une fiducie est constituée, fournir les renseignements ci-dessous.

Nom du bénéficiaire mineur	Prénom du bénéficiaire mineur	Nom complet du fiduciaire	Lien avec l'assuré

Personne à assurer 2

Bénéficiaire(s) pour l'assurance vie

	Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case Révocable	Irrévocable	Quote-part % Total 100 %
1				☐	☐	
2				☐	☐	
3				☐	☐	

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s)

- En cas de décès du(des) bénéficiaire(s) désigné(s) plus haut, le pourcentage est équivalent.

	Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case Révocable	Irrévocable
1				☐	☐
2				☐	☐
3				☐	☐

Fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (sans objet au Québec)

- Si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est suggéré qu'une fiducie soit constituée afin de veiller à toute demande de réclamation éventuelle (non applicable au Québec).
- Si une fiducie est constituée, fournir les renseignements ci-dessous.

Nom du bénéficiaire mineur	Prénom du bénéficiaire mineur	Nom complet du fiduciaire	Lien avec l'assuré

Numéro de la proposition

B7 – Bénéficiaire(s) – assurance vie, avenant maladies graves et assurance maladies graves (suite)

Personne à assurer 1

Bénéficiaire pour l'AVENANT maladies graves

- En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaires(s) pour l'Avenant maladies graves.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case Révocable	Irrévocable
			☐	☐

Bénéficiaire pour l'ASSURANCE maladies graves

- En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case Révocable	Irrévocable
			☐	☐

Bénéficiaire pour la garantie Remboursement des primes au décès (maladies graves)

- En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case Révocable	Irrévocable
			☐	☐

Bénéficiaire pour la garantie Remboursement des primes du vivant (maladies graves)

- En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case Révocable	Irrévocable
			☐	☐

Personne à assurer 2

Bénéficiaire pour l'AVENANT maladies graves

- En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaires(s) pour l'Avenant maladies graves.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case Révocable	Irrévocable
			☐	☐

Bénéficiaire pour l'ASSURANCE maladies graves

- En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case Révocable	Irrévocable
			☐	☐

Bénéficiaire pour la garantie Remboursement des primes au décès (maladies graves)

- En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case Révocable	Irrévocable
			☐	☐

Bénéficiaire pour la garantie Remboursement des primes du vivant (maladies graves)

- En l'absence de désignation de bénéficiaire, les sommes prévues seront payables au(x) propriétaire(s) ou à sa (leurs) succession(s), selon le cas.

Nom	Prénom	Lien avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)	Cocher une case Révocable	Irrévocable
			☐	☐

Numéro de la proposition

C – Produits d'assurance et garanties

C1 – Assurance vie permanente

- Indiquer la couverture et le capital assuré de chaque assuré.

Assuré 1		Assuré 2	
	Capital assuré		Capital assuré
Vie entière 20 ☐ Individuelle/Multi-vie	$	**Vie entière 20** ☐ Individuelle/Multi-vie	$
Vie entière 100 ☐ Individuelle/Multi-vie ☐ Conjoint 1er décès ☐ Conjoint dernier décès	$	**Vie entière 100** ☐ Individuelle/Multi-vie ☐ Conjoint 1er décès ☐ Conjoint dernier décès	$
Temporaire 100 enrichie ☐ Individuelle/Multi-vie ☐ Conjoint 1er décès ☐ Conjoint dernier décès	$	**Temporaire 100 enrichie** ☐ Individuelle/Multi-vie ☐ Conjoint 1er décès ☐ Conjoint dernier décès	$
Temporaire 100 ☐ Individuelle/Multi-vie ☐ Conjoint 1er décès ☐ Conjoint dernier décès	$	**Temporaire 100** ☐ Individuelle/Multi-vie ☐ Conjoint 1er décès ☐ Conjoint dernier décès	$

C2 – Assurance vie temporaire

- Indiquer la couverture et le capital assuré de chaque assuré.

Assuré 1		Assuré 2	
	Capital assuré		Capital assuré
Tempo Plus 10 ☐ Individuelle/Multi-vie – fixe ☐ Individuelle/Multi-vie – décroissant ☐ Conjoint 1er décès – fixe ☐ Conjoint 1er décès – décroissant	$	**Tempo Plus 10** ☐ Individuelle/Multi-vie – fixe ☐ Individuelle/Multi-vie – décroissant ☐ Conjoint 1er décès – fixe ☐ Conjoint 1er décès – décroissant	$
Tempo Plus 15 ☐ Individuelle/Multi-vie – fixe ☐ Individuelle/Multi-vie – décroissant ☐ Conjoint 1er décès – fixe ☐ Conjoint 1er décès – décroissant	$	**Tempo Plus 15** ☐ Individuelle/Multi-vie – fixe ☐ Individuelle/Multi-vie – décroissant ☐ Conjoint 1er décès – fixe ☐ Conjoint 1er décès – décroissant	$
Tempo Plus 20 ☐ Individuelle/Multi-vie – fixe ☐ Individuelle/Multi-vie – décroissant ☐ Conjoint 1er décès – fixe ☐ Conjoint 1er décès – décroissant	$	**Tempo Plus 20** ☐ Individuelle/Multi-vie – fixe ☐ Individuelle/Multi-vie – décroissant ☐ Conjoint 1er décès – fixe ☐ Conjoint 1er décès – décroissant	$
Tempo Plus 25 ☐ Individuelle/Multi-vie – fixe ☐ Individuelle/Multi-vie – décroissant ☐ Conjoint 1er décès – fixe ☐ Conjoint 1er décès – décroissant	$	**Tempo Plus 25** ☐ Individuelle/Multi-vie – fixe ☐ Individuelle/Multi-vie – décroissant ☐ Conjoint 1er décès – fixe ☐ Conjoint 1er décès – décroissant	$
Tempo Plus 30 ☐ Individuelle/Multi-vie – fixe ☐ Individuelle/Multi-vie – décroissant ☐ Conjoint 1er décès – fixe ☐ Conjoint 1er décès – décroissant	$	**Tempo Plus 30** ☐ Individuelle/Multi-vie – fixe ☐ Individuelle/Multi-vie – décroissant ☐ Conjoint 1er décès – fixe ☐ Conjoint 1er décès – décroissant	$

Numéro de la proposition _____

C2 – Assurance vie temporaire (suite)

Tempo Plus 35 ☐ Individuelle/Multi-vie – fixe ☐ Individuelle/Multi-vie – décroissant ☐ Conjoint 1er décès – fixe ☐ Conjoint 1er décès – décroissant	$	**Tempo Plus 35** ☐ Individuelle/Multi-vie – fixe ☐ Individuelle/Multi-vie – décroissant ☐ Conjoint 1er décès – fixe ☐ Conjoint 1er décès – décroissant	$
Tempo Plus 40 ☐ Individuelle/Multi-vie – fixe ☐ Individuelle/Multi-vie – décroissant ☐ Conjoint 1er décès – fixe ☐ Conjoint 1er décès – décroissant	$	**Tempo Plus 40** ☐ Individuelle/Multi-vie – fixe ☐ Individuelle/Multi-vie – décroissant ☐ Conjoint 1er décès – fixe ☐ Conjoint 1er décès – décroissant	$
Montant total de capital assuré : _____ $		**Montant total de capital assuré :** _____ $	

Avenant en cas d'invalidité (Assurance vie temporaire seulement)

- Le montant de l'indemnité mensuelle demandé doit être déterminé selon l'analyse des besoins en fonction des prêts et mensualités admissibles. Le montant payable en cas d'invalidité totale au moment d'une réclamation pourrait s'avérer différent du montant demandé, tel qu'indiqué à la Section M (article 7).
- Certaines occupations ne sont pas admissibles. Veuillez consulter la *Liste des occupations non admissibles* disponible dans la bibliothèque du logiciel d'illustrations. Il est à noter qu'un(e) conjoint(te) en congé parental doit avoir une occupation habituelle admissible selon nos critères afin d'être éligible au montant maximum de 1 000 $.

	Assuré 1	Assuré 2
1. Conditions d'admissibilité		
a) Êtes-vous un(e) conjoint(e) au foyer? Si Oui, montant maximum de 1 000 $ et durée de deux (2) ans. Note : admissible seulement si le/la conjoint(e) est couvert(e) sur le présent contrat.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
b) Êtes-vous un(e) conjoint(e) en congé parental? Si Oui, montant maximum de 1 000 $ et durée de deux (2) ans. Note : admissible seulement si le/la conjoint(e) est couvert(e) sur le présent contrat.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
c) Travaillez-vous présentement au moins 21 heures par semaine? Si Non, non admissible à l'avenant invalidité.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
d) Travaillez-vous huit (8) mois ou plus par année à raison d'au moins 21 heures par semaine? Si Non, non admissible à l'avenant invalidité.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
2. Travail à domicile (ou au(x) domicile(s) de vos clients) Quel pourcentage de votre temps travaillez-vous à domicile (ou au(x) domicile(s) de vos clients)?	_____ %	_____ %
3. Avenant invalidité (une seule option peut être choisie par assuré)		
- Avec garantie - preuve de prêt à la souscription (veuillez soumettre la preuve de prêt avec la proposition)	☐	☐
- Sans garantie - preuve de prêt à la réclamation	☐	☐
4. Besoin d'assurance (tel que déterminé selon l'analyse des besoins)	$ / mois	$ / mois
5. Montant demandé (min. 300 $, max. 1,5 % du montant d'assurance vie demandé sans excéder 3 500 $)	$ / mois	$ / mois
6. Durée	☐ 2 ans ☐ 5 ans ☐ jusqu'à 65 ans	☐ 2 ans ☐ 5 ans ☐ jusqu'à 65 ans
7. a) Est-ce que les prêts pour lesquels l'assurance invalidité est demandée sont déjà couverts par une assurance invalidité?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
b) Si Oui, est-ce que cette assurance sera remplacée?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Avenant maladies graves		
- Disponible uniquement lors de la souscription initiale d'assurance vie ou lors d'un ajout de capital assuré exigeant des preuves d'assurabilité.		
Avenant maladies graves de 20 000 $	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Numéro de la proposition

C3 – Assurance maladies graves

Assurance maladies graves – adulte

- Remplir la Section B7.
- Assurance maladies graves est uniquement disponible en couverture Individuel/Multi-vie.
- Le remboursement de primes (RDP) est disponible uniquement lors de la souscription initiale d'assurance maladies graves ou lors d'un ajout de capital assuré maladies graves exigeant des preuves d'assurabilité.

