

Proposition d'assurance invalidité et d'assurance contre les maladies graves

Assurance(s) demandée(s) ▼

Assurance invalidité (A.I.)

- Souscription d'une nouvelle police
- Assurance invalidité
 - Frais généraux
 - Rachat de parts de l'associé
 - Assurance du personnel clé

À noter : Si une assurance du personnel clé est demandée, remplissez aussi le formulaire F427(f).

- Majoration de la protection ou ajout d'avenants de garantie facultative
Police originale n° _____
- Programme de relèvement de classe professionnelle (relèvement d'une ou de deux classes) (remplissez les sections 1 et 4, la question 5.2 ainsi que les sections 6, 28 et 30 et le Rapport du conseiller)
Police originale n° _____

Assurance contre les maladies graves (A.M.G.) pour adulte

- Souscription d'une nouvelle police pour adulte
- Ajout d'avenants de garantie facultative
Police originale n° _____

À noter : Avant de remplir la proposition, passez en revue la Liste de vérification de présélection des risques au titre de l'A.M.G. pour adulte qui se trouve à la page suivante avec l'adulte assuré.

A.M.G. pour enfant

- Souscription de nouvelle(s) police(s) pour enfant – maximum de 4 enfants
- Ajout d'avenants de garantie facultative
Police originale n° _____

À noter : Avant de remplir la proposition, passez en revue la Liste de vérification de présélection des risques au titre de l'A.M.G. pour enfant qui se trouve à la page suivante avec la personne, parmi le père, la mère ou le tuteur légal, qui connaît tous les antécédents médicaux de chaque enfant assuré.

Une proposition d'assurance-vie a-t-elle également été présentée?

- Great-West
- London Life
- Canada-Vie
- autre compagnie (précisez) _____

Contenu

Directives à l'intention du conseiller en sécurité financière

Liste de vérification – Présélection des risques – A.M.G. pour adulte

Liste de vérification – Présélection des risques – A.M.G. pour enfant

- 1 Renseignements sur l'assuré – adulte assuré
- 2 Renseignements sur le propriétaire – adulte assuré
- 3 Antécédents d'assurance – adulte assuré
- 4 Renseignements sur l'emploi – A.I.
- 5 Renseignements financiers – A.I.
- 6 Programme de relèvement de classe professionnelle – A.I.
- 7 Renseignements sur le contrat – Assurance invalidité
- 8 Renseignements sur le contrat – Assurance pour frais généraux
- 9 Renseignements sur le contrat – Assurance Rachat de parts de l'associé
- 10 Renseignements financiers – A.M.G. pour adulte
- 11 Renseignements sur l'assurance commerciale – A.M.G. pour adulte
- 12 Renseignements sur le contrat – A.M.G. pour adulte
- 13 Renseignements personnels – adulte assuré
- 14 Renseignements médicaux – adulte assuré
- 15 Questionnaire relatif aux maux de dos – adulte assuré

- 16 Renseignements sur l'assuré – A.M.G. pour enfant
- 17 Renseignements sur le propriétaire – A.M.G. pour enfant
- 18 Antécédents d'assurance – A.M.G. pour enfant
- 19 Renseignements sur le contrat – A.M.G. pour enfant
- 20 Renseignements personnels – A.M.G. pour enfant
- 21 Renseignements médicaux – A.M.G. pour enfant
- 22 Note de couverture – A.M.G. pour enfant
- 23 Note de couverture et reçu – A.M.G. pour enfant
- 24 Note de couverture – adulte assuré
- 25 Note de couverture et reçu – adulte assuré
- 26 Primes et paiements
- 27 Attestation et entente visant un régime d'assurance-salaire – A.I.
- 28 Convention, déclaration, autorisation et signatures
- 29 Autorisation d'obtenir des renseignements
- 30 Avis
- 31 Modalités et conditions de l'entente de paiement par prélèvement automatique (Autopay)

Rapport du conseiller

N/RÉF. CG 000356547

Directives à l'intention du conseiller en sécurité financière (conseiller)

- Posez toutes les questions de la proposition et consignez toutes les réponses de manière complète et précise.
- Écrivez lisiblement (en caractères d'imprimerie) à l'encre foncée.
- Faites parapher tous les changements applicables par l'adulte assuré et par le père, la mère ou le tuteur légal du ou des enfants assurés, le cas échéant. N'utilisez jamais de correcteur liquide.
- Remplissez tous les questionnaires applicables.
- Assurez-vous d'avoir obtenu toutes les signatures requises.
- Fournissez des explications au sujet de tous les Avis à la section 30. Détachez les avis et remettez-les à l'adulte assuré, au père, à la mère ou au tuteur légal de tout enfant assuré et au propriétaire, selon le cas.
- Consultez les Lignes directrices en matière de gestion et de tarification, les guides de produits et tout autre document sur la tarification afin d'obtenir des renseignements additionnels pour remplir le présent formulaire.
- Régime d'assurance-salaire (RAS) :
 - Si l'assurance doit faire partie d'un régime RAS, passez en revue l'*Attestation et entente visant un régime d'assurance-salaire* à la section 27 avec l'assuré.
- Note de couverture :
 - Avant qu'un paiement ne soit accepté relativement à la proposition, il faut remplir la section 22 et/ou 24 visant la *Note de couverture* et les exigences doivent être satisfaites. Si tel n'est pas le cas, ne remettez pas la section 23 et/ou 25 *Note de couverture et reçu* au ou aux propriétaires.
 - La proposition doit être expédiée à La Great-West, compagnie d'assurance-vie dans les deux jours suivant la date de signature.
- Pour désigner des bénéficiaires, lorsque la loi le permet, remplissez un *formulaire de désignation de bénéficiaire* [F544(f)].
- Pour faire verser les prestations à une autre personne, lorsque la loi le permet, remplissez un *formulaire de directives de paiement* [F545(f)].

