

Version  
**Juin 2021**

LaCapitale 

# Assurance vie et assurance maladies graves

Proposition

## TABLE DES MATIÈRES

Section	Page
1 Renseignements de base	2
2 Renseignements généraux	2
3 Choix des garanties	6
4 Renseignements sur le bénéficiaire	10
5 Renseignements personnels	12
6 Habitudes de vie et renseignements médicaux	13
7 Section additionnelle pour les personnes à assurer de moins de 18 ans (enfants à assurer)	17
8 Rente d'invalidité	18
9 Questions liées au certificat conditionnel de protection provisoire	19
10 Paiement des primes	20
11 Accord de débits préautorisés (DPA)	20
12 Autorisation de divulgation de renseignements au conseiller ou à l'agent général	21
13 Déclarations et signatures de la proposition	21
14 Autorisation	23
15 Certificat conditionnel de protection provisoire	25
16 Préavis et Avis	27
17 Commande de l'entrevue téléphonique ou des exigences de sélection	29
18 Rapport du conseiller	30

## DIRECTIVES À L'INTENTION DU CONSEILLER

- Écrire lisiblement en caractères d'imprimerie avec un crayon à l'encre.
- Cette proposition doit être utilisée pour :
  - La soumission d'une demande d'assurance vie individuelle ou d'assurance maladies graves ;
  - La transformation d'une assurance temporaire individuelle ou collective ;
  - L'échange d'une assurance temporaire individuelle ;
  - L'exercice d'une option de garantie d'assurabilité ;
  - Un ajout à un contrat en vigueur. S'il s'agit d'un contrat d'assurance vie, celui-ci doit avoir été émis après le 31 décembre 2016.
- Lorsqu'il y a plus de 2 personnes à assurer :
  - Remplir une ou des propositions supplémentaires ;
  - Remplacer le numéro de proposition de chaque proposition supplémentaire par celui de la première proposition ;
  - Soumettre toutes les propositions ensemble.
- Des propositions distinctes doivent être remplies :
  - Si plus d'un contrat doit être émis ;
  - Si des garanties d'assurance vie et des garanties principales en cas de maladies graves sont demandées puisque ces garanties feront l'objet de contrats distincts.
- S'il est demandé qu'un enfant soit une personne à assurer en vertu d'une garantie principale, fournir les renseignements pour cet enfant dans les zones « Personne à assurer 1 » ou « Personne à assurer 2 ».
- Les chèques, le cas échéant, doivent être faits à l'ordre de La Capitale assureur de l'administration publique inc. et tirés sur un compte en dollars canadiens ouvert dans une institution financière canadienne.
- Toutes les signatures appropriées doivent être apposées.
- Toute correction ou tout changement apporté à la proposition doit être paraphé par le preneur ou par la personne à assurer selon le cas.
- Remettre au preneur et à la personne à assurer :
  - Les avis et préavis (section 17) ;
  - Le certificat conditionnel de protection provisoire s'il a été émis (section 16).
- Toutes les pages de la proposition doivent être retournées à l'exception des pages qui doivent être remises au preneur et à la personne à assurer.

## DOCUMENTS À JOINDRE À LA PROPOSITION SELON LA SITUATION

### Le preneur est une entreprise

- Copie de la résolution du conseil d'administration autorisant la transaction et désignant la personne autorisée à agir au nom de l'entreprise
- Formulaire Vérification de l'identité d'une entité (IND121F)**, si la garantie choisie est une garantie d'assurance vie permanente.

### Remplacement

- Préavis de remplacement
- Formulaire Résiliation-rachat (IND108F)**, s'il s'agit d'un remplacement interne.

### Rente d'invalidité pour couvrir un prêt

- Preuve du prêt provenant d'une institution financière précisant le nom des emprunteurs, la date et le solde du prêt ainsi que le montant du versement mensuel

### Rente d'invalidité pour couvrir un bail

- Copie du bail

### Mode de paiement des primes par débits préautorisés (DPA)

- Accord de débits préautorisés (DPA) (section 12)
- Spécimen de chèque ou coordonnées bancaires. **Si les renseignements sur le compte bancaire ne sont pas fournis, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.**

### Mode de paiement des primes annuel

- Chèque à l'ordre de La Capitale assureur de l'administration publique inc. **Si le chèque est remis à la livraison de la police, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.**

## 1 RENSEIGNEMENTS DE BASE

- 1.1 Langue de correspondance:  Français  Anglais
- 1.2 Indiquer s'il s'agit:  d'une nouvelle proposition OU  d'un ajout au contrat portant le numéro: \_\_\_\_\_
- 1.3 Cette proposition doit-elle être émise au même moment qu'une autre proposition?  Oui  Non  
Si oui, indiquer le numéro de cette autre proposition: \_\_\_\_\_

### 1.4 ORIGINE DE LA PROPOSITION

- Remplacement externe **⚠ Remplir et joindre le préavis de remplacement.**
- Remplacement interne – Numéros de contrats à remplacer: \_\_\_\_\_

**⚠ Remplir et joindre le préavis de remplacement et le formulaire Résiliation-rachat (IND108F).**

- Transformation d'assurance individuelle (assurance vie et assurance maladies graves) – Numéros de contrats à transformer: \_\_\_\_\_

- partielle – Est-ce que l'excédent sera à annuler?  Oui  Non
- totale

- Échange d'assurance temporaire individuelle – Numéros de contrats à échanger: \_\_\_\_\_

- partiel – Est-ce que l'excédent sera à annuler?  Oui  Non
- total

- Transformation d'assurance collective
- Exercice d'une option de garantie d'assurabilité du contrat numéro: \_\_\_\_\_

## 2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

### 2.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À ASSURER

#### PERSONNE À ASSURER 1

Nom	Prénom	Nom à la naissance (si différent)
Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour	État civil
Êtes-vous citoyen canadien? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Si non, êtes-vous résident canadien permanent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Pays de naissance	Au Canada depuis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour	NAS: <input type="text"/> Si assurance vie permanente
Adresse (n°, rue, appartement)		
Ville	Province	Code postal
Pays	Adresse courriel	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ind. rég. Téléphone résidence	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ind. rég. Téléphone travail	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poste) Ind. rég. Téléphone cellulaire

#### PERSONNE À ASSURER 2

Nom	Prénom	Nom à la naissance (si différent)
Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour	État civil
Êtes-vous citoyen canadien? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Si non, êtes-vous résident canadien permanent? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Pays de naissance	Au Canada depuis: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Année Mois Jour	NAS: <input type="text"/> Si assurance vie permanente
Adresse (n°, rue, appartement)		
Ville	Province	Code postal
Pays	Adresse courriel	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ind. rég. Téléphone résidence	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Ind. rég. Téléphone travail	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> (poste) Ind. rég. Téléphone cellulaire

## 2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (suite)

### 2.2 IDENTIFICATION DU PRENEUR

Si le preneur est une personne physique, remplir la section A.

Si le preneur est une entreprise, remplir la section B.

**!** Il n'est pas possible de nommer 2 preneurs lorsque l'exonération des primes (EPI) est demandée.

#### A LE PRENEUR EST UNE PERSONNE PHYSIQUE

##### A.1 IDENTIFICATION DU PRENEUR

- La personne à assurer 1 est le preneur
- La personne à assurer 2 est le preneur
- La personne à assurer 1 et la personne à assurer 2 sont respectivement le preneur 1 et le preneur 2
- Autre **Fournir tous les renseignements de la section A.**

Passer à la section A.2  
« Vérification de l'identité  
du preneur ».

##### PRENEUR 1 (si différent de la personne à assurer 1 ou 2)

Nom	Prénom
Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance: _____ Année Mois Jour
Lien avec la personne à assurer 1	Lien avec la personne à assurer 2
État civil	NAS: _____ Si assurance vie permanente
Profession	
Adresse (n°, rue, appartement)	
Ville	Province
Pays	Code postal
Ind. rég. Téléphone résidence	Ind. rég. Téléphone travail (poste)
Ind. rég. Téléphone cellulaire	Adresse courriel

##### PRENEUR 2 (si différent de la personne à assurer 1 ou 2)

Nom	Prénom
Sexe: <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Date de naissance: _____ Année Mois Jour
Lien avec la personne à assurer 1	Lien avec la personne à assurer 2
État civil	NAS: _____ Si assurance vie permanente
Profession	
Adresse (n°, rue, appartement)	
Ville	Province
Pays	Code postal
Ind. rég. Téléphone résidence	Ind. rég. Téléphone travail (poste)
Ind. rég. Téléphone cellulaire	Adresse courriel

##### A.2 VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU PRENEUR **!** Remplir cette section en tout temps pour chaque preneur.

La carte d'assurance maladie ne peut pas être utilisée dans les provinces suivantes : Ontario, Manitoba et Île-du-Prince-Édouard. Au Québec, on ne peut pas exiger la carte d'assurance maladie aux fins d'identification, mais si le preneur choisit de la présenter, elle est acceptée.