Assuré 1				Assuré 2			
Assurance maladies graves	Base	Enrichie	**Capital assuré**	**Assurance maladies graves**	Base	Enrichie	**Capital assuré**
T10	☐	☐	$	T10	☐	☐	$
T20	☐	☐	$	T20	☐	☐	$
T75	☐	☐	$	T75	☐	☐	$
T100	☐	☐	$	T100	☐	☐	$
T100 libérée 20 ans	☐	☐	$	T100 libérée 20 ans	☐	☐	$

Garanties supplémentaires

☐ RDP au décès ☐ RDP à l'échéance* ☐ RDP à la résiliation**

*Le RDP à l'échéance est offert sur le T10, T20 et T75.

**Le RDP à la résiliation est offert sur le T75, T100 et T100 libérée 20 ans.

Garanties supplémentaires

☐ RDP au décès ☐ RDP à l'échéance* ☐ RDP à la résiliation**

*Le RDP à l'échéance est offert sur le T10, T20 et T75.

**Le RDP à la résiliation est offert sur le T75, T100 et T100 libérée 20 ans.

Assurance maladies graves – enfant

- Remplir la Section B7.
- Assurance maladies graves est uniquement disponible en couverture Individuel/Multi-vie.

Assuré 1		Assuré 2	
Assurance maladies graves	**Capital assuré**	**Assurance maladies graves**	**Capital assuré**
T75	$	T75	$
T100	$	T100	$
T100 libérée 20 ans	$	T100 libérée 20 ans	$

Garanties supplémentaires

☐ RDP au décès ☐ RDP à l'échéance* ☐ RDP à la résiliation

*Le RDP à l'échéance est offert sur le T75 seulement.

Garanties supplémentaires

☐ RDP au décès ☐ RDP à l'échéance* ☐ RDP à la résiliation

*Le RDP à l'échéance est offert sur le T75 seulement.

Numéro de la proposition _____

C4 – Assurance vie universelle

Type de couverture	☐ Individuel ☐ Conjoint 1er décès ☐ Conjoint dernier décès
Capital assuré	_____ $
Type de coût d'assurance	☐ Temporaire renouvelable annuellement (TRA) ☐ T100 ☐ Autre (précisez) : _____
Option de capital-décès	☐ Capital-décès nivelé (seulement disponible pour le type de coût d'assurance TRA) ☐ Capital-décès croissant Lorsque le capital-décès est croissant : **Pour une assurance conjointe payable au dernier décès, le fonds sera payable au dernier décès.**
Exonération de la prime - Pour un contrat conjoint, lorsque plus d'un assuré souscrit à l'Exonération des primes, chacun d'entre eux sera couvert par le même type d'exonération et pour la même durée.	**Assuré 1 :** ☐ Oui ☐ Non **Assuré 2 :** ☐ Oui ☐ Non **Durée :** ☐ 4 mois ☐ 6 mois **Type :** ☐ Exonération de la prime minimum : _____ $ ☐ Exonération de la prime facturable (jusqu'à concurrence de la prime maximum) : _____ $ L'exonération de la prime pour le(s) propriétaire(s) – (si le propriétaire n'est pas l'un des assurés) Nom(s) du (des) propriétaire(s) : _____ - Remplir les Sections B3, I et J si l'exonération des primes est pour le propriétaire et le propriétaire n'est pas l'un des assurés.
Option d'ajustement de capital (exemption fiscale) - Si aucune option n'est choisie, l'option « Aucune augmentation du capital assuré » sera appliquée par défaut.	☐ Option 1 : Aucune augmentation du capital assuré (transfert des fonds excédentaires au compte de dépôt transitoire); ☐ Option 2 : Augmentation abri d'impôt – Augmentation du capital assuré (maximum 8 %) et, si nécessaire, transfert des fonds excédentaires au compte de dépôt transitoire; ☐ Option 3 : Augmentation et diminution – Augmentation et diminution du capital assuré (minimum égal au capital assuré initial); ☐ Option 4 : Maximiseur (remplir la section « Information pour l'option Maximiseur » ci-après). L'option Maximiseur est seulement disponible pour le type de coût d'assurance TRA.

Numéro de la proposition

C4 – Assurance vie universelle (suite)

Option Maximiseur

- Ne pas oublier d'inscrire les durées et le capital assuré.
- Dans l'absence de précisions concernant les durées et le capital assuré minimum, les valeurs par défaut seront comme suit : la durée de début sera *10 ans de la date d'émission*, la durée de fin sera *100 ans moins l'âge de l'assuré à l'émission* et le capital assuré minimum sera le *capital assuré du contrat*.

Optimisation du test d'exemption

☐ Début de la durée : _____ ans (durée minimum : 10 ans de la date d'émission)

☐ Fin de la durée : _____ ans (durée maximum : 100 ans moins l'âge de l'assuré à l'émission)

☐ Capital assuré minimum : _____ $ (minimum 25 000 $, maximum capital assuré choisi)

Options d'investissement et pourcentages de répartition

- Veuillez indiquer vos choix d'investissement et pourcentages de répartition ci-dessous.
- Le total des pourcentages de répartition doit correspondre à 100 % (minimum 10 % par compte).
- Lorsqu'aucun compte d'investissement n'est choisi, les primes et dépôts sont crédités dans le compte à intérêt quotidien.
- Si vous choisissez plus d'un compte sans indiquer leur pourcentage de répartition, les primes et dépôts sont répartis également entre chacun des comptes.

Pour vous aider à choisir des investissements qui vous conviennent, il est nécessaire de déterminer le risque que vous êtes prêts à prendre, le potentiel de rendement que vous espérez, tout en tenant compte du facteur temps, appelé votre horizon de placement. Chaque investisseur doit comprendre l'allocation d'actifs propres à sa situation, ses contraintes et ses besoins. Il est donc primordial que votre conseiller en sécurité financière / représentant établisse avec vous votre profil d'investisseur afin de lui permettre de vous conseiller et de vous guider judicieusement.

Comptes gérés		**Comptes à intérêt**	
Stratégie sécuritaire	%	Compte à intérêt quotidien	%
Stratégie équilibrée	%	Compte à intérêt garanti 1 an	%
Stratégie croissance	%	Compte à intérêt garanti 3 ans	%
Stratégie audacieuse	%	Compte à intérêt garanti 5 ans	%
Stratégie 100 % actions	%	Compte à intérêt garanti 10 ans	%
Répartition d'actifs canadiens CI	%	**Comptes indiciels**	
Revenu et croissance mondial CI	%	Marché monétaire canadien (Bons du trésor à 3 mois)	%
Revenu mensuel sécuritaire Guardian	%	Obligations canadiennes (Indice des obligations universelles FTSE Canada)	%
Revenu mensuel Guardian	%	Actions canadiennes (S&P/TSX)	%
Obligations PIMCO	%	Actions américaines (S&P 500)	%
Obligations mondiales PIMCO	%	Actions américaines, technologie (MSCI US IM Technologie de l'information 25/50)	%
Actions canadiennes Triasima	%	Actions petites capitalisations américaines (Indice petite capitalisation S&P 600)	%
Actions canadiennes dividendes Guardian	%	Actions internationales (MSCI EAEO)	%
Actions américaines Hillsdale	%	Actions mondiales (MSCI Monde Ex Canada)	%
Actions mondiales Fiera Capital	%	Actions des marchés émergents (MSCI Marchés émergents)	%
Actions mondiales dividendes TD	%	**Autres (spécifier)**	
Actions internationales C WorldWide	%		%
Infrastructures mondiales Lazard	%		%
Actions marchés émergents Fisher	%		%
Immobilier Mondial CI	%		%
		TOTAL	**100 %**

Compte de dépôt transitoire
- Le compte de dépôt transitoire sera crédité selon le rendement du compte à intérêt quotidien.

Numéro de la proposition _____

C5 – Garanties supplémentaires

	Assuré 1	Assuré 2
Avenant maladies graves de 20 000 $*	☐	☐
Décès et mutilation accidentels (DMA)*	Capital assuré : $	Capital assuré : $
Bénéfice en cas de fracture*	☐	☐
Exonération des primes (EP) 4 mois	☐	☐
Exonération des primes (EP) 6 mois	☐	☐

L'exonération des primes pour le(s) propriétaire(s) – (si le propriétaire n'est pas l'un des assurés)

Nom(s) du (des) propriétaire(s) : _____

- Remplir les Sections B3, I et J si l'exonération des primes est pour le propriétaire et le propriétaire n'est pas l'un des assurés.

*disponible uniquement lors de la souscription initiale d'assurance vie ou lors d'un ajout de capital assuré exigeant des preuves d'assurabilité.

Couvertures pour les enfants

Avenant Jeunesse Plus (AJP) – (produits d'assurance vie seulement), remplir la Section H.	Capital assuré : $
Avenant Juvénile (AJ) – (produits de maladies graves seulement), remplir la Section H.	Capital assuré : $

D – Paiement des primes

Conformément à la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* ainsi qu'à ses règlements, le conseiller en sécurité financière / représentant doit remplir le formulaire *Détermination des personnes politiquement vulnérables et dirigeants d'une organisation internationale* (FRA1234F) pour tout dépôt forfaitaire de 100 000 $ ou plus à l'égard d'un produit d'assurance vie universelle.

D1 – Paiement de la première prime

Montant de la première prime (il s'agit du montant versé avec la proposition) : _____ $

- Le paiement par débit préautorisé de la première prime sera prélevé à partir du compte bancaire indiqué à la Section O et figurant sur le spécimen de chèque inclus avec cette proposition.

Cocher une case seulement :

☐ Chèque payable à l'ordre de Beneva inc. (encaissement du chèque à la réception de cette proposition)
☐ Prélèvement à la réception de cette proposition
☐ Prélèvement à la mise en vigueur du contrat
☐ À la livraison du contrat (payable à la réception des exigences de placement)

D2 – Versement des primes

Total de la prime annuelle incluant la proposition principale et toutes les propositions additionnelles : _____ $

Prime modale choisie ou initiale : _____ $

Prime annuelle facturable, pour l'assurance vie universelle seulement (incluant les garanties supplémentaires) : _____ $

D3 – Fréquence de paiement

☐ Annuelle (chèque)
☐ Annuelle (débits préautorisés)
☐ Mensuelle (débits préautorisés)

- Si aucun choix n'est précisé, la fréquence de paiement sera mensuelle.
- Pour les débits préautorisés, inclure un spécimen de chèque et remplir la Section O.