Liste de vérification – Présélection des risques – A.M.G.

L'assuré ou les assurés proposés doivent respecter certaines conditions pour être admissibles à cette protection. Veuillez passer en revue la liste de vérification correspondante avant de remplir la présente proposition.

L'adulte assuré proposé ne sera pas admissible à l'A.M.G. s'il a des antécédents d'une des maladies, d'un des troubles ou d'une des interventions chirurgicales ci-dessous.

Accident cérébrovasculaire ou accident ischémique transitoire (AIT)	Alcoolisme (traitement de l') au cours des deux dernières années
Anémie aplastique	Angine
Cancer*	Chirurgie aortique
Chorée de Huntington	Crise cardiaque
Consommation de drogues (autre que la consommation de médicaments prescrits ou de marijuana en société) au cours des trois dernières années	Diabète – insulino-dépendant – non insulino-dépendant (si l'assuré proposé a moins de 40 ans)
Dystrophie musculaire	Fibrose kystique
Fibrose pulmonaire	Grefte d'un organe principal
Hémophilie	Hépatite (chronique)
Insuffisance d'un organe principal pendant l'attente d'une greffe	Lupus érythémateux disséminé (LED)
Maladie de Parkinson	Maladie d'Alzheimer
Méningite bactérienne*	Maladie du rein (chronique) ou insuffisance rénale
Pontage aortocoronarien ou angioplastie	Paralysie permanente
Sclérose en plaques	Remplacement de valvules du cœur
SLA (sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Lou Gehrig)	Sida, affection reliée au sida ou test VIH positif
	Tumeur cérébrale bénigne

L'enfant ou les enfants assurés proposés ne seront pas admissibles à l'A.M.G. s'ils ont des antécédents d'une des maladies, d'un des troubles ou d'une des interventions chirurgicales ci-dessous.

Veuillez passer en revue la liste de vérification suivante avec la personne, parmi le père, la mère ou le tuteur légal, qui connaît tous les antécédents médicaux de l'enfant.

Accident cérébrovasculaire	Anémie aplastique
Autisme	Cancer*
Cardiopathie congénitale	Chirurgie aortique
Crise cardiaque	Diabète – insulino-dépendant – non insulino-dépendant
Dystrophie musculaire	Grefte d'un organe principal
Fibrose kystique	Hépatite (chronique)
Hémophilie	Maladie du rein (chronique) ou insuffisance rénale
Insuffisance d'un organe principal pendant l'attente d'une greffe	Paralysie cérébrale
Méningite bactérienne*	Remplacement de valvules du cœur
Paralysie permanente	Tumeur cérébrale bénigne
Sida, affection reliée au sida ou test VIH positif	

Les listes ci-dessus comprennent des maladies, des troubles de santé et des interventions chirurgicales qui sont parmi les plus communs. D'autres antécédents médicaux peuvent également ne pas être assurables ou donner droit à la protection de base seulement (c.-à-d. sans avenant de garantie facultative).

*Certaines exceptions peuvent s'appliquer à l'égard de la méningite bactérienne ou du cancer (y compris la majorité des cancers de la peau sans mélanome). Il est recommandé de consulter un tarificateur de la Great-West avant de soumettre une proposition.

Proposition d'assurance invalidité (A.I.) et d'assurance contre les maladies graves (A.M.G.) présentée à La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West)

Dans la présente proposition, le terme « propriétaire » désigne la personne (y compris une entité, p. ex., une compagnie, une société de personnes) proposée à titre de propriétaire de toute police établie. Les termes « adulte assuré », « vous », « votre » et « vos » désignent la personne physique proposée à titre d'adulte assuré et ou d'enfant(s) assuré(s).

Centre de ventes et de marketing ▶ _____ Police n° ▶ _____

1. Renseignements sur l'assuré – adulte assuré

- 1.1 Nom (en caractères d'imprimerie) M. M^{me} Autre ▶ _____
Prénom ▶ _____ Second prénom ▶ _____ Nom de famille ▶ _____
- 1.2 a) Sexe ▶ M F b) Province de naissance (sinon État aux États-Unis, ou pays) ▶ _____
c) Date de naissance (mmm/jj/aaaa) ▶ _____ d) Âge à l'anniversaire le plus proche ▶ _____
- 1.3 Êtes-vous citoyen ou résident permanent (immigrant admis) du Canada? Oui Non
- 1.4 Depuis combien de temps résidez-vous au Canada? ▶ _____ années
- 1.5 a) Adresse du domicile* ▶ _____
Numéro et rue Ville Province Code postal
- *Si l'adresse postale est une case postale, une route rurale ou une adresse de poste restante à n'importe quel endroit dans la présente proposition, il faut préciser l'adresse municipale ou l'emplacement physique à la question 21 dans le Rapport du conseiller.*
- b) Nombre d'années à cette adresse ▶ _____ années
- 1.6 a) Numéros de téléphone : Domicile ▶ (____) _____ Travail ▶ (____) _____ Cellulaire ▶ (____) _____
b) Moment le plus propice pour appeler si une entrevue téléphonique est jugée nécessaire ▶ Jour Soir Heure ▶ _____
- À noter :** Pour de plus amples renseignements sur le programme d'entrevues téléphoniques avec les clients, reportez-vous à la section 30 Avis.
- 1.7 a) Nom de l'entreprise actuelle ou de l'employeur actuel ▶ _____
b) Adresse ▶ _____
Numéro et rue Ville Province Code postal