##### PRENEUR 1

**Pièce d'identité** Seul le document original doit être consulté.

Carte d'assurance maladie  Passeport  Permis de conduire

Autre pièce d'identité avec photo délivrée par une autorité fédérale ou provinciale: \_\_\_\_\_

N° du document: \_\_\_\_\_

Date d'expiration (si disponible): \_\_\_\_\_  
Année Mois

Autorité de délivrance: \_\_\_\_\_

Province ou pays de délivrance: \_\_\_\_\_

##### PRENEUR 2

**Pièce d'identité** Seul le document original doit être consulté.

Carte d'assurance maladie  Passeport  Permis de conduire

Autre pièce d'identité avec photo délivrée par une autorité fédérale ou provinciale: \_\_\_\_\_

N° du document: \_\_\_\_\_

Date d'expiration (si disponible): \_\_\_\_\_  
Année Mois

Autorité de délivrance: \_\_\_\_\_

Province ou pays de délivrance: \_\_\_\_\_

## 2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (suite)

### A.3 VÉRIFICATION DE LA CLASSIFICATION FISCALE Remplir cette section en tout temps pour chaque preneur.

#### A.3.1 Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA)

##### PRENEUR 1

Est-ce que le preneur 1 est un citoyen ou un résident américain aux fins de l'impôt sur le revenu aux États-Unis?  Oui  Non

**Si oui**, inscrire le numéro d'identification fiscal fédéral américain (NIF) du preneur 1.

##### PRENEUR 2

Est-ce que le preneur 2 est un citoyen ou un résident américain aux fins de l'impôt sur le revenu aux États-Unis?  Oui  Non

**Si oui**, inscrire le numéro d'identification fiscal fédéral américain (NIF) du preneur 2.

#### A.3.2 Norme commune de déclaration (NCD)

##### PRENEUR 1

Est-ce que le preneur 1 est un résident d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt?  Oui  Non

**Si oui**, inscrire le pays et le numéro d'identification fiscal étranger du preneur 1.

Pays \_\_\_\_\_ Numéro d'identification \_\_\_\_\_

##### PRENEUR 2

Est-ce que le preneur 2 est un résident d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt?  Oui  Non

**Si oui**, inscrire le pays et le numéro d'identification fiscal étranger du preneur 2.

Pays \_\_\_\_\_ Numéro d'identification \_\_\_\_\_

### A.4 DÉTERMINATION QUANT AUX TIERS Remplir cette section en tout temps pour chaque preneur.

##### PRENEUR 1

Est-ce que le preneur 1 agit suivant les directives d'une autre personne (tiers)?  Oui  Non – **Si oui**, remplir la section Détermination quant aux tiers du **formulaire Vérification de l'identité d'un particulier (IND121F)**.

##### PRENEUR 2

Est-ce que le preneur 2 agit suivant les directives d'une autre personne (tiers)?  Oui  Non – **Si oui**, remplir la section Détermination quant aux tiers du **formulaire Vérification de l'identité d'un particulier (IND121F)**.

#### A.5 PRENEUR SUBROGÉ

**Preneurs multiples (sauf au Québec)** – S'il y a plus d'un preneur, le type de propriété sera :

Si aucun choix n'est indiqué, le contrat sera établi pour tous les preneurs avec droit de survie.

- Droit de survie : Si un preneur décède alors que le contrat est en vigueur, son intérêt sera transféré au preneur survivant.
- Propriété commune : Si un preneur décède alors que le contrat est en vigueur, son intérêt sera transféré à ses ayants droit à moins qu'il n'ait désigné un preneur subrogé auquel cas son intérêt sera transféré à ce preneur subrogé.

**Preneurs multiples (au Québec)** – Si un preneur décède alors que le contrat est en vigueur, son intérêt sera transféré à ses ayants droit à moins qu'il n'ait désigné un preneur subrogé auquel cas son intérêt sera transféré à ce preneur subrogé.

##### PRENEUR SUBROGÉ DU PRENEUR 1

Nom (dénomination sociale le cas échéant) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec le preneur 1 \_\_\_\_\_ Sexe:  Masculin  Féminin

Date de naissance: 

Année	Mois	Jour			

##### PRENEUR SUBROGÉ DU PRENEUR 2

Nom (dénomination sociale le cas échéant) \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Lien avec le preneur 2 \_\_\_\_\_ Sexe:  Masculin  Féminin

Date de naissance: 

Année	Mois	Jour			

## B LE PRENEUR EST UNE ENTREPRISE

 Joindre une copie de la résolution du conseil d'administration autorisant la transaction et désignant la personne autorisée à agir au nom de l'entreprise.

 Lorsque la garantie choisie est une garantie d'assurance vie permanente, remplir le formulaire **Vérification de l'identité d'une entité (IND034F)**.

Nom (dénomination sociale de l'entreprise) \_\_\_\_\_

Adresse (n°, rue, appartement) \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Numéro d'entreprise \_\_\_\_\_ Lieu de constitution \_\_\_\_\_

Nom et titre du ou des signataires autorisés: \_\_\_\_\_

## 2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (suite)

### 2.3 BUT DE L'ASSURANCE

#### 2.3.1 Assurance personnelle :

Assurance hypothécaire  Derniers frais  Protection de la succession  Protection du revenu  Autre : \_\_\_\_\_

#### Assurance d'affaires :

Garantie sur un prêt  Personne-clé  Rachats de parts d'associés/rachat d'actions  Autre : \_\_\_\_\_

#### 2.3.2 Y a-t-il une entente en vigueur ou prévue selon laquelle une personne autre que le preneur ou un bénéficiaire désigné détienne quelque droit, titre ou intérêt que ce soit dans le contrat qui sera émis à la suite de la présente proposition ? Oui Non

**Si oui**, fournir des précisions : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### 2.3.3 Un prêt ou du financement sera-t-il utilisé pour payer les primes du contrat qui sera émis à la suite de la présente proposition ? Oui Non

**Si oui**, fournir le détail complet des termes de l'entente et l'identification des parties concernées : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 2.4 RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

#### A RENSEIGNEMENTS FINANCIERS RELATIFS À LA PERSONNE À ASSURER

**! Remplir pour la personne à assurer de 16 ans ou plus.**

	PERSONNE À ASSURER 1	PERSONNE À ASSURER 2
Statut d'emploi	<input type="checkbox"/> Employé salarié <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Conjoint à domicile <input type="checkbox"/> Sans emploi	<input type="checkbox"/> Employé salarié <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Agriculteur <input type="checkbox"/> Retraité <input type="checkbox"/> Conjoint à domicile <input type="checkbox"/> Sans emploi
Nom de l'employeur	_____	_____
Est-ce que votre profession relève des forces armées, des ressources naturelles (foresterie, industrie minière, pétrolière ou du gaz naturel), de l'industrie ferroviaire, de la pêche ou du transport maritime (haute mer, hors Canada), des arts et du spectacle (musique, cinéma, cirque, etc.), des bars et du divertissement (employé de bar, cascadeur, etc.), du sport professionnel (athlète), de l'aviation, de la plongée sous-marine professionnelle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Devez-vous travailler en hauteur à plus de 10 mètres (35 pieds) du sol ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Êtes-vous en invalidité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Profession	_____	_____
Revenu annuel brut gagné (y compris le salaire, les commissions et les bonis)	_____ \$	_____ \$
Autres revenus	_____ \$	_____ \$
Source des autres revenus	_____	_____
Actif total (biens immobiliers, capitaux propres dans une entreprise, actions, obligations, etc.)	_____ \$	_____ \$
Passif total (hypothèque, emprunts, etc.)	_____ \$	_____ \$
Avez-vous déclaré faillite au cours des 5 dernières années ? <b>Si oui</b> , indiquer la date de libération de la faillite, le cas échéant :	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____ Année Mois	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui : _____ Année Mois

## 2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (suite)

### 2.4 RENSEIGNEMENTS FINANCIERS (suite)

#### B RENSEIGNEMENTS FINANCIERS RELATIFS AU PRENEUR LORSQU'IL EST UNE ENTREPRISE

Nature des activités de l'entreprise: \_\_\_\_\_

% des parts de la personne à assurer dans l'entreprise: \_\_\_\_\_ % \_\_\_\_\_ %  
Personne à assurer 1 Personne à assurer 2

Actif de l'entreprise: \_\_\_\_\_ \$ Juste valeur marchande: \_\_\_\_\_ \$

Passif de l'entreprise: \_\_\_\_\_ \$ Bénéfice net de l'année courante: \_\_\_\_\_ \$

Valeur nette: \_\_\_\_\_ \$ Bénéfice net de l'année précédente: \_\_\_\_\_ \$

## 3 CHOIX DES GARANTIES

### 3.1 GARANTIES PRINCIPALES

PERSONNE À ASSURER 1

PERSONNE À ASSURER 2

#### ASSURANCE VIE PERMANENTE

**Avantage permanent non participant**

\* La durée de paiement des primes varie en fonction de l'âge des personnes à assurer. Se référer à l'exposé et au contrat.