D4 – Jour de prélèvement

☐ Jour de prélèvement à la date d'établissement

OU

☐ Précisez le jour : _____

- Si aucun choix n'est précisé, le jour de prélèvement sera la date d'établissement du contrat.
- Si le jour de prélèvement précisé est le 29, le 30 ou le 31, le jour de prélèvement sera le 28.
- **Vie universelle seulement : Si le jour de prélèvement précisé est après la date d'établissement du contrat, le jour de prélèvement sera modifié d'office pour coïncider avec la date d'établissement du contrat.**

D5 – Modification de contrat

Montant total de la prime pour cette demande de modification : _____ $

Nouvelle prime facturable pour le contrat suite à la modification (assurance vie universelle seulement) : _____ $

Méthode de paiement

☐ Chèque ci-joint au montant de : _____ $ Date du chèque : A A A A M M J J

☐ Débit préautorisé tiré sur le même compte bancaire associé au numéro de contrat figurant à la page 3 de cette proposition

☐ Débit préautorisé tiré sur un nouveau compte bancaire (remplir la Section O et joindre un spécimen de chèque)

Numéro de la proposition _____

E – Assurance en vigueur (la Section E doit être complétée en tout temps)

- Si cette demande remplace une assurance en vigueur, le(s) formulaire(s) de préavis de remplacement doit (doivent) être remplis et soumis, selon les modalités applicables dans les provinces concernées, en même temps que la présente proposition ou, au plus tard, dans les cinq (5) jours ouvrables suivants (trois (3) jours ouvrables à l'extérieur du Québec). Le formulaire de préavis de remplacement n'est pas requis pour le remplacement d'une assurance maladies graves, sauf au Québec.

1. Détenez-vous de l'assurance individuelle en vigueur?

Assuré 1 : ☐ NON ☐ OUI → Dans l'affirmative, fournir les renseignements ci-dessous.
Assuré 2 : ☐ NON ☐ OUI → Dans l'affirmative, fournir les renseignements ci-dessous.

Assuré N°	Nom de la compagnie	Montant	Type (Vie, Invalidité, Maladies Graves)	Année	Remplace l'assurance en vigueur?		But de l'assurance	
					Oui	Non	Personnel	Affaires
					☐	☐	☐	☐
					☐	☐	☐	☐
					☐	☐	☐	☐

	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
2. Avez-vous actuellement une ou plusieurs demandes d'assurance à l'étude auprès d'un autre assureur? Dans l'affirmative, fournir le nom de la compagnie, le montant total d'assurance qui sera mis en vigueur et le type d'assurance. _____	☐	☐	☐	☐
3. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous une demande d'assurance (Vie, maladies graves ou invalidité) ou une demande de remise en vigueur qui a été refusée ou différée? Dans l'affirmative, fournir le type d'assurance, la date et la raison. _____	☐	☐	☐	☐

4. Si assurance pour enfant :
   a) indiquer le montant total d'assurance vie en vigueur sur la tête du (des) parents(s) : _____ $
   b) indiquer le montant total d'assurance maladies graves en vigueur sur la tête du (des) parents(s) : _____ $
   c) préciser s'il y a d'autres enfants et si oui, indiquer :
      - le montant d'assurance vie en vigueur ou à l'étude pour chacun d'entre eux : _____ $
      - le montant d'assurance maladies graves en vigueur ou à l'étude pour chacun d'entre eux : _____ $

F – But de l'assurance

F1 – Assurance personnelle

☐ Protection du revenu / prêts ☐ Protection de la succession ☐ Dons de charité

F2 – Assurance commerciale

1. But de l'assurance

☐ Achat / vente ☐ Garantie d'emprunt (précisez le montant : _____ $) ☐ Planification successorale ☐ Protection personne-clé ☐ Autre (précisez au no. 5)

2. Depuis combien d'années l'entreprise existe-t-elle? _____

3. Informations financières de l'entreprise des deux (2) dernières années :

Année :	A A A A	Année :	A A A A
Actif :	_____ $	Actif :	_____ $
Passif :	_____ $	Passif :	_____ $
Avoir des actionnaires :	_____ $	Avoir des actionnaires :	_____ $
Bénéfice net :	_____ $	Bénéfice net :	_____ $
Juste valeur marchande :	_____ $	Juste valeur marchande :	_____ $

Numéro de la proposition

F2 – Assurance commerciale (suite)

4. Êtes-vous propriétaire unique? ☐ **Oui** ☐ **Non** Si non, veuillez remplir le tableau pour chaque actionnaire.

Indiquer le nom, le pourcentage (%) des parts ainsi que le montant d'assurance en vigueur et en suspens pour chaque actionnaire dans l'entreprise.

Nom	% des parts	Assurance en vigueur (affaires)	Assurance en suspens (affaires)
		$	$
		$	$
		$	$
		$	$

4.1 Si les actionnaires ne sont pas assurés pour le même montant, fournir les raisons :

5. Remarques additionnelles

G – Questions pour l'assurance temporaire immédiate

- Lorsque les questions 1 à 6 sont répondues par la négative (non) et que la première prime est perçue et encaissable à la date à laquelle la (les) personne(s) à assurer signe(nt) la proposition, vous êtes automatiquement admissible à l'assurance temporaire immédiate.
- L'assurance temporaire immédiate n'est pas offerte pour les produits de maladies graves et pour les garanties supplémentaires.
- Si l'assurance temporaire immédiate ne peut s'appliquer, tout paiement encaissé à la réception de cette proposition servira à la mise en vigueur du contrat d'assurance.

	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
1. Vous a-t-on refusé, surprimé, modifié ou différé une proposition d'assurance vie, invalidité, maladies graves ou une demande de remise en vigueur?	☐	☐	☐	☐
2. Avez-vous déjà souffert de maladies cardiovasculaires telles que souffle au coeur, douleurs à la poitrine, palpitations, infarctus, maladies vasculaires périphériques, de cancer, de SIDA ou anomalie du système immunitaire?	☐	☐	☐	☐
3. Au cours des trois (3) derniers mois, avez-vous été admis dans un établissement médical, appris que vous devrez l'être, ou appris que vous devrez subir une intervention chirurgicale ou une investigation pour une raison autre que soins dentaires, grossesse ou césarienne?	☐	☐	☐	☐
4. Avez-vous déjà été traité pour abus d'alcool ou de drogue ou avez-vous été conseillé à ce sujet?	☐	☐	☐	☐
5. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies, conduite dangereuse, refusé de passer le test d'ivressomètre et/ou votre permis a-t-il été suspendu pour l'une de ces raisons?	☐	☐	☐	☐
6. Avez-vous atteint ou dépassé l'âge de 66 ans au plus proche anniversaire de naissance à la date de signature de la proposition, ou l'un des assurés est-il plus jeune que 15 jours?	☐	☐	☐	☐

Numéro de la proposition

H – Avenant Jeunesse Plus / Avenant Juvénile

Note concernant l'assurance vie et maladies graves pour enfants : les enfants sont assurés à partir de l'âge de quinze (15) jours pour l'assurance vie et trente (30) jours pour l'assurance maladies graves.

1. a) Prénom (en caractères d'imprimerie) _____ Nom (en caractères d'imprimerie) _____ b) Date de naissance A A A A M M J J c) Sexe ☐ M ☐ F

d) Lien de parenté avec le(s) propriétaire(s) _____ e) Taille _____ ☐ PI ☐ M f) Poids _____ ☐ LB ☐ KG

g) Nom du médecin traitant et/ou de l'hôpital _____ h) Adresse _____ i) Date de la dernière consultation A A A A M M J J

j) Indiquer la raison, les résultats et les traitements ou suivis recommandés, s'il y a lieu _____

2. a) Prénom (en caractères d'imprimerie) _____ Nom (en caractères d'imprimerie) _____ b) Date de naissance A A A A M M J J c) Sexe ☐ M ☐ F

d) Lien de parenté avec le(s) propriétaire(s) _____ e) Taille _____ ☐ PI ☐ M f) Poids _____ ☐ LB ☐ KG

g) Nom du médecin traitant et/ou de l'hôpital _____ h) Adresse _____ i) Date de la dernière consultation A A A A M M J J

j) Indiquer la raison, les résultats et les traitements ou suivis recommandés, s'il y a lieu _____

3. a) Prénom (en caractères d'imprimerie) _____ Nom (en caractères d'imprimerie) _____ b) Date de naissance A A A A M M J J c) Sexe ☐ M ☐ F

d) Lien de parenté avec le(s) propriétaire(s) _____ e) Taille _____ ☐ PI ☐ M f) Poids _____ ☐ LB ☐ KG

g) Nom du médecin traitant et/ou de l'hôpital _____ h) Adresse _____ i) Date de la dernière consultation A A A A M M J J

j) Indiquer la raison, les résultats et les traitements ou suivis recommandés, s'il y a lieu _____

	Oui	Non
4. L'un ou l'autre des enfants à être assurés :		
a) Est-il né prématurément (moins de 37 semaines de grossesse)? Répondre si l'enfant a moins de 6 ans. Dans l'affirmative, préciser le nom de l'enfant, le nombre de semaines de grossesse et le poids de l'enfant à la naissance. _____	☐	☐
b) A-t-il déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptomes pour l'une ou l'autre des conditions suivantes : souffle cardiaque, maladie du coeur ou des vaisseaux sanguins, leucémie, cancer, tumeur, diabète, maladie des reins, fibrose kystique, dystrophie musculaire, syndrome de Down, déficience physique ou intellectuelle, trouble du développement ou du comportement incluant trouble du spectre de l'autisme ou tout autre trouble ou maladie d'ordre congénital? Dans l'affirmative, préciser le nom de l'enfant, la condition, la date du diagnostic, le traitement et les coordonnées du médecin traitant. _____ _____ _____	☐	☐
c) Souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de toute autre maladie ou affection ayant nécessité une hospitalisation, une consultation auprès d'un spécialiste, ou la prise de médicaments pour plus de 21 jours consécutifs? Dans l'affirmative, préciser le nom de l'enfant, la condition, la date du diagnostic, le traitement et les coordonnées du médecin traitant. _____ _____ _____	☐	☐

Numéro de la proposition _____

	Oui	Non
d) Présente-t-il des signes ou des symptômes pour lesquels il n'a pas encore consulté ou s'est-il fait recommander de consulter un spécialiste, de subir des examens, des tests diagnostiques, un traitement ou une chirurgie qui n'ont pas encore été effectués ou pour lesquels il est en attente de résultats? Dans l'affirmative, fournir le nom de l'enfant ainsi que les détails. _____ _____ _____	☐	☐
e) A-t-il un membre de sa famille (père, mère, frère, sœur , vivant ou décédé) qui a reçu un diagnostic d'une ou des maladies suivantes : diabète, cancer, dystrophie musculaire, chorée de Huntington, maladie polykystique des reins ou toute autre maladie héréditaire? Dans l'affirmative, préciser le nom de l'enfant, de qui il s'agit (lien de parenté), la condition (si cancer indiquer la localisation) et l'âge au diagnostic. _____ _____ _____	☐	☐
f) Détient-il présentement un contrat d'assurance vie (VIE) ou d'assurance maladies graves (MG) ou a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Dans l'affirmative, préciser le nom de l'enfant, le type d'assurance, capital assuré, nom de la compagnie, date d'émission ou indiquez « À l'étude si applicable ». _____ _____ _____	☐	☐
g) A-t-il déjà eu une demande d'assurance-vie ou une demande d'assurance maladies graves, refusée, différée, surprimée ou acceptée avec quelque modification que ce soit? Dans l'affirmative, préciser le nom de l'enfant, la date et la raison. _____ _____ _____	☐	☐

Les prochaines sections I et J porteront sur vos antécédents personnels et médicaux. Il est important pour nous de bien comprendre votre situation afin de vous offrir la meilleure protection.