2. Renseignements sur le propriétaire – adulte assuré

- 2.1 Le propriétaire de toute police établie sera également l'assuré nommé au point 1.1 à moins que les renseignements suivants ne soient inscrits ▼
- a) Nom du propriétaire (prénom, second prénom et nom de famille (en caractères d'imprimerie) ou dénomination sociale complète de l'entité) ▶ _____
- b) Sexe ▶ M F c) Date de naissance (mmm/jj/aaaa) ▶ _____
- d) Lien du propriétaire avec l'assuré ▶ _____
- e) Adresse ▶ _____
Numéro et rue Ville Province Code postal

Dans le cas d'une proposition d'assurance invalidité :

- le propriétaire de toute police personnelle d'assurance invalidité établie en exécution de la présente proposition sera l'assuré.
- le propriétaire de toute police établie en vertu d'un régime d'assurance-salaire (RAS) ne peut pas être l'assuré.

Dans le cas d'une proposition d'assurance Rachat de parts de l'associé, il faut donner les coordonnées du propriétaire au point 9.13.

3. Antécédents d'assurance – adulte assuré

- 3.1 Êtes-vous présentement couvert par une A.M.G., une assurance pour soins de longue durée (A.S.L.D.) ou une assurance pour frais généraux (A.F.G.) ou encore, par une assurance invalidité individuelle, collective d'association ou autre en vigueur? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez ci-dessous ▼

Nom de la société	Type d'assurance	Montant d'assurance (Pour l'A.M.G., voir la note ci-dessous.)*	Année d'établ.	A.I. seulement			A.M.G. seulement	La protection sera-t-elle modifiée (mod.) ou remplacée (rempl.)?	Si elle est modifiée, précisez. Si une police de la Great-West est remplacée, indiquez le numéro de police.
				Période d'indemn.	Période d'attente	Prestations imposables?	Intention de l'assurance		
		\$				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
		\$				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
		\$				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
		\$				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	

*Pour l'A.M.G., si le montant de la protection augmente automatiquement, indiquez le montant définitif.

- 3.2 Y a-t-il d'autres propositions d'assurance-vie, d'A.M.G., d'A.S.L.D. ou d'A.F.G., ou encore d'autres propositions d'assurance invalidité individuelle, collective, d'association ou autre à l'étude ou envisagée? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez ▶ _____
- 3.3 Dans le cas d'une proposition d'assurance invalidité, la Coordination avec l'assurance collective est-elle demandée? Oui Non
Dans l'affirmative, la participation à l'assurance collective est-elle obligatoire? Oui Non

4. Renseignements sur l'emploi – à remplir si tout type d'A.I. est demandé

Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre aux questions 4.1 à 4.12, remplissez la section 4.13.

4.1 Profession ▶ _____

4.2	Tâches	% du temps de travail	Description
	administratives / de bureau	% ▶	
	manuelles / physiques	% ▶	
	Supervision	% ▶	
	Ventes	% ▶	
	Autres (précisez) ▶ _____	% ▶	

4.3 Depuis combien de temps possédez-vous cette entreprise ou travaillez-vous pour cet employeur? ▶ _____ an(s)

4.4 Quelle est la nature de l'entreprise? ▶ _____

4.5 a) Nombre d'heures de travail par semaine ▶ _____

b) Nombre de semaines de travail par année ▶ _____

4.6 Pourcentage du temps consacré au travail à domicile? ▶ _____ %

4.7 Prévoyez-vous changer d'employeur ou de profession? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ▶ _____

4.8 Nom de l'entreprise / de l'employeur et de la profession antérieurs ▶ _____

4.9 Avez-vous un emploi à temps partiel ou une occupation saisonnière? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ▶ _____

4.10 Êtes-vous couvert par l'assurance-emploi? Oui Non

4.11 Avez-vous reçu des prestations d'assurance-emploi au cours des **deux dernières années**? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez et indiquez les dates ▶ _____

4.12 Si vous êtes un travailleur autonome, prière de répondre aux questions ci-dessous ▼

Part dans l'entreprise	%
Nombre d'associés ou d'actionnaires (en vous incluant)	
Nombre de salariés à temps plein	
Nombre de salariés à temps partiel	
Nombre de salariés relevant directement de vous	

4.13 Si vous manquez d'espace pour répondre aux questions 4.1 à 4.12, veuillez utiliser la partie ci-dessous ▼

Numéro de la question	Précisions

Veuillez joindre une feuille distincte si vous avez besoin de plus d'espace.
(Celle-ci doit comporter le numéro de la proposition, la date et la signature de l'assuré.)