Individuelle  
Prime payable:  en 20 ans  jusqu'à 65 ans  à vie  
Minimum 25 ans

Conjointe  
Prime payable:  en 20 ans  jusqu'à 65 ans  à vie  
Minimum 25 ans\*

Capital payable:  
 au 1<sup>er</sup> décès  
 au 2<sup>e</sup> décès, primes payables jusqu'au 1<sup>er</sup> décès  
 au 2<sup>e</sup> décès, primes payables jusqu'au 2<sup>e</sup> décès

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Individuelle  
Prime payable:  en 20 ans  jusqu'à 65 ans  à vie  
Minimum 25 ans

Conjointe  
Prime payable:  en 20 ans  jusqu'à 65 ans  à vie  
Minimum 25 ans\*

Capital payable:  
 au 1<sup>er</sup> décès  
 au 2<sup>e</sup> décès, primes payables jusqu'au 1<sup>er</sup> décès  
 au 2<sup>e</sup> décès, primes payables jusqu'au 2<sup>e</sup> décès

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

#### T100

Enrichie  
 Pure

Individuelle  
 Conjointe  
Capital payable:  
 au 1<sup>er</sup> décès  
 au 2<sup>e</sup> décès, primes payables jusqu'au 1<sup>er</sup> décès  
 au 2<sup>e</sup> décès, primes payables jusqu'au 2<sup>e</sup> décès

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Individuelle  
 Conjointe  
Capital payable:  
 au 1<sup>er</sup> décès  
 au 2<sup>e</sup> décès, primes payables jusqu'au 1<sup>er</sup> décès  
 au 2<sup>e</sup> décès, primes payables jusqu'au 2<sup>e</sup> décès

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

#### ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

##### Temporaire fixe

Enrichie  
 Pure

Individuelle  Conjointe au 1<sup>er</sup> décès  
Terme:  10 ans  20 ans  25 ans  30 ans  35 ans  
Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Individuelle  Conjointe au 1<sup>er</sup> décès  
Terme:  10 ans  20 ans  25 ans  30 ans  35 ans  
Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

 S'il s'agit d'un avenant temporaire fixe, remplir la section 3.2.

##### Temporaire décroissante enrichie

Individuelle  Conjointe au 1<sup>er</sup> décès  
Terme:  15 ans  20 ans  25 ans  30 ans  35 ans  
Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Individuelle  Conjointe au 1<sup>er</sup> décès  
Terme:  15 ans  20 ans  25 ans  30 ans  35 ans  
Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

### 3 CHOIX DES GARANTIES (suite)

#### 3.1 GARANTIES PRINCIPALES (suite)

PERSONNE À ASSURER 1

PERSONNE À ASSURER 2

#### MALADIES GRAVES

**!** Pour Second souffle simplifié, remplir la demande d'adhésion (T066).

Temporaire fixe à 75 ans

Prime payable:

en 15 paiements  jusqu'à 65 ans  jusqu'à l'expiration

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Remboursement des primes au décès

Remboursement des primes au rachat ou à l'expiration

Si les primes sont payables jusqu'à l'expiration, choisir le moment où le pourcentage de remboursement des primes au rachat ou à l'expiration sera égal à 100 % des primes payées. Certaines conditions s'appliquent.  
 Durée 15 ans  À l'expiration

Prime payable:

en 15 paiements  jusqu'à 65 ans  jusqu'à l'expiration

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Remboursement des primes au décès

Remboursement des primes au rachat ou à l'expiration

Si les primes sont payables jusqu'à l'expiration, choisir le moment où le pourcentage de remboursement des primes au rachat ou à l'expiration sera égal à 100 % des primes payées. Certaines conditions s'appliquent.  
 Durée 15 ans  À l'expiration

Temporaire fixe

Terme:  10 ans  20 ans  25 ans  30 ans  35 ans

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Terme:  10 ans  20 ans  25 ans  30 ans  35 ans

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Maladies graves enfant

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Option santé

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Option santé

#### 3.2 GARANTIES COMPLÉMENTAIRES ET AVENANTS

PERSONNE À ASSURER 1

PERSONNE À ASSURER 2

Avenant temporaire fixe

Terme:  10 ans  20 ans  25 ans  
 30 ans  35 ans

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Terme:  10 ans  20 ans  25 ans  
 30 ans  35 ans

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Rente d'invalidité

**!** Remplir obligatoirement la section 8.

\_\_\_\_\_ \$/mois

Durée de la garantie:

20 ans  25 ans  30 ans

Période maximale de versement:

2 ans  5 ans  Jusqu'à l'expiration

\_\_\_\_\_ \$/mois

Durée de la garantie:

20 ans  25 ans  30 ans

Période maximale de versement:

2 ans  5 ans  Jusqu'à l'expiration

Exonération des primes (EPI)

**!** Les renseignements personnels et médicaux du preneur doivent être fournis (sections 5 et 6).

**!** Non offerte lorsque le preneur est une entreprise ou lorsqu'il y a plus d'un preneur.

Invalidité du preneur

Invalidité ou décès du preneur

Invalidité du preneur

Invalidité ou décès du preneur

Décès ou mutilation par accident

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Garantie d'assurabilité

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Avenant Source revenu mensuel pour vos proches

**!** Non offert lorsque le preneur est une entreprise.

Durée fixe  Durée décroissante

Terme:  15 ans  20 ans  25 ans

Versement mensuel assuré: \_\_\_\_\_ \$

Durée fixe  Durée décroissante

Terme:  15 ans  20 ans  25 ans

Versement mensuel assuré: \_\_\_\_\_ \$

Avenant d'assurance Fracture accidentelle

Individuelle  Individuelle avec enfants\*

1 unité  2 unités

Individuelle  Individuelle avec enfants\*

1 unité  2 unités

Avenant d'assurance vie pour enfants **!** Remplir la section 3.3.

ENFANT À ASSURER 1

ENFANT À ASSURER 2

Avenant de maladies graves pour enfants\*

**!** Remplir le questionnaire relatif à l'avenant de maladies graves pour enfants (IND046F).

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

Nom: \_\_\_\_\_

Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_  
Année Mois Jour

Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$

\* Les enfants doivent être ceux de la personne à assurer, et ce, en vertu de leur acte de naissance ou par adoption légale.

### 3 CHOIX DES GARANTIES (suite)

#### 3.3 AVENANT D'ASSURANCE VIE POUR ENFANTS

##### 3.3.1 Identification des enfants de l'avenant d'assurance vie pour enfants



Les enfants doivent être ceux de la personne à assurer, et ce, en vertu de leur acte de naissance ou par adoption légale. Tous les enfants de moins de 18 ans de la personne à assurer doivent être identifiés. Lorsqu'il y a plus de 4 enfants, utiliser autant de propositions supplémentaires que nécessaire.

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance		
			Année	Mois	Jour
Enfant 1 _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _	_	_ _
Enfant 2 _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _	_	_ _
Enfant 3 _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _	_	_ _
Enfant 4 _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _	_	_ _

3.3.2 Capital assuré: \_\_\_\_\_ \$ Le capital assuré doit être le même pour tous les enfants.

##### 3.3.3 Taille et poids

ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT 4
Taille: _____ <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po	Taille: _____ <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po	Taille: _____ <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po	Taille: _____ <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po
Poids: _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	Poids: _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	Poids: _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb	Poids: _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb

##### 3.3.4 Renseignements sur le bénéficiaire Avant de désigner le bénéficiaire, lire la section 4.

Nom	Prénom	Date de naissance			Lien avec les enfants (au Québec lien avec le preneur)	Cocher une case	
		Année	Mois	Jour		Révocable	Irrévocable
_____	_____	_ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

##### 3.3.5 Autres assurances en vigueur ou à l'étude

ENFANT 1				
L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (VIE) ou d'assurance maladies graves (MG) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – <b>Si oui</b> , fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.				
VIE	MG	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	Année Mois À l'étude  _ _   _
ENFANT 2				
L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (VIE) ou d'assurance maladies graves (MG) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – <b>Si oui</b> , fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.				
VIE	MG	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	Année Mois À l'étude  _ _   _
ENFANT 3				
L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (VIE) ou d'assurance maladies graves (MG) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – <b>Si oui</b> , fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.				
VIE	MG	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	Année Mois À l'étude  _ _   _
ENFANT 4				
L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (VIE) ou d'assurance maladies graves (MG) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – <b>Si oui</b> , fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.				
VIE	MG	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	Année Mois À l'étude  _ _   _



## 4 RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

**Absence de désignation de bénéficiaire :** En l'absence de désignation de bénéficiaire, la prestation prévue sera payable au preneur, s'il est en vie, ou à sa succession.

**Bénéficiaire révocable/irrévocable :** La désignation de bénéficiaire est révocable à moins d'indication contraire. Au Québec, toutefois, si le preneur désigne la personne à laquelle il est marié ou uni civilement comme bénéficiaire, cette désignation est réputée irrévocable à moins que le preneur n'ait indiqué qu'il souhaite qu'elle soit RÉVOCABLE.

La désignation d'un bénéficiaire irrévocable entraîne des conséquences importantes. Notamment, le consentement de celui-ci sera nécessaire pour le remplacer ou pour effectuer certaines modifications ou transactions. Il est à noter qu'un bénéficiaire irrévocable mineur ne peut consentir à une modification ou à une transaction et ni les parents ni le tuteur ne peuvent signer à cette fin au nom de ce bénéficiaire irrévocable mineur.

**Bénéficiaire mineur :** À l'extérieur du Québec, si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est recommandé de nommer un fiduciaire. En nommant un fiduciaire, la prestation sera payable au fiduciaire qui la détiendra en fiducie pour le bénéficiaire mineur jusqu'à ce que celui-ci atteigne sa majorité (sans objet au Québec). Tout montant payable à un bénéficiaire devenu majeur sera payable directement à ce dernier. Au Québec, c'est le tuteur du bénéficiaire mineur qui recevra la prestation payable, à moins qu'une fiducie officielle n'ait été créée.

**Bénéficiaire subsidiaire :** Si le bénéficiaire prédécède l'assuré, la prestation prévue sera payable au bénéficiaire subsidiaire.

**Succession, héritiers légaux, ayants droit :** Les expressions « succession », « héritiers légaux » ou « ayants droit » désignent la succession, les héritiers légaux ou les ayants droit du preneur et non ceux de l'assuré.