- En répondant aux questions de manière exacte et complète, vous vous assurez d'être bien protégé.

I – Antécédents personnels

- SI LE PARAMÉDICAL EST UNE EXIGENCE SELON L'ÂGE ET LE MONTANT, NE PAS COMPLÉTER LA SECTION I.

Fournir les détails des réponses affirmatives. S'il manque d'espace, continuer à la Section K.	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
1. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous fait usage de tabac ou de tout produit contenant de la nicotine tel que gros cigares, cigarillos, cigarettes, marijuana/cannabis avec tabac, cigarettes électroniques, produits de vapotage, pipe, tabac à chiquer, timbres ou gomme à la nicotine?	☐	☐	☐	☐

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant :

Assuré	Forme	Quantité	Date dernier usage
		_____ ☐ Jour ☐ Mois ☐ Année	A A A A M M
		_____ ☐ Jour ☐ Mois ☐ Année	A A A A M M
		_____ ☐ Jour ☐ Mois ☐ Année	A A A A M M
		_____ ☐ Jour ☐ Mois ☐ Année	A A A A M M

Numéro de la proposition _____

I – Antécédents personnels (suite)

Fournir les détails des réponses affirmatives. S'il manque d'espace, continuer à la Section K.	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
2. a) Faites-vous usage de boissons alcoolisées (1 consommation = 1 bière (341ml ou 12 onces), spiritueux (45ml ou 1.5 onces) et 1 verre de vin (150ml ou 5 onces)? Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant :	☐	☐	☐	☐

Assuré	Type	Nombre de consommation	Fréquence
	☐ Bière ☐ Vin ☐ Spiritueux		☐ Jour ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année
	☐ Bière ☐ Vin ☐ Spiritueux		☐ Jour ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année
	☐ Bière ☐ Vin ☐ Spiritueux		☐ Jour ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année
	☐ Bière ☐ Vin ☐ Spiritueux		☐ Jour ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année

	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
b) En avez-vous déjà fait un plus grand usage dans le passé? Dans l'affirmative, donner le type, le nombre de consommation, la fréquence ainsi que la raison et la date du changement d'habitude. _____ _____	☐	☐	☐	☐
3. a) Faites-vous usage de produits de cannabis à des fins récréatives ou médicales? Veuillez remplir le tableau suivant et inclure toutes formes de cannabis, marijuana et haschisch :	☐	☐	☐	☐

Assuré	Forme	Quantité par occasion	Fréquence	Date d'usage	Type d'usage
	Joint	Nombre de joints : _____	☐ Jour ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année	Du AAAAMMJJ Au AAAAMMJJ	☐ Récréatif ☐ Médical*
	☐ Produit comestible ☐ Huile ☐ Autre		☐ Jour ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année	Du AAAAMMJJ Au AAAAMMJJ	☐ Récréatif ☐ Médical*
	Joint	Nombre de joints : _____	☐ Jour ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année	Du AAAAMMJJ Au AAAAMMJJ	☐ Récréatif ☐ Médical*
	☐ Produit comestible ☐ Huile ☐ Autre		☐ Jour ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année	Du AAAAMMJJ Au AAAAMMJJ	☐ Récréatif ☐ Médical*

*Si l'usage est à des fins médicales, veuillez remplir le tableau suivant :

Assuré	Pour quelle condition	Prescrit	Médecin prescripteur (nom et coordonnées)
		☐ Oui ☐ Non	
		☐ Oui ☐ Non	

	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
b) En avez-vous déjà fait un plus grand usage dans les deux (2) dernières années? Dans l'affirmative, donner la forme, la quantité, la fréquence, le type d'usage ainsi que la raison et date du changement d'habitude. _____ _____	☐	☐	☐	☐

Numéro de la proposition

I – Antécédents personnels (suite)

Fournir les détails des réponses affirmatives. S'il manque d'espace, continuer à la Section K.	Assuré 1 Oui	Assuré 1 Non	Assuré 2 Oui	Assuré 2 Non
4. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous fait usage de drogues ou de narcotiques non prescrits par un médecin (ex. : cocaïne, ecstasy, LSD, champignons magiques, héroïne, fentanyl ou stéroïdes anabolisants, etc.)? Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant :	☐	☐	☐	☐

Assuré	Type de drogues ou de narcotiques	Quantité par occasion	Fréquence	Date d'usage
		_____	☐ Jour ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année	Du AAAAMMJJ Au AAAAMMJJ
		_____	☐ Jour ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année	Du AAAAMMJJ Au AAAAMMJJ

	Assuré 1 Oui	Assuré 1 Non	Assuré 2 Oui	Assuré 2 Non
5. En lien avec votre consommation d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues, avez-vous déjà été avisé de diminuer ou de cesser votre consommation, consulté un professionnel, suivi une thérapie ou un traitement ou assisté à des rencontres de groupe de soutien? Dans l'affirmative, remplir le questionnaire approprié (usage de drogue ou d'alcool) et le joindre à la proposition.	☐	☐	☐	☐
6. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été reconnu coupable de deux (2) infractions ou plus au code de la route? Dans l'affirmative, donner les dates, types d'infraction et km/h au-dessus de la limite permise. _____	☐	☐	☐	☐
7. Au cours des dix (10) dernières années:	☐	☐	☐	☐
a) Avez-vous été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies ou votre permis de conduire a-t-il été suspendu? Dans l'affirmative, fournir la raison, date de l'infraction et date de récupération de permis. _____				
b) Avez-vous été accusé ou été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou de transactions frauduleuses? Dans l'affirmative, fournir les motifs, la date, le(les) chef(s) d'accusation(s), la sentence (date de début et fin de probation s'il y a lieu) _____	☐	☐	☐	☐
8. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous déclaré une faillite personnelle ou commerciale ou avez-vous fait une proposition de consommateur? Dans l'affirmative, donner les détails suivants :	☐	☐	☐	☐
☐ Faillite personnelle Montant : _____ $ ☐ Faillite professionnelle/commerciale Montant : _____ $ ☐ Proposition de consommateur Date de déclaration/proposition : A A A A M M J J Date de libération : A A A A M M J J				
9. Au cours des douze (12) derniers mois avez-vous effectué des envolées aériennes autrement que comme passager ou en avez-vous l'intention dans les douze (12) prochains mois? Dans l'affirmative, préciser à quel titre et remplir le questionnaire relatif à l'aviation sauf si agent de bord et le joindre à la proposition. _____	☐	☐	☐	☐
10. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous pratiqué des activités telles que : course de véhicule motorisé, plongée sous-marine, parachutisme, ultraléger, deltaplane, alpinisme ou escalade, bungee, ski hors-piste (heliski, catski, etc.), sports de combat ou autre sport dangereux ou en avez-vous l'intention dans les douze (12) prochains mois? Dans l'affirmative, préciser l'activité et remplir le questionnaire approprié et le joindre à la proposition. _____	☐	☐	☐	☐
11. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis ou en avez-vous l'intention au cours des douze (12) prochains mois? Dans l'affirmative, préciser les dates de départ et de retour, la destination (pays,ville), la raison. _____	☐	☐	☐	☐

Numéro de la proposition _____

J – Antécédents médicaux (ne pas fournir de renseignements concernant tout test génétique fait ou à faire)

- **SI LE PARAMÉDICAL EST UNE EXIGENCE SELON L'ÂGE ET LE MONTANT, NE PAS COMPLÉTER LA SECTION J.**

Assuré 1

1. a) Taille _____ ☐ PI ☐ M
   Poids _____ ☐ LB ☐ KG

   b) Perte de poids de plus de 10lbs (4.5kg) dans les douze (12) dernier mois ? ☐ Oui ☐ Non
   Si oui, combien : _____ Raison : _____

   c) Date et raison de la dernière consultation : _____

   d) Nom et adresse du médecin ou de la clinique que vous avez consultée :
   _____

   e) Traitements/examens subis et/ou médication prescrite : _____

   f) Résultats : _____

   g) Référé à un autre professionnel de la santé? Dans l'affirmative, préciser : _____

   h) Suivi ou examens futurs recommandés? Dans l'affirmative, préciser : _____

   i) Nom et adresse du médecin ou de la clinique qui détient votre dossier médical s'il est différent de celui mentionné ci haut.
   _____ ☐ Aucun

Assuré 2

1. a) Taille _____ ☐ PI ☐ M
   Poids _____ ☐ LB ☐ KG

   b) Perte de poids de plus de 10lbs (4.5kg) dans les douze (12) dernier mois ? ☐ Oui ☐ Non
   Si oui, combien : _____ Raison : _____

   c) Date et raison de la dernière consultation : _____

   d) Nom et adresse du médecin ou de la clinique que vous avez consultée :
   _____

   e) Traitements/examens subis et/ou médication prescrite : _____

   f) Résultats : _____

   g) Référé à un autre professionnel de la santé? Dans l'affirmative, préciser : _____

   h) Suivi ou examens futurs recommandés? Dans l'affirmative, préciser : _____

   i) Nom et adresse du médecin ou de la clinique qui détient votre dossier médical s'il est différent de celui mentionné ci haut.
   _____ ☐ Aucun

Pour femmes seulement :	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
2. a) Êtes-vous présentement enceinte? Dans l'affirmative, préciser le nombre de semaines de grossesse et le poids avant grossesse. _____	☐	☐	☐	☐
b) Avez-vous ou avez-vous déjà eu des complications durant la grossesse ou lors d'un accouchement (ex.: diabète de grossesse, césarienne, prééclampsie, grossesse ectopique, travail prématuré, fausse-couche etc.)? Dans l'affirmative, veuillez préciser les complications et les dates. _____ _____	☐	☐	☐	☐

Numéro de la proposition

J – Antécédents médicaux (suite)