5. Renseignements financiers – à remplir si tout type d'A.I. est demandé

5.1 Numéro d'assurance sociale

(Inscrivez-le si vous remplissez la proposition en vertu d'un régime d'assurance-salaire) ▶ _____ - _____ - _____

5.2 a) Quelle est votre position dans la profession? Remplissez les parties appropriées ▼

<input type="checkbox"/> Salarié – Cochez une case ▶	<input type="checkbox"/> salarié à rémunération fixe	Année en cours – montant prévu	Cumul de l'année	Année précédente – montant réel
	<input type="checkbox"/> salarié à la commission			
Revenu annuel gagné (tel qu'il est déclaré aux fins de l'impôt sur le revenu)				
Salaire avant impôts (selon le relevé T4)		\$	\$	\$
Commissions (après les dépenses d'entreprise et avant impôts)		\$	\$	\$
Autres revenus ou avantages imposables (à décrire) ▶ _____		\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Propriétaire d'une entreprise constituée en société	Date de constitution (mm/aaaa) ▶ _____	Année en cours – montant prévu	Cumul de l'année	Année précédente – montant réel
Revenu annuel gagné (tel qu'il est déclaré aux fins de l'impôt sur le revenu)				
Salaire avant impôts (selon le relevé T4)		\$	\$	\$
Votre part des bénéfices de l'entreprise avant impôts		\$	\$	\$
Autres revenus ou avantages imposables (à décrire) ▶ _____		\$	\$	\$
Revenu brut de l'entreprise		\$	\$	\$
<input type="checkbox"/> Propriétaire d'une entreprise non constituée en société (propriétaire unique ou associé)		Année en cours – montant prévu	Cumul de l'année	Année précédente – montant réel
Revenu annuel gagné (tel qu'il est déclaré aux fins de l'impôt sur le revenu)				
Votre part du bénéfice net de l'entreprise (après les dépenses d'entreprise et avant impôts)		\$	\$	\$
Revenu brut de l'entreprise		\$	\$	\$

b) Pour connaître les documents financiers requis, consultez l'illustration A.I. ou la brochure La tarification financière de l'assurance invalidité [formulaire B1768(f)] ▶ Documents joints à la proposition Documents à suivre

5.3 Votre revenu non gagné (revenu annuel net qui continuera d'être versé même au cours d'une période d'invalidité, c.-à-d. revenus de placement ou de location, redevances, rentes et revenus similaires d'autres sources) excède-t-il 24 000 \$ par année ou 2 000 \$ par mois?

Oui Non

5.4 Votre valeur nette dépasse-t-elle 5 000 000 \$?

Oui Non

5.5 Le montant total d'assurance invalidité demandée et en vigueur dépasse-t-il 5 000 \$ par mois?

Oui Non

5.6 Si vous avez répondu oui aux questions 5.3, 5.4 ou 5.5, veuillez remplir les tableaux ci-dessous ▼

Actif		Passif	
Liquidités	\$	Hypothèques – Résidence principale	\$
Biens immobiliers – Résidence principale	\$	Autres	\$
Autres	\$	Emprunts	\$
Valeur de la part détenue dans l'entreprise	\$	Autres dettes (précisez) ▶ _____	\$
Placements dans les entreprises	\$		\$
Actions et obligations	\$		\$
Biens personnels	\$		\$
Autres éléments d'actif (précisez) ▶ _____	\$		\$
Actif total	\$	Passif total	\$
		Valeur nette (actif total - passif total)	
		\$	

Revenu non gagné (revenu annuel net qui continuera d'être versé même au cours d'une période d'invalidité)	Cumul de l'année	Année précédente
Dividendes et revenu en intérêts	\$	\$
Revenus immobiliers (revenu net après déduction des prêts hypothécaires et des frais)	\$	\$
Revenus tirés des placements dans les entreprises	\$	\$
Autre revenu non gagné (précisez) ▶ _____	\$	\$
Revenu non gagné total	\$	\$

6. Programme de relèvement de classe professionnelle – à remplir si l'A.I. est demandée pour les classes professionnelles A, 2A et 3A seulement

6.1 Classe professionnelle initiale ► _____
(d'après l'illustration ou les Lignes directrices en matière de gestion et de tarification)

À noter : Veuillez remplir le tableau ci-dessous pour déterminer si vous êtes admissible à un relèvement.

- Il est possible de bénéficier d'un relèvement d'une classe professionnelle, soit de la classe A à la classe 2A, de la classe 2A à la classe 3A ou encore, de la classe 3A à la classe 4A.
- Il est possible de bénéficier d'un relèvement de deux classes professionnelles, soit de la classe A à la classe 3A ou de la classe 2A à la classe 4A.
- Des points ne peuvent être obtenus qu'une seule fois dans chaque catégorie et le nombre total des points obtenus déterminera s'il est possible de passer à une classe professionnelle supérieure.

Categorie

	Points possibles**	Points obtenus
1 Revenu gagné (revenu net après déduction des dépenses d'entreprise, mais avant impôts)* dans chacune des deux dernières années :		
60 000 \$ à 74 999 \$	15	
75 000 \$ à 119 999 \$	25	
120 000 \$ et plus	35	
*Comprend la majoration de 20 % dans le cas d'un travailleur autonome. **Pour les agents d'immeuble, soustrayez 5 points à l'égard de chaque tranche de revenu gagné ci-dessus.		
À noter : <ul style="list-style-type: none"> • Une preuve financière qui répond à nos exigences doit être soumise à l'appui des points accordés au titre du revenu gagné. • Les travailleurs autonomes peuvent être en mesure de majorer leur revenu assurable de 20 %, jusqu'à concurrence d'un maximum annuel de 40 000 \$. Pour obtenir de plus amples renseignements, voir la section Tarification financière – Majoration du revenu de 20 % dans les Lignes directrices en matière de gestion et de tarification. 		
2 Nombre d'années d'exercice de la profession actuelle		
3 années	15	
4 années	25	
5 années et plus	35	
3 Remboursement de la prime		
Avenant Remboursement de la prime (50 %) demandé	15	
Total Si le total des points est de ►		Total
0 à 54 – laisser à la même classe		
55 à 74 – porter à la classe supérieure		
75 ou plus – porter à la deuxième classe supérieure		

7. Renseignements sur le contrat – Assurance invalidité

7.1 **Cochez une des cases suivantes**, selon que vous utilisez une illustration **ou** que vous répondez aux questions ci-dessous ▼

Demander le type de contrat, les caractéristiques de contrat et les avenants de garantie facultative indiqués sous la rubrique Sommaire – Protection et prime dans l'illustration ci-jointe datée du ► _____

À noter : Il faut aussi répondre aux questions 7.7 et 7.8, le cas échéant.