### 4.1 ASSURANCE VIE

PERSONNE À ASSURER 1									
BÉNÉFICIAIRE									
Nom	Prénom	Date de naissance			Lien avec la personne à assurer 1 (au Québec lien avec le preneur)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %	
		Année	Mois	Jour		Révocable	Irrévocable		
_____	_____	_ _ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE									
_____	_____	_ _ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR (SANS OBJET AU QUÉBEC)									
Nom du bénéficiaire mineur		Prénom du bénéficiaire mineur		Nom du fiduciaire			Prénom du fiduciaire		
_____		_____		_____			_____		
PERSONNE À ASSURER 2									
BÉNÉFICIAIRE									
Nom	Prénom	Date de naissance			Lien avec la personne à assurer 1 (au Québec lien avec le preneur)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %	
		Année	Mois	Jour		Révocable	Irrévocable		
_____	_____	_ _ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE									
_____	_____	_ _ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR (SANS OBJET AU QUÉBEC)									
Nom du bénéficiaire mineur		Prénom du bénéficiaire mineur		Nom du fiduciaire			Prénom du fiduciaire		
_____		_____		_____			_____		

## 4 RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE (suite)

### 4.2 MALADIES GRAVES PROTECTION ENRICHIE ET MALADIES GRAVES ENFANT

#### Maladies graves protection enrichie

Pour la **prestation de maladies graves**, aucun bénéficiaire ne doit être désigné puisque la prestation est payable au preneur.

Si le **remboursement de primes au décès** a été choisi, un bénéficiaire doit être désigné.

Si le **remboursement des primes au rachat ou à l'expiration** a été choisi, le preneur est le bénéficiaire à moins qu'une désignation contraire soit faite.

#### Maladies graves enfant

Pour la **prestation de maladies graves** et pour l'**Option santé**, aucun bénéficiaire ne doit être désigné puisque la prestation est payable au preneur.

Pour la **prestation de décès**, un bénéficiaire doit être désigné.

#### PERSONNE À ASSURER 1

##### BÉNÉFICIAIRE

Nom	Prénom	Date de naissance			Lien avec la personne à assurer 1 (au Québec lien avec le preneur)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %	Remboursement de primes/prestation de décès
		Année	Mois	Jour		Révo-cable	Irrévo-cable		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès

##### BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIARE

_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès

##### FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR (SANS OBJET AU QUÉBEC)

Nom du bénéficiaire mineur	Prénom du bénéficiaire mineur	Nom du fiduciaire	Prénom du fiduciaire
_____	_____	_____	_____

#### PERSONNE À ASSURER 2

##### BÉNÉFICIAIRE

Nom	Prénom	Date de naissance			Lien avec la personne à assurer 1 (au Québec lien avec le preneur)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %	Remboursement de primes/prestation de décès
		Année	Mois	Jour		Révo-cable	Irrévo-cable		
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès

##### BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIARE

_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès

##### FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR (SANS OBJET AU QUÉBEC)

Nom du bénéficiaire mineur	Prénom du bénéficiaire mineur	Nom du fiduciaire	Prénom du fiduciaire
_____	_____	_____	_____



## 5 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (suite)

### 5.3 USAGE DE TABAC



À remplir obligatoirement pour toutes les personnes à assurer.

#### PERSONNE À ASSURER 1

Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous fumé la cigarette ou fait usage de toute autre forme de tabac ou de nicotine (incluant marijuana/cannabis contenant tout produit de tabac ou de nicotine), d'un substitut (gomme, timbre cutané), de cigarette électronique ou de vapoteuse ?

- Quotidiennement    Occasionnellement/socialement  
 Rarement    J'ai cessé de fumer dans les 12 derniers mois  
 J'ai cessé de fumer depuis plus de 12 mois    Je n'ai jamais fumé

#### PERSONNE À ASSURER 2

Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous fumé la cigarette ou fait usage de toute autre forme de tabac ou de nicotine (incluant marijuana/cannabis contenant tout produit de tabac ou de nicotine), d'un substitut (gomme, timbre cutané), de cigarette électronique ou de vapoteuse ?

- Quotidiennement    Occasionnellement/socialement  
 Rarement    J'ai cessé de fumer dans les 12 derniers mois  
 J'ai cessé de fumer depuis plus de 12 mois    Je n'ai jamais fumé

## 6 HABITUDES DE VIE ET RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX



Remplir la section 6 obligatoirement si les exigences de base sont les RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX. Si les exigences de base sont les RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX ou l'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE, remplir les sections 6.1 à 6.5 si les RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX sont choisis. Ne pas remplir la section 6 si l'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE est choisie.

### 6.1 HABITUDES DE VIE



Répondre à toutes les questions en cochant OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative, fournir des précisions à la section 6.3 ou remplir le questionnaire demandé.

PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
Oui	Non	Oui	Non

#### 6.1.1 Usage d'alcool

- a) Au cours de 12 derniers mois, avez-vous consommé plus de 15 boissons alcooliques par semaine (1 boisson alcoolique = 1 petite bouteille de bière, 1 verre (6 onces) de vin ou 1 once de spiritueux) ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à la consommation de boissons alcooliques (IND031F)**.
- b) Au cours des 5 dernières années, votre consommation d'alcool a-t-elle changé ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à la consommation de boissons alcooliques (IND031F)**.
- c) Avez-vous déjà reçu un traitement ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement ou de consulter un médecin concernant votre consommation d'alcool ? **Si oui**, fournir les détails suivants : dates et raisons des consultations et tout autre renseignement.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 6.1.2 Usage de drogues ou d'opiacés

- a) Faites-vous ou avez-vous fait, au cours des 12 derniers mois, usage de marijuana, de cannabis ou de haschich plus de 3 fois (1,5 gr) par semaine ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à l'usage de drogues ou d'opiacés (IND021F)**.
- b) Faites-vous ou avez-vous fait usage de drogues ou d'opiacés, de stupéfiants tels que cocaïne, LSD, barbituriques, amphétamines ou autres substances similaires ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à l'usage de drogues ou d'opiacés (IND021F)**.
- c) Avez-vous déjà reçu un traitement ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement ou de consulter un médecin concernant votre consommation de drogue ? **Si oui**, fournir les détails suivants : dates et raisons des consultations et tout autre renseignement.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 6.1.3 Conduite automobile

- a) Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à la conduite automobile (IND020F)**.
- b) Au cours des 5 dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à la conduite automobile (IND020F)**.
- c) Au cours des 5 dernières années, avez-vous été reconnu coupable de 3 infractions ou plus au code de la route ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à la conduite automobile (IND020F)**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**6.1.4 Dossier criminel :** Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle quelconque ? **Si oui**, préciser pour chacune des infractions, la nature, la date, la sentence et la probation.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**6.1.5 Envolées aériennes :** Avez-vous l'intention de faire ou avez-vous fait au cours des 2 dernières années des envolées aériennes autrement que comme passager ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif à l'aviation (IND024F)**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

## 6 HABITUDES DE VIE ET RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

### 6.1 HABITUDES DE VIE (suite)

**6.1.6 Sports hasardeux :** Avez-vous l'intention de faire ou avez-vous fait au cours des 2 dernières années de l'alpinisme (**IND023F**), du ski extrême (**IND029F**), de la motoneige extrême (**IND029F**), des courses de véhicules motorisés (**IND025F**), du deltaplane (**IND026F**), du parachutisme (**IND027F**), de la plongée sous-marine (**IND028F**), toute autre activité ou sport hasardeux (**IND029F**) ? **Si oui**, remplir le questionnaire approprié.

PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
Oui	Non	Oui	Non

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### 6.1.7 Voyage ou résidence à l'étranger

a) Prévoyez-vous de voyager ou de résider dans un des pays suivants : Afghanistan, Burundi, Corée du Nord, Iran, Irak, Libye, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, Somalie, Soudan Sud, Syrie, Tchad, Yémen ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

b) Au cours des 2 prochaines années, prévoyez-vous de voyager ou de résider à l'étranger ailleurs que dans les régions suivantes : États-Unis, Union européenne, Royaume-Uni, Japon, Australie, Nouvelle-Zélande, Caraïbes (avec une formule de voyage tout inclus) ? **Si oui**, répondre aux questions b1 et b2.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

b1. Est-ce pour le travail ou pour affaires ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif aux voyages et à la résidence à l'étranger (IND032F)**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

b2. Est-ce pour une période de 12 semaines ou plus par année ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif aux voyages et à la résidence à l'étranger (IND032F)**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

### 6.2 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX



Répondre à toutes les questions en cochant OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative :  
 – Encercler la maladie, l'affection ou la situation concernée.  
 – Fournir des précisions à la section 6.3 « Renseignements supplémentaires » ou remplir le questionnaire demandé.

PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
Oui	Non	Oui	Non

**6.2.1 Avez-vous déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes pour l'une ou l'autre des maladies énumérées ci-dessous ?**

a) SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE :

a1. Tension artérielle élevée ? **Si oui**, préciser le nombre de médicaments prescrits pour contrôler cette affection et indiquer si cette affection est bien contrôlée par votre médication à la section 6.3.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

a2. Taux de cholestérol ou de triglycérides élevé, douleurs à la poitrine, palpitations, rythme cardiaque irrégulier, souffle au cœur, rhumatisme articulaire aigu, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, anévrisme ou autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

b) SYSTÈME RESPIRATOIRE :

b1. Asthme, emphysème, essoufflement, bronchite chronique ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif aux troubles respiratoires (IND014F)**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

b2. Apnée obstructive du sommeil ? **Si oui**, indiquer si vous suivez un traitement par C-Pap pour cette affection, depuis combien d'années ainsi que le degré de sévérité de vos symptômes (asymptomatique ; léger ; modéré ; sévère) à la section 6.3.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

b3. Autre trouble respiratoire ou pulmonaire ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif aux troubles respiratoires (IND014F)**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

c) SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL :

c1. Hépatite, cirrhose du foie, pancréatite ou trouble du foie ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

c2. Colite ulcéreuse, maladie de Crohn, hémorragie, trouble de l'œsophage, de l'estomac, de la vésicule biliaire ou des intestins ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif aux maladies intestinales (IND018F)**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

d) SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE : Anomalies dans l'urine, trouble des reins, de la vessie, de la prostate, des organes génitaux, maladies sexuellement transmissibles ou Pap test anormal ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

e) SYSTÈME ENDOCRINIEN :

e1. Trouble de la thyroïde ou autre affection glandulaire ?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

e2. Diabète ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif au diabète (IND015F)**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

f) SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE :

f1. Douleur ou trouble du dos ou du cou ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif aux troubles du dos ou du cou (IND013F)**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

f2. Arthrite, goutte, bursite, tendinite, entorse ou autre trouble des muscles, des ligaments, des os ou des articulations ? **Si oui**, remplir le **questionnaire relatif aux troubles musculo-squelettiques (IND012F)**.

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6.2 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (suite)

g) SYSTÈME NERVEUX:

- g1. Épilepsie ? **Si oui**, remplir le *questionnaire relatif à l'épilepsie (IND134F)*.
- g2. Paralyse, sclérose en plaques, coma, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, étourdissements, pertes d'équilibre, névrite optique, vue brouillée, engourdissements, fourmillements ou tout autre trouble neurologique ?

h) SANTÉ MENTALE :

- h1. Dépression, épuisement professionnel, insomnie, trouble d'adaptation, anxiété, fatigue/surmenage, stress, dépression du post-partum ou tout autre trouble psychologique, psychiatrique ou mental ? **Si oui**, remplir le *questionnaire relatif aux troubles psychologiques (IND017F)*.

- i) SYSTÈME IMMUNITAIRE : Lupus, parasida (ARS), SIDA ou test permettant de vérifier la possibilité d'une exposition au SIDA ou au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ou tout autre trouble du système immunitaire ?

j) CANCER OU TUMEUR :

- j1. Kyste au sein ou kyste ovarien ? **Si oui**, préciser le degré de sévérité (bénin; malin) et indiquer si vous avez déjà subi une intervention chirurgicale/exérèse pour cette affection à la section 6.3.
- j2. Polype ? **Si oui**, préciser pour quelle partie du corps (nez ; colon ; utérus ; autre) à la section 6.3.
- j3. Leucémie, cancer, kyste, nodule, troubles des ganglions, tumeur (bénigne ou maligne), autres ? **Si oui**, fournir tous les détails à la section 6.3.

- k) GÉNÉRAL : Anémie ou autre maladie du sang, maladie ou lésion anormale de la peau, affection des yeux, des oreilles, des seins (incluant masses) ?

- l) Avez-vous déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes pour un autre désordre physique ou mental non mentionné dans les questions précédentes ?

6.2.2 GROSSESSE ET ACCOUCHEMENT

- a) Êtes-vous enceinte ?

a1. **Si oui**, quelle est la date prévue de l'accouchement ?

PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Année Mois		Année Mois	

- b) Avez-vous déjà eu des complications durant une grossesse ou au moment d'un accouchement (diabète gestationnel, prééclampsie, césarienne, dépression du post-partum, etc.) ?

6.2.3 MÉDECINS, TESTS ET CONSULTATIONS MÉDICALES

- a) Au cours des 2 dernières années, avez-vous consulté un médecin pour des raisons autres que des examens de routine annuels ou des conditions bénignes (rhume, grippe, infection des voies respiratoires, etc.) ? **Si oui**, fournir les dates et les raisons des consultations et votre état actuel.

- b) Au cours des 2 dernières années, avez-vous passé des tests de routine (bilan sanguin, test d'urine, Pap test) ou des examens de dépistage recommandés en raison de votre âge (mammographie, coloscopie, examen de la prostate) ?

b1. **Si oui**, est-ce que les résultats étaient normaux ? **Si non**, fournir les dates et les détails sur les anomalies des tests de suivis.

- c) Au cours des 5 dernières années, avez-vous passé un électrocardiogramme, une radiographie, une tomographie (CT scan), une imagerie par résonance magnétique (IRM), une mammographie, une échographie des seins, des tests sanguins, des examens de contrôle, de dépistage ou des tests diagnostiques ? **Si oui**, fournir les dates, les résultats et tout autre renseignement.

- d) Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté ou vous a-t-on conseillé de consulter un médecin ou un spécialiste ou de suivre un traitement à la suite d'une anomalie découverte lors d'une échographie des seins, d'une biopsie, d'une mammographie ou d'un Pap test ? **Si oui**, fournir le résultat, le diagnostic, la date du diagnostic, les dates et raisons des consultations et tout autre renseignement.

- e) Au cours des 5 dernières années, avez-vous été admis comme patient dans un hôpital ou une clinique ? **Si oui**, fournir le nom et l'adresse de l'hôpital ou de la clinique, la date de l'admission et tout autre renseignement.

- f) Présentez-vous des symptômes ou des signes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté ou devez-vous consulter ou vous a-t-on recommandé de consulter un médecin ou un spécialiste, de suivre un traitement, de subir une opération, des examens de contrôle ou des tests diagnostiques qui n'ont pas encore été effectués ? **Si oui**, fournir les signes et symptômes, les dates et les raisons des consultations à venir et tout autre renseignement.

PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 7 SECTION ADDITIONNELLE POUR LES PERSONNES À ASSURER DE MOINS DE 18 ANS (ENFANTS À ASSURER)



À remplir obligatoirement pour toutes les personnes à assurer de moins de 18 ans.

### 7.1 FRÈRES ET SŒURS DE L'ENFANT À ASSURER

L'enfant à assurer a-t-il des frères et sœurs ?

Si oui, combien ?

ENFANT À ASSURER 1

Oui Non

ENFANT À ASSURER 2

Oui Non

### 7.2 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE DES MEMBRES DE LA FAMILLE DE L'ENFANT À ASSURER

ENFANT À ASSURER 1

Inscrire ci-dessous toute assurance vie (VIE), maladies graves (MG) ou invalidité (AI) en vigueur ou à l'étude sur la vie des parents, des frères et sœurs.

Nom du membre de la famille de l'enfant à assurer	Lien de parenté avec l'enfant à assurer	VIE	MG	AI	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année d'émission	À l'étude
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/>

ENFANT À ASSURER 2

Inscrire ci-dessous toute assurance vie (VIE), maladies graves (MG) ou invalidité (AI) en vigueur ou à l'étude sur la vie des parents, des frères et sœurs.

Nom du membre de la famille de l'enfant à assurer	Lien de parenté avec l'enfant à assurer	VIE	MG	AI	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année d'émission	À l'étude
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	____ ____ ____ ____	<input type="checkbox"/>

### 7.3 RENSEIGNEMENTS FINANCIERS DES PARENTS DE L'ENFANT À ASSURER

À remplir si le capital assuré demandé est supérieur à 100 000 \$.

7.3.1 Revenu annuel des parents : \_\_\_\_\_ \$

7.3.2 Valeur nette (actif-passif) des parents : \_\_\_\_\_ \$

### 7.4 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX DE L'ENFANT À ASSURER



Répondre à toutes les questions en cochant OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative :

- Encercler la maladie, l'affection ou la situation concernée.
- Fournir des précisions à la section 7.5 « Renseignements supplémentaires ».

ENFANT À ASSURER 1

Oui Non

ENFANT À ASSURER 2

Oui Non

7.4.1 L'enfant à assurer a-t-il déjà consulté un médecin ou eu un diagnostic ou a-t-il déjà présenté des signes ou des symptômes concernant ce qui suit :

a) Malformation cardiaque ou autre anomalie congénitale ?

b) Paralysie cérébrale, sclérose latérale amyotrophique, dystrophie musculaire, fibrose kystique ou retard du développement physique ou mental ?

7.4.2 L'enfant à assurer est-il âgé de moins de 1 an ?

Si oui, est-il né plus de 4 semaines avant terme ?

### 7.5 RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire datée et dûment signée.

Question n° Nom de l'enfant à assurer

Diagnostic, date du diagnostic, dates des consultations, raisons, résultats, hospitalisations, chirurgies, noms et adresses des médecins ou hôpitaux consultés ou tout autre renseignement

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

PERSONNE À ASSURER 1

8.1 BUT DE LA DEMANDE

Couvrir un emprunt

 Joindre une preuve du prêt provenant d'une institution financière précisant le nom des emprunteurs, la date et le solde du prêt ainsi que le montant du versement mensuel.

- Prêt hypothécaire     Prêt personnel     Prêt agricole  
 Prêt commercial     Marge de crédit

Remboursement mensuel (capital + intérêts)  
 ou solde actuel de la marge de crédit utilisée: \_\_\_\_\_ \$

Prêt déjà assuré en cas d'invalidité?     Oui     Non

Cette assurance prêt sera-t-elle annulée?     Oui     Non

Couvrir un bail  Joindre une copie du bail.



RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, PEU IMPORTE LE BUT DE LA DEMANDE.

8.2 Nature de l'entreprise (secteur d'activité):  
 \_\_\_\_\_

8.3 Si vous êtes un travailleur autonome, quel est le pourcentage de vos parts dans l'entreprise? \_\_\_\_\_ %

8.4 Nombre d'années chez cet employeur ou à votre compte: \_\_\_\_\_

8.5 Travaillez-vous 20 heures ou plus par semaine?     Oui     Non

8.6 Travaillez-vous 39 semaines (9 mois) ou plus par année?     Oui     Non

8.7 Travaillez-vous depuis 12 mois ou plus avec cet employeur?     Oui     Non

8.8 S'agit-il d'un emploi temporaire ou permanent?  
 Temporaire     Permanent

8.9 Quel emploi occupez-vous (titre):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8.10 Décrire sommairement vos tâches:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8.11 Quel pourcentage de votre travail est considéré comme manuel? \_\_\_\_\_ %

8.12 Avez-vous de l'assurance invalidité (incluant l'assurance prêt/crédit) en vigueur ou à l'étude?     Oui     Non    **Si oui:**

Année d'établissement	Nom de la compagnie d'assurance	Prestation mensuelle
_____	_____	_____ \$/mois
_____	_____	_____ \$/mois

Remarques additionnelles  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

PERSONNE À ASSURER 2

8.1 BUT DE LA DEMANDE

Couvrir un emprunt

 Joindre une preuve du prêt provenant d'une institution financière précisant le nom des emprunteurs, la date et le solde du prêt ainsi que le montant du versement mensuel.

- Prêt hypothécaire     Prêt personnel     Prêt agricole  
 Prêt commercial     Marge de crédit

Remboursement mensuel (capital + intérêts)  
 ou solde actuel de la marge de crédit utilisée: \_\_\_\_\_ \$

Prêt déjà assuré en cas d'invalidité?     Oui     Non

Cette assurance prêt sera-t-elle annulée?     Oui     Non

Couvrir un bail  Joindre une copie du bail.

8.2 Nature de l'entreprise (secteur d'activité):  
 \_\_\_\_\_

8.3 Si vous êtes un travailleur autonome, quel est le pourcentage de vos parts dans l'entreprise? \_\_\_\_\_ %

8.4 Nombre d'années chez cet employeur ou à votre compte: \_\_\_\_\_

8.5 Travaillez-vous 20 heures ou plus par semaine?     Oui     Non

8.6 Travaillez-vous 39 semaines (9 mois) ou plus par année?     Oui     Non

8.7 Travaillez-vous depuis 12 mois ou plus avec cet employeur?     Oui     Non

8.8 S'agit-il d'un emploi temporaire ou permanent?  
 Temporaire     Permanent

8.9 Quel emploi occupez-vous (titre):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8.10 Décrire sommairement vos tâches:  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

8.11 Quel pourcentage de votre travail est considéré comme manuel? \_\_\_\_\_ %

8.12 Avez-vous de l'assurance invalidité (incluant l'assurance prêt/crédit) en vigueur ou à l'étude?     Oui     Non    **Si oui:**

Année d'établissement	Nom de la compagnie d'assurance	Prestation mensuelle
_____	_____	_____ \$/mois
_____	_____	_____ \$/mois

Remarques additionnelles  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## 9 QUESTIONS LIÉES AU CERTIFICAT CONDITIONNEL DE PROTECTION PROVISOIRE



À remplir pour toutes les personnes à assurer

Remettre au preneur le certificat conditionnel de protection provisoire si les réponses à toutes les questions de cette section sont NON.

	PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes concernant ce qui suit ?				
9.1	Troubles cardiaques ou vaisseaux sanguins, y compris l'hypertension ou une tension artérielle élevée, douleurs thoraciques, angine, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral, cancer ou tumeur, SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), para-SIDA (syndrome apparenté au SIDA) ou tout autre trouble immunitaire, diabète, insuffisance rénale ou pulmonaire chronique, maladie chronique du foie, sclérose en plaques, paralysie, maladie de Parkinson ou maladie d'Alzheimer ?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2	Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consulté ou été traité par un médecin ou autre praticien pour une raison autre qu'une grossesse sans complication ou une condition mineure pour laquelle aucune autre visite de suivi n'a été fixée ou prévue ou pour laquelle des résultats sont inconnus à ce jour ?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3	Avez-vous eu une demande d'assurance vie, invalidité, maladies graves, soins de longue durée, individuelle ou collective, refusée, modifiée, annulée, différée ou qui a fait l'objet d'une surprime depuis moins de 3 ans ?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4	Avez-vous été ou êtes-vous présentement en arrêt de travail pour invalidité ?			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## 12 AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS AU CONSEILLER OU À L'AGENT GÉNÉRAL

Le preneur et la personne à assurer autorisent l'Assureur à divulguer au conseiller ou à l'agent général les renseignements personnels recueillis sur la proposition ou au cours du processus d'évaluation du risque et qui pourraient avoir une incidence sur la prime ou l'émission du contrat. Ces renseignements sont notamment les résultats de tests médicaux ou de tests de laboratoire, les antécédents médicaux, criminels, de travail, de consommation d'alcool ou d'usage de drogues, les renseignements financiers ou tout autre élément considéré lors de l'évaluation de la proposition.

**L'Assureur peut choisir de ne pas divulguer de renseignements au conseiller ou à l'agent général même si cette autorisation est signée.**

Cette autorisation demeurera en vigueur 45 jours après l'émission du contrat ou l'envoi d'un avis de refus d'établir le contrat demandé. Cette autorisation peut être annulée en tout temps par l'envoi d'un avis écrit à l'Assureur.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

### SIGNATURE DU PRENEUR 1

X

Signature du preneur 1

### SIGNATURE DU PRENEUR 2

X

Signature du preneur 2

### SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 1

X

Signature de la personne à assurer 1 ou de son tuteur légal si la personne à assurer 1 a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

### SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 2

X

Signature de la personne à assurer 2 ou de son tuteur légal si la personne à assurer 2 a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

## 13 DÉCLARATIONS ET SIGNATURES DE LA PROPOSITION

Le preneur et la personne à assurer déclarent que toutes les réponses et explications données dans cette proposition et, le cas échéant, dans tout autre formulaire s'y rapportant incluant toute entrevue téléphonique ou en personne, sont complètes et véridiques, sachant que l'Assureur se base sur celles-ci pour établir le contrat.

Le preneur et la personne à assurer 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 une personne à assurer aux termes du contrat demandé, le contrat sera nul quant à cette personne à assurer.

Sous réserve des conditions générales du contrat et des conditions du certificat conditionnel de protection provisoire, s'il a été émis, le preneur et la personne à assurer conviennent que l'assurance prendra effet globalement à la date d'acceptation de la proposition par l'Assureur pourvu que cette dernière ait été acceptée sans modification, que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit survenu dans le caractère assurable du risque de la personne à assurer depuis la signature de la proposition.

Le preneur et la personne à assurer conviennent que le suicide d'une personne à assurer qui survient au cours des deux premières années suivant la date de prise d'effet de toute garantie d'assurance sur la vie établie pour cette personne est cause de nullité du contrat quant à cette personne et que la seule obligation de l'Assureur se limite au remboursement des primes payées pour cette garantie.

Le preneur reconnaît avoir pris connaissance de l'exposé d'assurance contenant des renseignements sur la garantie demandée dont, entre autres, les éléments garantis et non garantis et les restrictions, réductions et exclusions applicables, le cas échéant. Le preneur reconnaît que son conseiller lui a fourni des explications satisfaisantes.

Si le certificat conditionnel de protection provisoire a été émis, le preneur reconnaît l'avoir lu et compris.

Le preneur et la personne à assurer reconnaissent avoir reçu et lu le Préavis du MIB, Inc., l'Avis concernant l'enquête, l'examen médical et les tests, l'entrevue téléphonique ou en personne et l'Avis concernant la protection des renseignements personnels.

La personne à assurer autorise l'Assureur et ses réassureurs aux fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conformité réglementaire et contractuelle, d'offre de produits d'assurance et de services financiers et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations à obtenir et utiliser toute information détenue par toute agence d'évaluation de crédit aux fins susmentionnées. Cette autorisation vaut pour la période nécessaire à l'atteinte des fins auxquelles elle a été demandée.