Pour chaque réponse affirmative à la question 3, souligner les conditions et fournir les détails à la Section K. Veuillez préciser les dates, diagnostic, les examens, les résultats, les consultations, les médicaments et les traitements ainsi que les coordonnées des médecins et hôpitaux consultés.	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
3. Avez-vous déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes pour l'une ou l'autre des conditions suivantes?				
a) **Système cardiovasculaire :** hypertension artérielle, taux de cholestérol élevé, souffle cardiaque, anévrisme, douleur à la poitrine, crise cardiaque (infarctus), angine, palpitations, accident ischémique transitoire (ICT), accident vasculaire cérébral (AVC), tout autre trouble du cœur, des vaisseaux sanguins ou de la circulation?	☐	☐	☐	☐
b) **Système respiratoire :** asthme, bronchite chronique, emphysème, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), fibrose kystique, apnée du sommeil, sarcoïdose, crachement de sang, essoufflement ou tout autre trouble respiratoire?	☐	☐	☐	☐
c) **Système digestif :** maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladie cœliaque, polype, hépatite (incluant les porteurs d'hépatite), cirrhose, pancréatite, saignements, ulcères ou tout autre trouble de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du pancréas ou des intestins?	☐	☐	☐	☐
d) **Système génito-urinaire :** anomalies dans l'urine, troubles des reins, troubles des voies urinaires, de la vessie, de la prostate, des organes génitaux y compris les infections transmises sexuellement ou des anomalies à un Pap test ou à un test de dosage de l'antigène prostatique spécifique (APS)?	☐	☐	☐	☐
e) **Système endocrinien :** diabète, anomalie de la glycémie, trouble de la thyroïde, de l'hypophyse, des glandes surrénales ou tout autre trouble glandulaire ou hormonal?	☐	☐	☐	☐
f) **Système musculosquelettique :**				
1) Douleurs ou troubles du dos ou du cou?	☐	☐	☐	☐
2) Arthrite, dystrophie musculaire, fibromyalgie, douleurs, maladies ou troubles des muscles, des os, des ligaments ou des articulations telles que épaules, coudes, poignets, mains, hanches, genoux, chevilles, pieds, etc.?	☐	☐	☐	☐
g) **Système neurologique :** paralysie cérébrale, perte de conscience , perte d'équilibre ou étourdissements, paralysie, commotion cérébrale, migraines, épilepsie/convulsions, engourdissements, tremblements, faiblesse des extrémités, perte de sensation, vue embrouillée, névrite optique, sclérose en plaques, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique (SLA), maladie de Parkinson, perte de mémoire, maladie d'Alzheimer, maladie dégénérative ou tout autre trouble cognitif ou toute autre affection touchant le cerveau, la moelle épinière ou les nerfs?	☐	☐	☐	☐
h) **Troubles de santé mentale, du comportement ou du développement :** dépression, anxiété, trouble de panique, épuisement professionnel, insomnie, maladie bipolaire, psychose, tentative de suicide, trouble alimentaire, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/TDAH), trouble du spectre de l'autisme, déficience intellectuelle, Syndrome de Down ou tout autre trouble du développement, du comportement ou de santé mentale?	☐	☐	☐	☐
i) **Système immunitaire :** syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), test positif de dépistage du VIH, lupus, sclérodermie, toute infection ou gonflement des ganglions inexpliqué ou toute autre anomalie du système immunitaire?	☐	☐	☐	☐
j) **Cancer ou tumeur :** leucémie, cancer, tumeur, kyste, nodule, polype, masse ou excroissance?	☐	☐	☐	☐
k) **Troubles des seins :** masse, bosse, kyste ou tout autre trouble des seins?	☐	☐	☐	☐
l) **Troubles des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge :** cécité totale ou partielle, dégénérescence maculaire, glaucome, surdité partielle ou totale, acouphène, maladie de Ménière, labyrinthite ou tout autre trouble des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge? (exclure amygdalectomie, adénoïdectomie, presbytie et myopie)	☐	☐	☐	☐
m) **Autres affections :** maladie ou lésion anormale de la peau, trouble sanguin tel qu'anémie persistante, trouble de la coagulation ou tout autre maladie ou désordre physique ou mental non mentionné ci-dessus?	☐	☐	☐	☐
4) **Au cours des cinq (5) dernières années :** à l'exception de ce que vous avez mentionnés précédemment dans cette proposition :				
a) Avez-vous séjourné plus de 24 heures dans un hôpital, une clinique, une maison de thérapie, un centre de convalescence ou tout autre établissement de santé (ne pas déclarer les accouchements)? Dans l'affirmative, préciser les dates, les endroits, les raisons et les résultats _____	☐	☐	☐	☐
b) Avez-vous passé : un bilan sanguin, un électrocardiogramme au repos ou à l'effort, un échocardiogramme, une coloscopie, une radiographie (rayon X), une mammographie, une échographie, une tomographie (CT scan), une imagerie par résonance magnétique (IRM), une biopsie ou tout autre test à des fins diagnostiques? Dans l'affirmative, préciser le test, les dates, les raisons et les résultats _____	☐	☐	☐	☐
c) Avez-vous été absent du travail ou cessé de vaquer à vos occupations régulières pendant plus d'une semaine à la suite d'un accident ou d'une maladie. Dans l'affirmative, préciser les dates, les raisons et la durée ainsi que les séquelles ou limitations si il y a lieu. _____	☐	☐	☐	☐

Numéro de la proposition

J – Antécédents médicaux (suite)

Fournir les détails des réponses affirmatives. S'il manque d'espace, continuer à la Section K.	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
d) Avez-vous consulté un chiropraticien, un physiothérapeute, un ergothérapeute, un ostéopathe, un acupuncteur, un podiatre, un audiologiste, un psychologue ou tout autre professionnel de la santé?	☐	☐	☐	☐

Nom de l'assuré	Professionnel consulté	Raison/diagnostic	Date de la première consultation	Date de la dernière consultation	Nombre de consultation par année	Date des derniers symtômes

	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
5. Prenez-vous actuellement des médicaments ou en avez-vous pris pour une période de plus de 21 jours consécutifs au cours des douze (12) derniers mois (autres que ceux mentionnées précédemment dans cette proposition)? Dans l'affirmative, préciser le nom, la posologie, la raison ainsi que la date de début et la date de fin du traitement s'il y a lieu. _____	☐	☐	☐	☐
6. Vous a-t-on recommandé de suivre un traitement, de subir une chirurgie, de passer des examens ou tests diagnostiques qui n'ont pas encore été effectués ou pour lesquels vous êtes en attente des résultats (autres que ceux mentionnées précédemment dans cette proposition)? Dans l'affirmative, fournir des détails. _____	☐	☐	☐	☐
7. Présentez-vous des symptômes, des signes ou malaises pour lesquels vous n'avez pas encore consulté? Dans l'affirmative, fournir des détails. _____	☐	☐	☐	☐
8. Antécédents familiaux :				
a) Est-ce que votre père, votre mère, vos frères ou sœurs (vivant ou décédé) ont reçu un diagnostic d'une ou des conditions suivantes : maladie polykystique des reins, chorée de Huntington, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig), sclérose en plaques, polypose adénomateuse familiale, dystrophie musculaire ou toute autre maladie héréditaire? Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.	☐	☐	☐	☐

Nom de l'assuré	Lien de parenté	Condition	Âge au diagnostic	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès

	Assuré 1		Assuré 2	
	Oui	Non	Oui	Non
b) Est-ce que votre père, votre mère, vos frères ou sœurs (vivant ou décédé) ont reçu un diagnostic d'une ou des conditions suivantes avant l'âge de 60 ans : maladie du cœur, accident vasculaire cérébral, cancer (précisez le type), diabète? Ne pas déclarer les antécédents familiaux d'hypertension ou de cholestérol élevé. Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.	☐	☐	☐	☐

Nom de l'assuré	Lien de parenté	Condition	Âge au diagnostic	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès

Numéro de la proposition

K – Détails et compléments d'information

Nº de question	Prénom de l'assuré	**Détails** Préciser les dates, diagnostic, les examens, les résultats, les consultations, les médicaments et les traitements ainsi que les coordonnées des médecins et hôpitaux consultés.

Numéro de la proposition

L – Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)

Avis relatif au rapport d'enquête

Pour le traitement normal des propositions d'assurance, toutes les compagnies d'assurance, y compris Beneva inc., peuvent demander une enquête personnelle pour recueillir des renseignements provenant d'entrevues personnelles avec vos connaissances indiquées à titre de références. L'enquête peut porter sur votre réputation, votre mode de vie et vos finances. Il est possible qu'un représentant d'une société chargée de faire de tels rapports vous visite ou vous téléphone.

Avis relatif au MIB, LLC

Certains renseignements doivent être recueillis quand un assureur reçoit une proposition d'assurance et ces renseignements doivent être aussi complets que possible. Les renseignements recueillis peuvent être de nature médicale, personnelle ou peuvent porter sur votre solvabilité.

Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance, y compris Beneva inc. (Beneva), transigent avec un organisme appelé « MIB, LLC (MIB) ».

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, Beneva ou ses réassureurs peuvent adresser un bref rapport à ce sujet au MIB, LLC (MIB), qui coordonne l'échange de renseignements pour le compte de compagnies d'assurance membres du Groupe MIB Inc. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement à une autre compagnie membre du MIB, celui-ci transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans votre dossier.

Si vous en faites la demande, le MIB vous transmettra les renseignements contenus dans votre dossier. Vous pouvez communiquer avec le MIB par courriel au Canadadisclosure@mib.com ou en composant le 866-692-6901. Si vous contestez l'exactitude des renseignements consignés dans le dossier du MIB, vous pouvez contacter le MIB et demander une correction conformément aux procédures énoncées dans la loi fédérale Fair Credit Reporting Act. L'adresse du bureau d'information du MIB est le 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734. Vos renseignements pourraient être transmis et hébergés à l'extérieur du Canada et être régis par les lois applicables à des pays ou États étrangers.

Beneva, ou ses réassureurs, peuvent également transmettre les renseignements de votre dossier à toute autre compagnie d'assurance à laquelle vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements sur le MIB en consultant son site internet à l'adresse www.mib.com.

Avis concernant la protection de vos renseignements personnels

Pour Beneva[1], protéger vos renseignements personnels est primordial. C'est pourquoi nous vous informons que nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels avec votre consentement, à moins que la loi nous autorise à le faire autrement, et ce, pour la durée nécessaire aux fins ci-dessous :

- vous identifier
- établir et mettre à jour votre profil, vos besoins et vos objectifs
- évaluer vos demandes et votre admissibilité à nos produits et services
- vous communiquer des conseils liés à votre situation
- administrer vos contrats ainsi que vos produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement de vos réclamations, etc.)
- se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.)
- obtenir votre opinion en lien avec nos produits ou services
- vous proposer des offres et des conseils personnalisés sur nos produits ou nos services (voir votre **droit de retrait de consentement**) selon vos préférences et conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques
- mener des études et des recherches incluant la conception et l'application de modèles statistiques dont certains peuvent permettre de créer ou d'inférer de nouvelles informations à votre sujet

De quelles façons Beneva recueille vos renseignements personnels?