Demander le type de contrat, les caractéristiques de contrat et les avenants de garantie facultative indiqués en 7.2 à 7.6

À noter : Il faut aussi répondre aux questions 7.7 et 7.8, le cas échéant.

7.2 Quel type de contrat demandez-vous? le Professionnel la PME^{plus} le Protecteur ► _____

7.3

Rente mensuelle	Date du début de l'indemnisation	Période d'indemnisation
\$		
\$		
\$		

7.4 Classe professionnelle ► 4A 3A 2A A B

7.5 Demandez-vous la prime échelonnée? Oui Non

(suite à la page suivante)

7. Renseignements sur le contrat – Assurance invalidité (suite)

7.6 Indiquez quels sont les avenants de garantie facultative que vous demandez et remplissez les parties appropriées ▼

<input type="checkbox"/> Indexation selon le coût de la vie (IPC)
<input type="checkbox"/> Option de protection du revenu montant demandé ► _____ \$
<input type="checkbox"/> Protection relative à la propre profession (classes 4A et 3A seulement)
<input type="checkbox"/> Prolongation de la période de profession habituelle
<input type="checkbox"/> Invalidité partielle cochez une seule case ► <input type="checkbox"/> Invalidité partielle <input type="checkbox"/> Invalidité partielle majorée
<input type="checkbox"/> Indemnisation limitée le premier jour en cas d'accident montant demandé ► _____ \$
<input type="checkbox"/> Indemnisation le premier jour en cas d'accident montant demandé ► _____ \$
<input type="checkbox"/> Protection Épargne-retraite Plus cochez une seule case ► <input type="checkbox"/> 24 mois <input type="checkbox"/> 60 mois <input type="checkbox"/> 120 mois <input type="checkbox"/> Jusqu'à 65 ans montant demandé ► _____ \$
<input type="checkbox"/> Rente viagère en cas d'accident et Rente viagère décroissante en cas de maladie montant demandé ► _____ \$
<input type="checkbox"/> Remboursement de la prime (50 %)
<input type="checkbox"/> Avenant destiné aux professionnels de la santé
<input type="checkbox"/> Mort ou mutilation accidentelles montant demandé ► _____ \$
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 2px; display: inline-block;">À noter : Il faut répondre à la question 7.7</div>
<input type="checkbox"/> Autre ► _____

7.7 Si vous souscrivez l'avenant de garantie facultative **Mort ou mutilation accidentelles** :

- a) Qui sera le bénéficiaire en cas de mort accidentelle? ► _____
- b) Lien avec l'assuré ► _____
- c) Êtes-vous actuellement couvert par une autre assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles ou une garantie en cas de décès accidentel, ou en avez-vous fait la demande? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez (montant, etc.) ► _____
- d) Vous devez indiquer si votre désignation de bénéficiaire est révocable ou irrévocable en cochant l'une des cases ci-dessous. Vous pouvez modifier une désignation de bénéficiaire révocable en tout temps. Si vous avez un bénéficiaire irrévocable, son consentement écrit sera nécessaire pour changer votre désignation de bénéficiaire ou pour apporter certaines modifications à votre police.
Là où la loi du Québec s'applique, et si vous avez désigné votre conjoint (marié légalement ou en union civile) comme bénéficiaire, la désignation sera irrévocable, à moins que vous ne cochiez la case « Révocable ».
Par la présente, je demande que ma désignation soit ► révocable irrévocable

7.8 Si vous demandez la majoration de la protection ou ajoutez un avenant de garantie facultative, faut-il modifier la police existante?

Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ► _____

8. Renseignements sur le contrat – Assurance pour frais généraux

8.1 **Cochez une des cases suivantes** selon que vous utilisez une illustration **ou** que vous répondez aux questions ci-dessous ▼

- Demander le type de contrat, les caractéristiques de contrat et les avenants de garantie facultative indiqués sous la rubrique Sommaire – Protection et prime dans l'illustration ci-jointe datée du _____ **À noter : Il faut aussi répondre aux questions 8.6 à 8.9.**
- Demander le type de contrat, les caractéristiques de contrat et les avenants de garantie facultative indiqués en 8.2 à 8.5 **À noter : Il faut aussi répondre aux questions 8.6 à 8.9.**

8.2 Indiquez le type de contrat que vous demandez et remplissez les sections applicables ▼

- Frais généraux du Professionnel
- Frais généraux de La PME
 Décrivez en détail les connaissances techniques et les compétences particulières de l'assuré, et expliquez pourquoi, en cas d'invalidité de ce dernier, l'entreprise ne pourrait pas fonctionner ► _____

8.3

Prestations mensuelles au titre des frais généraux	Date du début de l'indemnisation	Période d'indemnisation
\$		
\$		
\$		