Au surplus, la personne à assurer consent à ce que le preneur souscrive cette assurance.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

### SIGNATURE DU PRENEUR 1

X

Signature du preneur 1

### SIGNATURE DU PRENEUR 2

X

Signature du preneur 2

### SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 1

X

Signature de la personne à assurer 1 ou de son tuteur légal si la personne à assurer 1 a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

### SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 2

X

Signature de la personne à assurer 2 ou de son tuteur légal si la personne à assurer 2 a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

### SIGNATURE DU CONSEILLER

X

Signature du conseiller

# La Capitale

625, rue Jacques-Parizeau, C.P. 16040  
Québec (Québec) G1K 7X8

**14 AUTORISATION**

1. Aux fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conformité réglementaire et contractuelle, d'offre de produits d'assurance et de services financiers et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations, j'autorise toute personne physique ou morale et tout organisme public ou parapublic détenant des renseignements sur mon compte dont notamment tout professionnel de la santé et tout établissement de santé, le MIB, Inc., toute institution financière, toute agence d'évaluation de crédit, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout agent de renseignement ou toute agence d'investigation, mon employeur ou mes employeurs précédents, à communiquer ces renseignements à l'Assureur ou à ses réassureurs. J'autorise également l'Assureur et ses réassureurs aux mêmes fins à communiquer auxdites personnes ou auxdits organismes dont le MIB, Inc. les renseignements qu'ils détiennent sur mon compte.
2. Aux mêmes fins, j'autorise l'Assureur ou ses réassureurs à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet et à faire un bref rapport donnant des renseignements personnels sur ma santé au MIB, Inc.
3. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.
4. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

**SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 1**

 \_\_\_\_\_  
Signature de la personne à assurer 1 (autorisée à signer si âgée de 14 ans ou plus au Québec et si âgée de 16 ans ou plus à l'extérieur du Québec)

 \_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur légal si la personne à assurer 1 est mineure

\_\_\_\_\_  
Nom du parent ou du tuteur légal signataire (en caractères d'imprimerie)

**SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 2**

 \_\_\_\_\_  
Signature de la personne à assurer 2 (autorisée à signer si âgée de 14 ans ou plus au Québec et si âgée de 16 ans ou plus à l'extérieur du Québec)

 \_\_\_\_\_  
Signature du parent ou du tuteur légal si la personne à assurer 2 est mineure

\_\_\_\_\_  
Nom du parent ou du tuteur légal signataire (en caractères d'imprimerie)

**SIGNATURE DU CONSEILLER**

 \_\_\_\_\_  
Signature du conseiller

# La Capitale

625, rue Jacques-Parizeau, C.P. 16040  
Québec (Québec) G1K 7X8

Remettre au preneur seulement si la personne à assurer a répondu NON aux questions de la section 9.

Le certificat conditionnel de protection provisoire (le certificat) garantit une protection d'assurance limitée pendant que la proposition d'assurance identifiée par le numéro au bas de cette page est à l'étude par l'Assureur. Le fait d'être couvert par le certificat ne garantit pas que la proposition sera acceptée.

#### Prise d'effet du certificat

Pour que le certificat prenne effet, les conditions suivantes doivent être respectées :

- la personne à assurer a répondu « non » aux questions liées au certificat ;
- les réponses données à toutes les questions sont complètes et exactes ;
- le paiement de la première prime annuelle a été effectué ou l'accord de débits préautorisés (DPA) a été dûment rempli et signé ; et
- le preneur ne doit pas avoir demandé que la date de prise d'effet du contrat soit à une date spécifique ultérieure.

Sous réserve du respect des conditions énumérées ci-dessus, le certificat prend effet à la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de signature de la proposition dûment remplie ;
- la date à laquelle le tout dernier test ou examen ou entrevue téléphonique ou déclaration ou formulaire nécessaire à l'étude de la proposition a été complété ou rempli.

#### Fin du certificat

L'assurance provisoire que procure ce certificat prend fin au plus rapproché des événements suivants :

- la date de prise d'effet du contrat demandé ;
- la date de l'envoi par l'Assureur au conseiller d'une contre-proposition ;
- la date de l'envoi par l'Assureur au preneur d'un avis de refus d'établir le contrat demandé ;
- la date de l'envoi par l'Assureur au conseiller ou au preneur d'un avis de sa décision de mettre fin à ce certificat ;
- la date à laquelle le preneur demande l'annulation de la proposition ;
- le 60<sup>e</sup> jour suivant la date de prise d'effet du certificat.

#### 15.1 – Conditions et exclusions relatives à l'assurance vie

Si une personne à assurer décède pendant que le certificat est en vigueur à son égard, le versement du montant d'assurance sera effectué, comme si le contrat demandé avait été établi, sous réserve des conditions et exclusions énoncées audit contrat et au certificat, ces dernières ayant priorité.

Aucun montant d'assurance ne sera payable en vertu du certificat si la personne à assurer est âgée de moins de 15 jours ou de plus de 64 ans.

Aucun montant d'assurance ne sera payable en vertu du certificat en cas de fausse déclaration, d'omission, de réticence ou de fraude dans la proposition ou dans tout autre document qui en fait partie.

À la date de prise d'effet du certificat, la personne à assurer doit constituer un risque assurable au taux normal selon les normes de l'Assureur.

En cas de suicide de la personne à assurer, qu'elle soit saine d'esprit ou non, le certificat devient nul et la seule responsabilité de l'Assureur se limite à rembourser la prime payée, le cas échéant.

Les seuls garanties complémentaires et avenants visés par la section 15.1 sont ceux comportant une garantie d'assurance vie (excluant le décès accidentel).

Le montant d'assurance payable par personne à assurer en vertu du certificat ou de tout autre certificat en vigueur chez l'Assureur correspond au moindre des montants suivants :

- le montant d'assurance demandé MOINS toute portion du montant d'assurance demandé provenant de l'exercice d'un droit de transformation, de l'exercice d'une option d'assurabilité garantie ou d'un remplacement de contrats en vigueur chez l'Assureur ;
- 500 000 \$.

#### 15.2 – Conditions et exclusions relatives à une garantie de rente d'invalidité

Si une personne à assurer devient en état d'invalidité totale pendant que le certificat est en vigueur à son égard, l'Assureur procède à l'étude du dossier de cette personne en se basant sur ses critères de sélection habituels sans toutefois tenir compte de tout changement dans le caractère assurable du risque de cette personne survenu après la prise d'effet du certificat à son égard.

Ainsi, dans le cas où, à la date de prise d'effet du certificat et **sous réserve de la prise d'effet du contrat d'assurance vie auquel la garantie de rente d'invalidité est rattachée,**

- l'Assureur aurait émis une garantie de rente d'invalidité standard, une garantie de rente d'invalidité est émise conformément à la proposition ;
- l'Assureur aurait émis une garantie de rente d'invalidité réduite ou modifiée, une garantie de rente d'invalidité réduite ou modifiée est émise ;
- l'Assureur n'aurait pas émis de garantie de rente d'invalidité, aucune garantie n'est émise et le certificat prend fin.

**Si aux termes du certificat une garantie de rente d'invalidité est émise, celle-ci comportera les mêmes conditions que la garantie demandée, dont le délai de carence, sous réserve des conditions et exclusions du certificat, ces dernières ayant priorité.**

Si une personne à assurer ne devient pas en état d'invalidité totale pendant que le certificat est en vigueur à son égard, tout changement dans le caractère assurable du risque de cette personne survenu après la date de signature de la proposition, sera pris en considération pour déterminer si une garantie de rente d'invalidité est émise et, le cas échéant, à quelles conditions.

Aucun montant de rente d'invalidité ne sera payable en vertu du certificat si la personne à assurer est âgée de moins de 18 ans ou de plus de 55 ans.

Aucun montant de rente d'invalidité ne sera payable en vertu du certificat en cas de fausse déclaration, d'omission, de réticence ou de fraude dans la proposition ou dans tout autre document qui en fait partie.

Aucun montant de rente d'invalidité ne sera payable en vertu du certificat, si l'invalidité de la personne à assurer résulte d'une blessure auto-infligée volontairement ou d'une tentative de suicide, que la personne à assurer soit saine d'esprit ou non ; de blessures subies au moment où la personne à assurer conduit un véhicule alors qu'elle est sous l'influence d'alcool excédant la limite légale ou de drogues ; d'une grossesse, sauf les complications en découlant ; de l'absorption volontaire de poison ou de l'inhalation volontaire de gaz ; de l'absorption de narcotiques ou d'autres drogues, avec ou sans ordonnance médicale, pris en quantité telle qu'ils deviennent toxiques ; de blessures subies à l'occasion d'une opération militaire ou de sa participation à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection ; de sa participation directe ou indirecte à un acte criminel, à un sport hasardeux ou à une envolée autrement que comme passager ordinaire sur un vol régulier.

Le montant de rente d'invalidité payable par personne à assurer en vertu du certificat ou de tout autre certificat en vigueur chez l'Assureur correspond au moindre des montants suivants :

- le montant de rente d'invalidité demandé MOINS toute portion du montant de rente d'invalidité demandé provenant d'un remplacement de contrats en vigueur chez l'Assureur ;
- 2 000 \$ par mois.

**15.3 – Conditions et exclusions relatives à une assurance de maladies graves**

Si une personne à assurer contracte une maladie grave ou subit une intervention chirurgicale assurées pendant que le certificat est en vigueur à son égard, le versement du montant d'assurance sera effectué, comme si le contrat demandé avait été établi, sous réserve des conditions et exclusions énoncées audit contrat et au certificat, ces dernières ayant priorité.

Aucun montant d'assurance ne sera payable en vertu du certificat si la personne à assurer est âgée de moins de 31 jours ou de plus de 60 ans.

Aucun montant d'assurance ne sera payable en vertu du certificat en cas de fausse déclaration, d'omission, de réticence ou de fraude dans la proposition ou dans tout autre document qui en fait partie.

À la date de prise d'effet du certificat, la personne à assurer doit constituer un risque assurable au taux normal selon les normes de l'Assureur.

Aucun montant d'assurance ne sera payable en vertu du certificat si la personne à assurer reçoit un diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne OU décède dans les 30 jours suivant la date du diagnostic d'une maladie grave ou d'une intervention chirurgicale assurées.