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels par téléphone, en personne, et à l'aide de nos formulaires et de nos interfaces numériques.

À qui Beneva communique vos renseignements personnels?

Pour les raisons mentionnées plus tôt, et seulement s'ils sont liés à vos produits ou services, nous communiquons vos renseignements personnels à nos sociétés affiliées et à nos réseaux de distribution ainsi qu'à des tiers, dont certains peuvent être situés à l'extérieur du Québec et du Canada.

Ces tiers peuvent inclure :

- d'autres institutions financières, comme des assureurs et des réassureurs
- d'autres organismes ou entités détenant des renseignements sur vous, entre autres, en assurance, en fraude ou en indemnisation
- des intermédiaires
- des agences d'évaluation du crédit
- des ministères et des organismes gouvernementaux ou des autorités réglementaires
- des employeurs
- des fournisseurs de services en lien avec une réclamation, comme des professionnels de la santé et des ateliers de réparation automobile
- d'autres mandataires et fournisseurs de services (services technologiques, services d'impression et d'expédition de documents, etc.)

Notez que dans tous les cas, nous nous assurons qu'ils respectent la protection de vos renseignements personnels.

Quels sont vos droits d'accès et de rectification?

Accéder à vos renseignements personnels ou demander la correction d'un renseignement incomplet ou inexact est possible. Transmettez-nous une demande à l'adresse suivante :

Responsable de la protection des renseignements personnels

Beneva
625, rue Jacques-Parizeau
Québec (Québec) G1R 2G5

ResponsablePRP@beneva.ca

Pour en savoir plus sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, consultez la version complète de notre Énoncé de confidentialité au www.beneva.ca.

Votre consentement à la collecte, à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels est nécessaire à la fourniture du produit ou service demandé ou offert. Vous avez le droit de retirer votre consentement, mais Beneva ne pourra toutefois plus continuer à vous offrir ses produits ou services.

À l'usage unique des conseillers financiers Beneva (CFB)

Consentement à recevoir des offres et conseils personnalisés de produits et services (optionnel)

Je consens à ce que mes renseignements personnels nécessaires soient recueillis, utilisés et communiqués par Beneva entre autres à des fournisseurs de services ainsi qu'à des sites Web et applications appartenant à des tiers afin de recevoir des offres et des conseils personnalisés de produits ou de services.
Je comprends que je peux retirer mon consentement en appelant au 1 844 781-0860 ou en me rendant au www.beneva.ca.

☐ Propriétaire 1 ☐ Propriétaire 2

1. Le terme « Beneva » signifie Beneva inc., ses sociétés affiliées, leurs mutuelles et ses réseaux de distribution. Les sociétés affiliées de Beneva inc. désignent La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, Services d'investissement Beneva inc., Société d'assurance Beneva inc., L'Unique assurances générales inc. et Unica assurances inc.

Numéro de la proposition

M – Déclarations

Les soussignés :

1. Conviennent qu'un questionnaire complémentaire sur le mode de vie et les antécédents médicaux pourrait être rempli lors de la rencontre avec le conseiller en sécurité financière / représentant ou lors d'un entretien en personne ou un entretien téléphonique ENREGISTRÉ avec une société paramédicale ou une autre personne autorisée représentant Beneva inc. ou agissant en son nom. Les soussignés conviennent que ce questionnaire complémentaire sera réputé faire partie de la présente proposition et que ces renseignements serviront à établir le contrat souscrit auprès de Beneva inc. Les soussignés conviennent également d'examiner ces éléments d'information à la réception du contrat et d'aviser immédiatement Beneva inc. s'ils y décèlent des renseignements faux, inexacts ou incomplets.
2. Conviennent que toute information qu'ils ont divulguée lors d'une entrevue téléphonique ENREGISTRÉE à une société paramédicale ou à une autre personne autorisée représentant Beneva inc. ou agissant en son nom, incluant, mais sans s'y limiter, leurs antécédents médicaux et leur état de santé, sera réputée faire partie de la présente proposition et que cette information servira à établir le contrat souscrit auprès de Beneva inc. Les soussignés conviennent que tout enregistrement, transcription ou autre reproduction de cette information par Beneva inc. ou au nom de celle-ci sera considéré comme aussi exact, complet et contraignant qu'un document écrit de leur part.
3. Conviennent que, si des renseignements enregistrés se révèlent inexacts ou incomplets (y compris, mais sans s'y limiter, les renseignements fournis pour justifier l'application des taux non-fumeurs relativement à un assuré aux termes du contrat demandé), le contrat sera nul dans le cas dudit assuré.
4. Conviennent que, si une note de couverture provisoire procurant une garantie d'assurance temporaire immédiate a été établie relativement à une assurance vie, le montant payable en vertu de ladite note et de toutes autres notes de couverture provisoires établies par Beneva inc. sur la tête de chaque assuré est limité au moindre de 500 000 $ et le capital assuré total faisant l'objet des propositions d'assurance soumises.
5. Conviennent que, si une note de couverture conditionnelle a été établie relativement à une assurance maladies graves, le montant payable sera le moindre du capital assuré demandé dans la présente proposition et 500 000 $ moins tout autre capital assuré en vertu d'une assurance maladies graves en suspens ou en vigueur auprès de Beneva inc.
6. Conviennent que la présente proposition ainsi que la note de couverture provisoire ci-jointe se rapportant à une assurance vie, et la note de couverture conditionnelle ci-jointe se rapportant à l'assurance maladies graves, le cas échéant, sont assujetties aux lois de la province de résidence du propriétaire au moment où le contrat est émis, sous réserve des lois applicables.
7. Conviennent que, dans le produit Tempo Plus, le montant de la prestation payable en cas d'invalidité totale, lorsque l'avenant invalidité sans garantie - preuve de prêt à la réclamation a été choisi, ou, lorsque le montant de l'indemnité mensuelle est supérieur à 2 000$, sera en fonction du montant des mensualités admissibles du ou des prêts admissibles en vigueur au moment de l'invalidité totale, et ce peu importe le montant mensuel souscrit dans la présente proposition d'assurance. La prestation payable n'excédera pas le montant mensuel souscrit dans la présente proposition, sous réserve des modalités du contrat. Lorsque l'avenant invalidité sans garantie - preuve de prêt à la réclamation a été choisi, si aucune mensualité admissible n'est en vigueur au moment de l'invalidité totale, les soussignés conviennent que la responsabilité de Beneva inc. se limitera au remboursement des primes perçues depuis l'acquittement du ou des prêts, étant entendu que ce remboursement n'excédera pas une période de dix-huit (18) mois précédant la demande de prestation en cas d'invalidité totale.
8. Conviennent avoir reçu les explications du conseiller concernant la possibilité de modification de régime fiscal qu'entraînent certaines modifications exigeant des preuves d'assurabilité, le cas échéant, et qu'à ce titre l'entièreté du contrat pourrait être soumis aux règles fiscales en vigueur depuis le 1er janvier 2017, si ce n'est pas déjà le cas.
9. Déclarent avoir été informés que Beneva peut recueillir leurs renseignements personnels à l'aide de technologies qui comprennent des fonctions permettant l'identification, la localisation ou le profilage lesquelles sont nécessaires afin d'évaluer leurs demandes. C'est le cas de la proposition électronique qui permet entre autres d'établir leur profil de risque afin d'offrir la meilleure prime possible. Les soussignés conviennent que le fait de soumettre leur proposition enclenche l'activation de ces fonctions.
10. Déclarent avoir été informés que Beneva peut utiliser leurs renseignements personnels afin de prendre des décisions exclusivement automatisées, c'est à dire, sans aucune intervention humaine. Par exemple, lorsqu'ils soumettent leur proposition électronique, il est possible qu'une décision automatisée soit rendue afin d'accélérer la souscription, incluant le calcul de leur prime ainsi que la sélection des risques.
11. Déclarent que les renseignements indiqués dans la présente proposition d'assurance à l'égard d'une assurance vie universelle (le cas échéant) concernant leurs coordonnées, leur identification, leur profession (incluant le titre d'emploi, le domaine d'activité, le nom de l'employeur et le statut d'emploi) et le but de l'assurance, sont exacts, complets et correctement inscrits, et s'engagent à aviser promptement leur conseiller en sécurité financière/représentant de tout changement relatif à ceux-ci. Le conseiller en sécurité financière/représentant transmettra alors sans délai les renseignements mis à jour à Beneva inc.
12. Déclarent que les renseignements fournis dans la déclaration de résidence aux fins de l'impôt sont exacts et complets et s'engagent à fournir à Beneva inc. une nouvelle déclaration de résidence aux fins de l'impôt dans un délai de 30 jours suivant tout changement de circonstances faisant en sorte que les renseignements fournis dans le présent formulaire deviennent incomplets ou inexacts.
13. Déclarent que les affirmations précédentes sont véridiques, complètes et correctement inscrites et font partie de la proposition d'assurance auprès de Beneva inc. Toute fausse déclaration ou réticence des personnes à assurer sur des circonstances connues de lui et de nature à influencer de façon importante un assureur raisonnable dans l'établissement de la prime, l'appréciation du risque ou la décision de l'accepter entraînent, à la demande de l'assureur, la nullité du contrat même en ce qui concerne les sinistres non rattachés aux risques ainsi dénaturés.
14. Déclarent avoir pris connaissance de l'avis concernant la protection des renseignements personnels ainsi que des avis à la personne à assurer et au(x) propriétaire(s). Les soussignés comprennent que toute information divulguée dans la présente proposition et tout document complémentaire, le cas échéant, pourrait être collectée, utilisée, conservée ou communiquée par ou aux autres participants au processus de proposition d'assurance et tout cessionnaire éventuel de la police d'assurance.

_____ ce _____ jour de _____ de l'an _____

Signé à (ville et province) — Date

X _____ Signature de l'assuré 1

X _____ Signature de l'assuré 2

X _____ Signature du père, de la mère ou du tuteur légal de l'assuré mineur (assurance enfant)

X _____ Signature du propriétaire 1 – nécessaire seulement s'il ne s'agit pas d'un assuré

X _____ Signature du propriétaire 2 – nécessaire seulement s'il ne s'agit pas d'un assuré

Si le propriétaire est une personne morale ou autre entité :

_____ Nom et titre du signataire autorisé

X _____ Signature

_____ Nom et titre du signataire autorisé

X _____ Signature

Numéro de la proposition

N – Autorisations

Vos autorisations sont nécessaires pour fournir et administrer vos produits ou services.