8.4 Classe professionnelle ► 4A 3A 2A A B

8.5 Indiquez quels sont les avenants de garantie facultative que vous demandez et remplissez les parties appropriées ▼

- Option d'accroissement de la protection**
 montant demandé ► _____ \$
- Protection relative à la propre profession**
 (classes 4A et 3A seulement)
- Invalidité partielle**
 (classes 2A, A ou B seulement)
- Avenant destiné aux professionnels de la santé**
- Indemnisation alternative**
 (classes 4A et 3A seulement)
- Remboursement de la prime (50 %)**

(suite à la page suivante)

8. Renseignements sur le contrat – Assurance pour frais généraux (suite)

8.6 Date de constitution de l'entreprise ► mois _____ année _____

8.7 Partagez-vous vos locaux? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez (utilisation de l'équipement, personnel, etc.) ► _____

8.8 De quel pourcentage des frais généraux êtes-vous personnellement responsable? ► _____ %

8.9 Inscrivez **votre part** des frais **mensuels** moyens engagés dans l'exploitation de votre bureau ou entreprise :

a) Salaire et avantages – à l'exception de votre rémunération et de celle de toute personne exerçant la même profession que vous. (**En ce qui concerne la protection Frais généraux de La PME**, comptez uniquement les salaires des employés de soutien dont les tâches ou les connaissances techniques ne procurent pas directement de revenus à l'entreprise.) ► _____ \$

Remplissez le tableau suivant pour les employés dont le salaire est à assurer ▼

Nom	Tâches	Salaire mensuel
1.		\$
2.		\$
3.		\$
4.		\$
5.		\$
6.		\$

b) Téléphone, services de communication – à l'exception des frais d'interurbain ► _____ \$

c) Autres impôts – taxes d'affaires, cotisations sociales ► _____ \$

d) Frais de location de l'ameublement ou de l'équipement ► _____ \$

e) Si vous êtes propriétaire de l'ameublement ou du matériel, les intérêts plus l'amortissement prévu ou le remboursement du capital du prêt prévu, selon le montant le plus élevé ► _____ \$

f) Frais de comptabilité et frais juridiques ► _____ \$

g) Frais d'affiliation ► _____ \$

h) Primes d'assurance de l'entreprise ► _____ \$

i) Services publics* – électricité, chauffage, eau ► _____ \$

j) Impôt foncier* ► _____ \$

k) Loyer* ► _____ \$

l) Si vous êtes propriétaire des lieux, les intérêts sur le prêt hypothécaire plus l'amortissement prévu ou le remboursement du capital du prêt hypothécaire prévu, selon le montant le plus élevé – indiquez uniquement la part des frais qui s'applique à l'espace servant à l'exploitation de votre bureau ou entreprise* ► _____ \$

m) Autres frais fixes mensuels – s'ils sont supérieurs à 10 % du total des frais, donnez des précisions ► _____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$

Total des frais mensuels _____ \$

*Si votre bureau est situé à domicile, ces frais de même que tous les autres frais liés au domicile ne sont pas admissibles.

9. Renseignements sur le contrat – Rachat de parts de l'associé

9.1 **Cochez une des cases suivantes** selon que vous utilisez une illustration **ou** que vous répondez aux questions ci-dessous ▼

Demander le type de contrat et les caractéristiques de contrat indiqués sous la rubrique Sommaire – Protection et prime dans l'illustration ci-jointe datée du ► _____

À noter : Il faut aussi répondre aux questions 9.5 à 9.13.

Demander le type de contrat et les caractéristiques de contrat indiqués en 9.2 et 9.3

À noter : Il faut aussi répondre aux questions 9.5 à 9.13.

9.2 Type de contrat de base demandé – Rachat de parts de l'associé

9.3 Date du début de l'indemnisation ► 12 mois 18 mois 24 mois 36 mois

9.4 **Si l'option des paiements mensuels est choisie**, précisez le nombre de paiements mensuels ► 24 36 60

9.5 Genre d'entreprise ► Société de personnes Société par actions

9.6 Année de constitution de l'entreprise ► _____

9.7

Nom de tous les associés ou actionnaires assurés	% de la part	Montant d'assurance demandé :		Classe professionnelle
		Somme globale*	Paiements mensuels	
	%	\$	\$	
	%	\$	\$	
	%	\$	\$	
	%	\$	\$	
	%	\$	\$	
	%	\$	\$	
	%	\$	\$	
	%	\$	\$	

***À noter :** La somme globale de chaque assuré ne peut pas dépasser le moindre d'entre la limite d'établissement et la valeur assurable maximale x % de la part.

9.8 Est-ce que tous les associés ou actionnaires demandent d'être assurés aux fins de rachat de parts? Oui Non

Dans la négative, expliquez ► _____

9.9 Y a-t-il une autre police d'assurance invalidité avec rachat de parts en vigueur ou en suspens, ou prévoyez-vous en souscrire une? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions et indiquer si cette police doit être remplacée ► _____

9.10 Y a-t-il une police d'assurance-vie en vigueur ou demandée sur la tête de chaque associé ou actionnaire aux fins du provisionnement d'une convention de rachat de parts? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ► _____

9.11 Chaque personne à assurer travaille-t-elle **au moins 30 heures** par semaine dans l'entreprise? Oui Non

Dans la négative, précisez ► _____

9.12 Chaque personne à assurer sait-elle qu'il est nécessaire d'établir une convention de rachat de parts en cas d'invalidité reconnue légalement dont les dispositions correspondent aux dispositions de la police rachat de parts et qu'aucune prestation d'assurance ne pourra être versée en l'absence d'une telle convention? Oui Non