Aucun montant d'assurance ne sera payable en vertu du certificat, si la maladie grave ou l'intervention chirurgicale résulte d'une blessure auto-infligée volontairement ou d'une tentative de suicide, que la personne à assurer soit saine d'esprit ou non ; de la conduite d'un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie excédant la limite légale ; de l'usage d'alcool ou de drogues ; d'un acte de guerre déclarée ou non ; de sa participation directe ou indirecte à un acte criminel, à un sport hasardeux ou à une envolée autrement que comme passager ordinaire sur un vol régulier.

Les seuls garanties complémentaires et avenants visés par la section 15.3 sont ceux comportant une garantie de maladies graves.

Le montant d'assurance payable par personne à assurer en vertu du certificat ou de tout autre certificat en vigueur chez l'Assureur correspond au moindre des montants suivants :

- le montant d'assurance demandé MOINS toute portion du montant d'assurance demandé provenant d'un remplacement de contrats en vigueur chez l'Assureur ;
- 500 000 \$ MOINS tout autre capital assuré en vertu d'une assurance maladies graves payable par l'Assureur pour la personne à assurer.

Aucun conseiller ne peut modifier les conditions du certificat.

Inscrire le nom de la personne à assurer admissible\* à la protection provisoire :

\_\_\_\_\_

Nom de la personne à assurer admissible

\_\_\_\_\_

Nom de la personne à assurer admissible

\* En cas de réclamation, l'Assureur validera l'admissibilité de la personne à assurer.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

**SIGNATURE DU CONSEILLER**

 \_\_\_\_\_

Signature du conseiller

## À remettre au preneur et à la personne à assurer

**16.1 – Préavis du MIB, Inc.**

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 La Capitale transigent avec un organisme appelé « MIB, Inc. (MIB) ».

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, La Capitale ou ses réassureurs peuvent adresser un bref rapport à ce sujet au MIB, Inc. (MIB), un organisme sans but lucratif coordonnant l'échange de renseignements entre les compagnies d'assurance qui en sont membres. 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 [Canadadislosure@mib.com](mailto:Canadadislosure@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.

La Capitale, 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](http://www.mib.com).

**16.2 – Avis concernant l'enquête, l'examen médical et tests, l'entrevue téléphonique ou en personne**

Pour procéder à l'étude de votre demande d'assurance, il est possible que l'Assureur désire obtenir des renseignements additionnels.

**Enquête:** Un représentant d'une compagnie d'enquête peut vous contacter afin d'obtenir des renseignements d'ordre personnel et financier.

**Examen médical et tests:** Un médecin ou le personnel infirmier d'un organisme paramédical peut vous faire subir un examen médical, un électrocardiogramme, une radiographie pulmonaire ou tout autre test de diagnostic. Des échantillons de sang, d'urine ou de salive peuvent être prélevés. Des analyses pourront être effectuées en vue de déceler la présence des anticorps anti-VIH également appelé le virus du SIDA, déterminer le dosage du cholestérol ainsi que le dépistage de troubles hépatiques ou rénaux, de diabète, de nicotine, de drogues et de médicaments.

Avant d'effectuer un prélèvement, votre consentement écrit sera exigé.

Nous comptons sur votre collaboration pour que les rendez-vous soient pris rapidement, s'il y a lieu.

**Entrevue téléphonique ou en personne:** Une entrevue téléphonique ou en personne pourrait être nécessaire pour compléter votre demande d'assurance. Un évaluateur collaborant avec La Capitale communiquera alors avec vous afin de fixer un rendez-vous pour effectuer, selon les renseignements recueillis dans la proposition d'assurance, une entrevue téléphonique ou en personne. Cette entrevue devrait durer entre 30 minutes et 1 heure et vous devrez répondre à des questions ayant trait à vos antécédents médicaux (coordonnées complètes des médecins consultés au cours des 5 dernières années, liste des médicaments que vous prenez, votre taille et votre poids, etc.), à vos loisirs et à votre mode de vie. Il est donc important d'avoir en main tous les renseignements concernant ces questions. Votre évaluation comprendra aussi un bref exercice de mémoire. Une fois l'entrevue terminée, l'évaluateur ne sera pas en mesure de vous dire si vous êtes admissible ou non. Les renseignements obtenus seront ajoutés à ceux inclus dans la proposition ainsi qu'à ceux obtenus de votre médecin, le cas échéant.

**16.3 – Avis concernant la protection des renseignements personnels**

La protection de vos renseignements personnels est une priorité pour La Capitale. Vos renseignements personnels sont protégés par des standards de sécurité élevés, et ce, en conformité avec les lois et règlements applicables en matière de protection des renseignements personnels.

**Consentement à la collecte, à la communication, à l'utilisation et à la conservation de vos renseignements personnels**

La Capitale recueille, communique, utilise et conserve vos renseignements personnels à des fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conformité réglementaire et contractuelle, d'offre de produits d'assurance et de services financiers et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations, et ce, pour la durée nécessaire à la réalisation de ces fins.

La Capitale, ses sociétés affiliées et leurs réseaux de distribution accèdent, communiquent entre eux, utilisent et conservent vos renseignements personnels aux mêmes fins qu'énumérées précédemment. En conséquence, leurs employés, mandataires et fournisseurs de services pourront avoir accès à vos renseignements personnels, si leurs fonctions ou un contrat le requièrent.

**Objet du dossier, lieu de détention et accès à vos renseignements personnels**

La Capitale recueille, communique, utilise et conserve vos renseignements personnels dans le but de gérer votre dossier de services financiers, d'assurances, d'épargne, de rentes, de crédit ou d'autres services complémentaires.

Vos renseignements personnels sont conservés aux bureaux de La Capitale. Ceux-ci pourraient être transférés et utilisés de façon sécurisée à l'extérieur du Canada et être régis par les lois applicables dans ces pays.

Si vous désirez avoir accès à votre dossier ou en demander la rectification, vous devez en faire la demande écrite à l'adresse ci-dessous.

**La Capitale assureur de l'administration publique inc.**

Direction de l'assurance individuelle et services financiers  
625, rue Jacques-Parizeau, C.P. 16040  
Québec (Québec) G1K 7X8

# La Capitale

625, rue Jacques-Parizeau, C.P. 16040  
Québec (Québec) G1K 7X8



## 18 RAPPORT DU CONSEILLER

18.1 Les preneurs et les personnes à assurer parlent-ils ou lisent-ils la langue dans laquelle la présente proposition est rédigée ?  Oui  Non

Si non, qui a expliqué le contenu de la proposition aux preneurs et aux personnes à assurer ? \_\_\_\_\_

Selon vous, ont-ils compris les explications données ?  Oui  Non Fournir des précisions, le cas échéant : \_\_\_\_\_

18.2 Avez-vous rempli la présente proposition en présence des preneurs et des personnes à assurer ?  Oui  Non

Si non, préciser : \_\_\_\_\_

	PERSONNE À ASSURER 1	PERSONNE À ASSURER 2
18.3 Depuis combien de temps connaissez-vous les personnes à assurer ?	<input type="checkbox"/> Moins d'un an <input type="checkbox"/> Entre 1 an et 5 ans <input type="checkbox"/> Plus de 5 ans	<input type="checkbox"/> Moins d'un an <input type="checkbox"/> Entre 1 an et 5 ans <input type="checkbox"/> Plus de 5 ans
18.4 Avez-vous un lien de parenté avec les personnes à assurer ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Si oui, préciser le lien : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – Si oui, préciser le lien : _____
18.5 Avez-vous établi et remis au preneur le certificat conditionnel de protection provisoire ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### 18.6 IDENTIFICATION DU CONSEILLER

Nom du conseiller \_\_\_\_\_ Code du conseiller \_\_\_\_\_ Agent général \_\_\_\_\_ Code de l'agent général \_\_\_\_\_

Adresse courriel à utiliser par l'Assureur pour obtenir toute demande d'information supplémentaire

### 18.7 COMMISSIONS

Y a-t-il un partage de commissions ?  Oui  Non Si oui, fournir les renseignements concernant le partage de commissions.

Nom du conseiller	Code du conseiller	Partage	Agent général	Code de l'agent général
_____	_____	_____ %	_____	_____
_____	_____	_____ %	_____	_____
_____	_____	_____ %	_____	_____

### 18.8 INDICATIONS SPÉCIFIQUES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 18.9 DÉCLARATIONS DU CONSEILLER

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente section sont exacts.

Je confirme avoir divulgué par écrit le nom de la ou des compagnies que je représente et les liens que j'ai avec ces compagnies, le fait que je reçoive une rémunération sous forme de commissions pour la vente de produits d'assurance, la possibilité que je reçoive une rémunération additionnelle sous forme de bonis, de participation à des congrès ou autres incitatifs, tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction et le droit du preneur de demander des renseignements supplémentaires.

Je déclare avoir fourni tous les renseignements sur la garantie demandée dont, entre autres, les éléments garantis et non garantis, les restrictions, réductions et exclusions applicables, le cas échéant.

Je déclare détenir tous les permis et certificats nécessaires pour faire souscrire la présente proposition dans la province ou le territoire où a lieu la souscription et je déclare en avoir informé par écrit le preneur.

En apposant ma signature, je confirme qu'à ma connaissance les renseignements fournis dans cette proposition d'assurance sont exacts, à jour et complets.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

#### SIGNATURE DU CONSEILLER



\_\_\_\_\_  
Signature du conseiller