1. Autorisent tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, tout fournisseur de soins de santé, tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout assureur ou réassureur, le MIB, LLC, toute agence d'enquête ainsi que toute personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec leur état de santé, leurs antécédents médicaux ou leurs habitudes de vie nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels, à les communiquer à Beneva inc. ou à ses réassureurs. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
2. Autorisent Beneva inc. et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels auprès de tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, assureur ou réassureur, agence d'enquête, personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec leur état de santé, leurs antécédents médicaux ou leurs habitudes de vie ainsi que le MIB, LLC. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
3. Autorisent Beneva inc. et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels détenus par toute agence d'évaluation du crédit à des fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conception et d'application de modèles statistiques, de conformité réglementaire et contractuelle et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
4. Autorisent, en cas de décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de leur succession à communiquer à Beneva inc. et ses réassureurs, lorsque requis par ce(s) dernier(s), tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la réclamation de décès et à l'obtention des justifications requises.

Assuré 1

Je reconnais avoir pris connaissance des quatre (4) autorisations ci-dessus et y consens.

Nom de l'assuré 1 (en caractères d'imprimerie)	X Signature de l'assuré 1	A A A A M M J J Date
S'il s'agit d'un mineur : Nom de la mère, du père ou du tuteur légal (en caractères d'imprimerie)	X S'il s'agit d'un mineur : Signature de la mère, du père ou du tuteur légal (indiquer le lien avec l'assuré)	A A A A M M J J Date

Assuré 2

Je reconnais avoir pris connaissance des quatre (4) autorisations ci-dessus et y consens.

Nom de l'assuré 2 (en caractères d'imprimerie)	X Signature de l'assuré 2	A A A A M M J J Date
S'il s'agit d'un mineur : Nom de la mère, du père ou du tuteur légal (en caractères d'imprimerie)	X S'il s'agit d'un mineur : Signature de la mère, du père ou du tuteur légal (indiquer le lien avec l'assuré)	A A A A M M J J Date

Numéro de la proposition

O – Accord de débits préautorisés

1. J'autorise Beneva inc. à porter au débit de mon compte, selon mes instructions et/ou tel que décrit dans le contrat d'assurance, des montants répétitifs mensuels et/ou des paiements ponctuels occasionnels pour le règlement de tous les montants, incluant tous les frais et les taxes applicables, relativement au contrat d'assurance.
2. Le montant du DPA peut être augmenté ou réduit à une date ultérieure par suite d'avenants, de résiliation, d'exclusions ou de renouvellement du contrat d'assurance. J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les montants prélevés de mon compte soient traités comme étant des DPA à montant variable. Il est entendu que je conserverai le même mode de paiement lors du renouvellement du contrat d'assurance, si applicable, à moins d'en aviser Beneva inc. avant la date dudit renouvellement.
3. Je comprends qu'en fonction du produit choisi, un paiement mensuel entraînera une prime annualisée supérieure.
4. Si un DPA est refusé pour insuffisance de fonds, Beneva inc. peut présenter de nouveau le DPA. Des frais découlant du DPA refusé pour insuffisance de fonds pourraient être ajoutés au prochain DPA.
5. J'accepte de signaler par lettre à Beneva inc. tout changement aux renseignements fournis dans le présent Accord relativement au compte et ce, au moins dix (10) jours ouvrables avant la date du prochain DPA.
6. Je consens à ce qu'un prélèvement soit effectué dans mon compte chaque mois le jour indiqué dans la proposition d'assurance ou le jour ouvrable suivant.
7. J'accepte, aux fins du présent Accord, que tous les DPA prélevés de mon compte soient considérés comme des DPA personnels.
8. **J'accepte et je comprends que Beneva inc. ne m'avisera pas avant chaque DPA.**
9. Dans le cas où je demande à Beneva inc. de changer le montant du DPA, je renonce à mon droit de recevoir un préavis.
10. Je peux révoquer cette autorisation de débits préautorisés à tout moment à condition de donner à Beneva inc. un préavis écrit de trente (30) jours. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou d'autres renseignements sur mon droit d'annuler l'Accord de DPA, en m'adressant à mon institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca.
11. Je comprends que Beneva inc. se réserve le droit de résilier le présent Accord sur préavis écrit de quinze (15) jours.
12. Je comprends que toute résiliation du présent Accord ne met pas fin ni n'a le moindre effet à l'égard de toute entente conclue avec Beneva inc. relativement à un contrat d'assurance, dans la mesure où les paiements sont effectués au moyen d'une autre méthode acceptée par Beneva inc.
13. J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent Accord de DPA. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord. Pour obtenir plus d'informations sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Beneva inc.
Comptabilité des primes
1225, rue Saint-Charles Ouest, bureau 200, Longueuil (Québec) J4K 0B9

Veuillez joindre un spécimen de chèque du compte à débiter sur lequel vous aurez inscrit la mention « ANNULÉ ».

Avis important : À défaut de fournir les renseignements ci-dessous et un spécimen de chèque, Beneva inc. effectuera les débits préautorisés sur le compte bancaire du chèque joint à cette proposition.

Nom de l'institution financière

Adresse, ville, province et code postal de la succursale

Succursale | Numéro de l'institution financière | Numéro de compte

Autorisation bancaire

S'agit-il d'un compte conjoint? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Dans le cas d'un compte conjoint, tous les titulaires du compte doivent signer si plus d'une signature est requise sur les chèques émis à partir de ce compte.

Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie) | X Signature | A A A A M M J J Date

Nom du titulaire du compte ou de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie) | X Signature | A A A A M M J J Date

Numéro de la proposition

P – Rapport du conseiller en sécurité financière / représentant

1. Source

   ☐ Venant de l'assuré ☐ Cas référé ☐ Connaissance ☐ Client Vie ☐ Client I.A.R.D. ☐ Autre (précisez) : _____

2. Relation avec l'assuré

   ☐ Ami personnel ☐ Lien de parenté (précisez) : _____ ☐ Autre (précisez) : _____

   Depuis quand connaissez-vous chaque assuré? Assuré 1 : A A A A M M J J Assuré 2 : A A A A M M J J

3. Avez-vous des doutes sur l'assurabilité de l'un des assurés?

   ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, spécifier : _____

4. Êtes-vous personnellement au courant des habitudes de la (des) personne(s) à assurer?

   ☐ Oui ☐ Non Dans l'affirmative, donner des détails : _____

5. Quelle(s) langue(s) a (ont) été employée(s) pour remplir la proposition? _____

6. La (les) personne(s) à assurer vous a-t-elle (ont-elles) dit comprendre la langue employée pour remplir la proposition? ☐ Oui ☐ Non

7. Si une autre langue que le français a été employée, nous indiquer le nom de la personne qui a expliqué la proposition aux personnes à assurer. Cette personne ne peut être le bénéficiaire ou un membre de la famille de la (des) personne(s) à assurer.

   _____

P1 – Exigence de sélection

Preuves d'assurabilité commandées auprès de	Exigences commandées
☐ Solutions d'assurance Dynacare ☐ Autres ☐ ExamOne	☐ Paramédical ☐ ECG au repos ☐ Profil sanguin incluant analyse d'urine ☐ Autre (précisez) : _____
A A A A M M J J Date de la demande des preuves d'assurabilité	**Le rapport d'enquête est commandé par Beneva inc. lorsque requis.**
_____ Numéro de la commande	

P2 – Attestation du conseiller en sécurité financière / représentant

Je confirme avoir remis le document *Communication de renseignements concernant les conseillers* au(x) propriétaire(s) lequel l'informe (les informe) :

- du nom de la ou des sociétés que je représente actuellement;
- que je touche une rémunération comme des commissions sur la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie grave;
- que je pourrais toucher une rémunération supplémentaire sous forme de bonis, de participation à des congrès ou d'autres incitatifs; et
- de tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.

Je déclare avoir un permis valide sur le territoire où la demande a été signée.

À ma connaissance, les renseignements fournis dans cette demande d'assurance sont exacts.

Si je ne suis pas le conseiller de service pour ce contrat, je déclare avoir avisé le(s) propriétaire(s) de ce fait et de l'identité de son (leur) conseiller de service telle qu'elle apparaît dans la Section P3.

Vérification de l'identité du (des) propriétaire(s) (applicable à l'assurance vie universelle)

J'ai vérifié l'identité de la (des) personne(s) qui a (ont) apposé sa (leur) signature à la présente proposition en qualité de propriétaire(s) en utilisant une méthode permise selon les exigences de la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* et ses règlements connexes.

Détermination de l'existence d'un tiers (applicable à l'assurance vie universelle)

Conformément à la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes* ainsi qu'à ses règlements, j'ai pris des mesures raisonnables en vue de déterminer si le(s) propriétaire(s) agit (agissent) au nom d'un tiers.

Contrôle continu des relations d'affaires (applicable à l'assurance vie universelle)

Lorsque la (les) personne(s) qui a (ont) apposé sa (leur) signature à la présente proposition en qualité de propriétaire(s) m'avise(nt) d'une mise à jour concernant les renseignements relatifs à ses (leurs) coordonnées, son (leur) identification, sa (leur) profession (incluant le titre d'emploi, le domaine d'activité, le nom de l'employeur et le statut d'emploi) ou le but de l'assurance, je m'engage à en informer sans délai Beneva inc.

_____
Nom du conseiller en sécurité financière / représentant (en caractères d'imprimerie)

_____
Code du conseiller en sécurité financière / représentant

X _____
Signature du conseiller en sécurité financière / représentant

A A A A M M J J
Date

Numéro de la proposition

P3 – Renseignements sur le conseiller en sécurité financière / représentant

Les renseignements suivants sont nécessaires au traitement de la proposition ainsi que pour le versement des commissions.

Nom du conseiller de service (en caractères d'imprimerie) | Agence | Code du conseiller en sécurité financière / représentant

Partage % (multiples de 5 %) | Téléphone

Nom du conseiller qui partage la commission (s'il y a lieu) (en caractères d'imprimerie) | Agence | Code du conseiller en sécurité financière / représentant

Partage % (multiples de 5 %) | Téléphone

Nom du conseiller qui partage la commission (s'il y a lieu) (en caractères d'imprimerie) | Agence | Code du conseiller en sécurité financière / représentant

Partage % (multiples de 5 %) | Téléphone

☐ **Je ne possède pas de code de conseiller avec Beneva inc. Il s'agit de ma première proposition.**

Notes et détails du conseiller en sécurité financière / représentant

Numéro de la proposition

Q – Avis et notes de couverture

Q1 – Note de couverture conditionnelle – assurance maladies graves

Directives s'adressant au conseiller en sécurité financière / représentant

Si TOUTES les personnes à assurer sont âgées de 30 jours et plus et de moins de 66 ans au plus proche anniversaire de naissance à la date de signature de la proposition, veuillez détacher la présente note de couverture conditionnelle et la remettre au propriétaire.