9.13 Le propriétaire de la police Rachat de parts de l'associé doit être ▼

la société par actions
Dénomination sociale complète de l'entité ► _____

convention d'achat croisé (dans le cas de deux associés ou actionnaires seulement)
Nom (prénom, second prénom et nom de famille **ou** dénomination sociale complète de l'entité) ► _____

fiduciaire
Nom de la fiducie ou nom au complet de chaque fiduciaire ► _____

10. Renseignements financiers – à remplir dans le cas d'une proposition d'A.M.G. personnelle pour adulte

- 10.1 Profession ▶ _____
- 10.2 Donnez des précisions sur le revenu comme suit (montant prévu pour l'année en cours) ▼
- Revenu annuel gagné (y compris le salaire, les commissions et gratifications) ▶ _____ \$
- Revenu annuel non gagné ▶ _____ \$
- Source du revenu non gagné ▶ _____
- 10.3 Valeur nette ▶ _____ \$
- 10.4 Si l'assuré est le conjoint qui ne touche pas de revenu, veuillez préciser au sujet du conjoint qui touche un revenu (le montant prévu pour l'année en cours) ▼
- a) Revenu annuel gagné (y compris le salaire, les commissions et gratifications) ▶ _____ \$
- Revenu annuel non gagné ▶ _____ \$
- Source du revenu non gagné ▶ _____
- b) Montant d'A.M.G. en vigueur (sur la tête du conjoint touchant un revenu) ▶ _____ \$
- 10.5 Si, aux fins de la tarification, le solde de tout prêt hypothécaire sur une résidence principale, une propriété de loisirs ou les deux doit être pris en compte, quel est le montant total des prêts hypothécaires? ▶ _____ \$

11. Renseignements sur l'assurance commerciale – à remplir dans le cas d'une proposition d'A.M.G. pour adulte soumise à des fins commerciales

- 11.1 Assurance rachat de parts
- Revenu annuel brut de l'entreprise (année précédente) ▶ _____ \$
- Bénéfice annuel net avant impôts de l'entreprise (année précédente) ▶ _____ \$
- Juste valeur marchande estimative de l'entreprise ▶ _____ \$
- 11.2 Assurance prêt aux entreprises
- Montant du prêt commercial impayé ▶ _____ \$
- Période de remboursement ▶ _____ années
- 11.3 Assurance du personnel clé
- a) Expliquez pourquoi l'assuré proposé est une personne clé ▶ _____
- _____
- _____
- b) Salaire et gratifications sur une base annuelle (le montant prévu pour l'année en cours) ▶ _____ \$
- 11.4 Part dans l'entreprise (en %) ▶ _____
- 11.5 Est-ce que tous les propriétaires de l'entreprise ou toutes les personnes clés sont assurés ou demandent une A.M.G? Oui Non
- Dans la négative, précisez les raisons ▶ _____
- _____
- _____

12. Renseignements sur le contrat – A.M.G. pour adulte

12.1 **Cochez une des cases suivantes** pour indiquer si vous utilisez une illustration ou si vous répondez aux questions ci-dessous ▼

- Demander le type de contrat, les caractéristiques du contrat et les avenants de garantie facultative indiqués sous la rubrique Sommaire – Protection et prime dans l'illustration ci-jointe datée du _____
- Demander le type de contrat, les caractéristiques du contrat et les avenants de garantie facultative indiqués en 12.2 à 12.4

12.2 Type d'assurance

- personnelle** ▶ montant de la prestation ▶ _____ \$
- commerciale** ▶ personnel clé ▶ montant de la prestation ▶ _____ \$
- rachat de parts ▶ montant de la prestation ▶ _____ \$
- prêts aux entreprises ▶ montant de la prestation ▶ _____ \$

12.3 Demandez-vous la prime échelonnée? Oui Non

12.4 Indiquez ci-dessous le ou les types de contrats et d'avenants que vous désirez. **Cochez la case appropriée, selon que vous souscrivez une assurance personnelle ou une assurance commerciale.**

Personnelle Commerciale

- Prestation uniforme, jusqu'à 65 ans**
- Exonération des primes en cas d'invalidité
- Remboursement de la prime au décès
- Maladie grave ▶ **Cochez une case** ▶ Maladie grave Maladie grave Plus
- Augmentation automatique de la prestation ▶ **Cochez une case** ▶ 45 % 100 %

- Prestation uniforme, jusqu'à 75 ans**
- Exonération des primes en cas d'invalidité
- Remboursement de la prime au décès
- Maladie grave ▶ **Cochez une case** ▶ Maladie grave Maladie grave Plus
- Remboursement de la prime ▶ **Cochez une case** ▶ 10 ans et + 15 ans et + âge 60 et +
- Second événement
- Augmentation automatique de la prestation ▶ **Cochez une case** ▶ 45 % 100 %
- Remboursement de la prime à l'expiration

- Prestation uniforme** ▶ **Cochez une case** ▶ jusqu'à 75 ans (primes pendant 20 ans)
 jusqu'à 75 ans (primes pendant 30 ans)
- Exonération des primes en cas d'invalidité
- Remboursement de la prime au décès
- Maladie grave ▶ **Cochez une case** ▶ Maladie grave Maladie grave Plus
- Second événement
- Remboursement de la prime à l'expiration

- Prestation uniforme, vie durant (libérée à 100 ans)**
- Exonération des primes en cas d'invalidité
- Remboursement de la prime au décès
- Maladie grave ▶ **Cochez une case** ▶ Maladie grave Maladie grave Plus
- Remboursement de la prime ▶ **Cochez une case** ▶ 10 ans et + 15 ans et + âge 60 et +
- Second événement
- Augmentation automatique de la prestation ▶ **Cochez une case** ▶ 45 % 100 %