Qu'une prime ait été perçue ou non avec la proposition, aucune garantie n'est donnée en vertu de la présente note de couverture conditionnelle si l'une ou l'autre des conditions énoncées ci-après, ou au verso, ne sont pas respectées.

Note de couverture – assurance maladies graves

Beneva inc. offre une assurance maladies graves provisoire CONDITIONNELLE gratuite conformément aux conditions énoncées ci-après et au verso. La présente note de couverture conditionnelle, sous réserve des dispositions habituelles s'appliquant au contrat souscrit, entrera en vigueur :

- à la date de réception d'une preuve d'assurabilité satisfaisante pour toutes les personnes à assurer (la « date d'effet »); et
- à la condition qu'il soit établi que toutes les personnes à assurer représentaient un risque régulier à la date d'effet, selon les règles et les pratiques courantes de Beneva inc. en matière de sélection des risques; et
- à la condition qu'un paiement d'un montant équivalent ou supérieur à celui de la première prime mensuelle soit, à la fois, perçu et encaissable à la date à laquelle la proposition d'assurance a été signée par toutes les personnes à assurer et par le conseiller en sécurité financière / représentant; et
- à la condition que le paiement susmentionné ait été émis à Beneva inc. et ait été honoré par l'institution financière lors de sa première présentation.

La note de couverture conditionnelle expirera à la date d'effet du contrat demandé.

Numéro de la proposition

Q2 – Note de couverture provisoire – assurance temporaire immédiate – assurance vie

Reçu de _____ la somme de _____ $

Directives s'adressant au conseiller en sécurité financière / représentant

Si TOUTES les personnes à assurer sont âgées de 15 jours et plus et de moins de 66 ans au plus proche anniversaire de naissance à la date de signature de la proposition, veuillez détacher la présente note de couverture provisoire et la remettre au propriétaire.

- La somme versée au conseiller en sécurité financière / représentant doit représenter la première prime mensuelle ou un douzième (1/12) de la prime modale annuelle et être encaissable à la date à laquelle les personnes à assurer signent la proposition d'assurance.
- La présente note de couverture ne pourra pas entrer en vigueur si le paiement n'est pas honoré lors de sa première présentation.
- Personne n'est autorisé à modifier les conditions de la présente note de couverture.
- **Voir dispositions et conditions au verso.**

Signée à (ville et province) _____

X _____ Signature du conseiller en sécurité financière / représentant

Date A A A A M M J J

Numéro de la proposition

Cet avis doit être remis au propriétaire en tout temps.

Q3 – Avis aux personnes à assurer et au(x) propriétaire(s)

Avis relatif au MIB, LLC

Certains renseignements doivent être recueillis quand un assureur reçoit une proposition d'assurance et ces renseignements doivent être aussi complets que possible. Les renseignements recueillis peuvent être de nature médicale, personnelle ou peuvent porter sur votre solvabilité.

Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance, y compris Beneva inc. (Beneva), transigent avec un organisme appelé « MIB, LLC (MIB) ».

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, Beneva ou ses réassureurs peuvent adresser un bref rapport à ce sujet au MIB, LLC (MIB), qui coordonne l'échange de renseignements pour le compte de compagnies d'assurance membres du Groupe MIB Inc. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement à une autre compagnie membre du MIB, celui-ci transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans votre dossier.

Si vous en faites la demande, le MIB vous transmettra les renseignements contenus dans votre dossier. Vous pouvez communiquer avec le MIB par courriel au **Canadadisclosure@mib.com** ou en composant le 866-692-6901. Si vous contestez l'exactitude des renseignements consignés dans le dossier du MIB, vous pouvez contacter le MIB et demander une correction conformément aux procédures énoncées dans la loi fédérale Fair Credit Reporting Act. L'adresse du bureau d'information du MIB est le 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734. Vos renseignements pourraient être transmis et hébergés à l'extérieur du Canada et être régis par les lois applicables à des pays ou États étrangers.

Beneva, ou ses réassureurs, peuvent également transmettre les renseignements de votre dossier à toute autre compagnie d'assurance à laquelle vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements sur le MIB en consultant son site internet à l'adresse **www.mib.com**.

Numéro de la proposition

Note de couverture conditionnelle – assurance maladies graves (suite)

Le capital assuré en vertu de l'assurance maladies graves pour une personne à assurer aux termes de la présente note de couverture sera limité au moindre :

- du capital assuré demandé dans la présente proposition sur la tête de la personne à assurer; et
- de 500 000 $ moins tout autre capital assuré en vertu d'une assurance maladies graves payable par Beneva inc. pour la personne à assurer.

Si toute personne à assurer reçoit un diagnostic de cancer, aucun règlement ne sera effectué en vertu de la présente note de couverture.

Si toute personne à assurer décède dans les 30 jours suivant le diagnostic d'une maladie grave couverte, aucun règlement ne sera effectué en vertu de la présente note de couverture.

Si toute personne à assurer est âgée de moins de 30 jours ou de 66 ans et plus, aucun règlement ne sera effectué en vertu de la présente note de couverture.

Numéro de la proposition

Dispositions et conditions – assurance temporaire immédiate – assurance vie

1. MONTANT DE LA COUVERTURE ET LIMITES

En considération du paiement de la prime indiquée à la Section D, Beneva inc. consent à fournir une garantie d'assurance temporaire immédiate, à concurrence d'un maximum de 500 000 $, sur la tête de chacun des assurés selon les dispositions et conditions attachées à la présente note de couverture provisoire. Si le capital assuré tel qu'indiqué à la Section C est inférieur à 500 000 $, la somme indiquée à la Section C constituera le capital assuré aux fins de l'assurance temporaire immédiate. Si le capital assuré tel qu'indiqué à la Section C est égal ou supérieur à 500 000 $, le capital assuré aux fins de l'assurance temporaire immédiate sera 500 000 $. En cas de décès du ou des assuré(s) pendant que l'assurance temporaire immédiate est en vigueur, toute prime payée qui excède la prime requise pour une couverture de 500 000 $ sera remboursée. Le maximum de 500 000 $ comprend les autres notes de couverture provisoires émises par Beneva inc., tel qu'indiqué à la Section M (article 4).

2. DÉBUT DE LA COUVERTURE

L'assurance temporaire immédiate prend effet dès que la note de couverture provisoire est signée pourvu que la prime requise de tous les assurés soit payée et que les réponses aux questions 1 à 6 pour l'assurance temporaire immédiate de la Section G de la proposition soient toutes négatives.

3. FIN DE LA COUVERTURE

L'assurance temporaire immédiate se termine automatiquement lors de la première des éventualités suivantes :

a) 90 jours après la date de la présente proposition;
b) la date à laquelle une contre-offre est présentée à votre conseiller en sécurité financière / représentant;
c) la date à laquelle le contrat demandé prendra effet;
d) la date à laquelle Beneva inc. avise le(s) propriétaire(s) de la résiliation de l'assurance temporaire immédiate;
e) la date à laquelle Beneva inc. refuse cette proposition.

Beneva inc. peut mettre fin en tout temps à la présente assurance temporaire immédiate pourvu qu'elle en avise le(s) propriétaire(s). À la fin de la couverture de l'assurance temporaire immédiate en vertu de 3 a), b), c) ou d) ci-dessus, Beneva inc. conserve la prime reçue afin de l'appliquer lors de la mise en vigueur du contrat d'assurance.

4. EXCLUSIONS ET PARTICULARITÉS

a) Les garanties supplémentaires demandées à la Section C5 de la proposition sont exclues de l'assurance temporaire immédiate.
b) L'Avenant en cas d'invalidité totale afférent au produit Tempo Plus est exclu de l'assurance temporaire immédiate.
c) En cas de suicide, de fraude ou de fausses déclarations, l'assurance temporaire immédiate deviendra nulle et la responsabilité de Beneva inc. se limitera à rembourser la prime payée au(x) propriétaire(s).
d) Le conseiller en sécurité financière / représentant n'est pas autorisé à offrir l'assurance temporaire immédiate à un assuré de moins de 15 jours ou de 66 ans et plus.
e) Les produits de maladies graves sont exclus de l'assurance temporaire immédiate.

Numéro de contrat	Numéro de la proposition

Autorisations

1. J'autorise tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, tout fournisseur de soins de santé, tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout assureur ou réassureur, le MIB, LLC, toute agence d'enquête ainsi que toute personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes habitudes de vie nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels, à les communiquer à Beneva inc. ou à ses réassureurs. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
2. J'autorise Beneva inc. et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels auprès de tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, assureur ou réassureur, agence d'enquête, personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes habitudes de vie ainsi que le MIB, LLC. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
3. J'autorise Beneva inc. et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels détenus par toute agence d'évaluation du crédit à des fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conception et d'application de modèles statistiques, de conformité réglementaire et contractuelle et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
4. J'autorise, en cas de décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de leur succession à communiquer à Beneva inc. et ses réassureurs, lorsque requis par ce(s) dernier(s), tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la réclamation de décès et à l'obtention des justifications requises.

Je reconnais avoir pris connaissance des quatre (4) autorisations ci-dessus et y consens.

Nom de l'assuré (en caractères d'imprimerie)	X Signature de l'assuré	A A A A M M J J Date
S'il s'agit d'un mineur : Nom de la mère, du père ou du tuteur légal (en caractères d'imprimerie)	X S'il s'agit d'un mineur : Signature de la mère, du père ou du tuteur légal (indiquer le lien avec l'assuré)	A A A A M M J J Date

Numéro de contrat	Numéro de la proposition

Autorisations

1. J'autorise tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, tout fournisseur de soins de santé, tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout assureur ou réassureur, le MIB, LLC, toute agence d'enquête ainsi que toute personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes habitudes de vie nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels, à les communiquer à Beneva inc. ou à ses réassureurs. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
2. J'autorise Beneva inc. et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels auprès de tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, assureur ou réassureur, agence d'enquête, personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes habitudes de vie ainsi que le MIB, LLC. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
3. J'autorise Beneva inc. et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels détenus par toute agence d'évaluation du crédit à des fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conception et d'application de modèles statistiques, de conformité réglementaire et contractuelle et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
4. J'autorise, en cas de décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de leur succession à communiquer à Beneva inc. et ses réassureurs, lorsque requis par ce(s) dernier(s), tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la réclamation de décès et à l'obtention des justifications requises.

Je reconnais avoir pris connaissance des quatre (4) autorisations ci-dessus et y consens.

Nom de l'assuré (en caractères d'imprimerie)	X Signature de l'assuré	A A A A M M J J Date
S'il s'agit d'un mineur : Nom de la mère, du père ou du tuteur légal (en caractères d'imprimerie)	X S'il s'agit d'un mineur : Signature de la mère, du père ou du tuteur légal (indiquer le lien avec l'assuré)	A A A A M M J J Date