- Prestation uniforme, temporaire 10 ans renouvelable jusqu'à 75 ans**
- Exonération des primes en cas d'invalidité
- Remboursement de la prime au décès
- Maladie grave ▶ **Cochez une case** ▶ Maladie grave Maladie grave Plus
- Remboursement de la prime ▶ **Cochez une case** ▶ 10 ans et + âge 60 et +
- Second événement
- Remboursement de la prime à l'expiration

- Prestation décroissante** ▶ **Cochez une case** ▶ 10 ans 15 ans 20 ans 25 ans
- Exonération des primes en cas d'invalidité
- Remboursement de la prime au décès
- Maladie grave ▶ **Cochez une case** ▶ Maladie grave Maladie grave Plus

Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie

13. Renseignements personnels – adulte assuré

Pour toute réponse affirmative aux questions 13.1 à 13.7, ou si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez fournir des précisions à la section 13.8.

- 13.1 Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous fumé des cigarettes, de la marijuana, du haschisch, des cigares, la pipe, des cigarillos ou tout autre type de produit du tabac, ou fait usage de noix de bétel, de tabac à chiquer, de timbres ou de gommes à la nicotine? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ▼

Produit(s)	Quantité et fréquence d'utilisation	Date de la dernière utilisation (mmm/jj/aaaa)

- 13.2 Au cours des **cinq dernières années** :
- a) avez-vous, vous-même ou le propriétaire, été insolvable, déclaré faillite, reçu une requête de mise en faillite ou autrement demandé une protection contre les créanciers? Oui Non

- b) avez-vous volé à titre de pilote, d'élève pilote ou de membre de l'équipage de tout type d'aéronef, ou projetez-vous de le faire? Oui Non

- 13.3 Au cours des **trois dernières années** :
- a) avez-vous présenté une demande de règlement ou reçu une rente, des prestations ou toute autre indemnité par suite d'un accident ou d'une maladie? Oui Non

- b) avez-vous été reconnu coupable ou êtes-vous actuellement accusé d'infraction(s) aux règlements de la circulation, ou votre permis a-t-il été suspendu ou révoqué? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le numéro de votre permis de conduire, les dates et les renseignements pertinents ► _____

- 13.4 Au cours des **dix dernières années, avez-vous été reconnu coupable** :
- a) de conduite avec facultés affaiblies ou de refus de fournir un échantillon d'haleine? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le numéro de votre permis de conduire et la ou les dates de la déclaration de culpabilité ▼

- b) de toute infraction criminelle ou une accusation contre vous est-elle actuellement en instance? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez les renseignements pertinents, la date et la nature de toute infraction ainsi que la ou les dates de fin de probation ► _____

- 13.5 Au cours des **deux dernières années**, vous êtes-vous livré à un sport, à une activité ou à un passe-temps dangereux (p. ex. course de véhicules moteurs, plongée en scaphandre autonome, deltaplane, saut en parachute, saut à l'élastique, vol en montgolfière, escalade, héliski, ski de randonnée nordique, arts martiaux, etc.), ou comptez-vous vous livrer à un sport, à une activité ou à un passe-temps dangereux? Oui Non

- 13.6 Avez-vous déjà rempli une proposition d'assurance-vie, d'A.I., d'A.M.G. ou d'A.S.L.D. qui a été refusée, reportée ou modifiée de quelque façon que ce soit? Oui Non

- 13.7 Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous voyagé ou résidé hors du Canada ou des États-Unis ou avez-vous l'intention de voyager ou de résider hors du Canada ou des États-Unis au cours des **12 prochains mois**? Oui Non

Dans l'affirmative, donnez tous les renseignements pertinents, notamment la ville, le pays, la raison, la fréquence et la durée ► _____

- 13.8 Pour toute réponse affirmative aux questions 13.1 à 13.7 ci-dessus ou si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez fournir des précisions dans le tableau ci-dessous.

Numéro de la question	Précisions

Veuillez joindre une feuille distincte si vous avez besoin de plus d'espace. (Celle-ci doit comporter le numéro de la proposition, la date et la signature de l'assuré.)

14. Renseignements médicaux – adulte assuré

Pour toute réponse affirmative aux questions 14.1 à 14.15, ou si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez fournir des précisions à la section 14.16.

- 14.1 a) Nom du médecin personnel ou de la clinique sans rendez-vous habituelle (si vous avez été vu en consultation par plus d'un médecin ou dans plus d'une clinique au cours des cinq dernières années, en dresser la liste en 14.16) ► _____

Adresse ► _____

Numéro et rue Ville Province Code postal

- b) Date de la dernière consultation (mmm/aaaa) ► _____

- c) Raison, diagnostic, traitement et résultats ► _____

- 14.2 a) Taille ► _____ pi/po cm b) Poids ► _____ lb kg

- c) Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous subi une perte de poids de plus de 10 lb (4,5 kg)? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ► Poids perdu ► _____ lb kg

Cause ► _____

Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie

14. Renseignements médicaux (suite)

Répondez aux questions 14.3 à 14.16 si un examen médical ou paramédical n'est pas une exigence au titre de l'âge et du montant. **Pour toute réponse affirmative aux questions 14.1 à 14.15 ou si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez fournir des précisions à la section 14.16.**

14.3 Avez-vous des symptômes ou des troubles de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu de traitement? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ▶ _____

14.4 a) Un membre de votre famille immédiate (père, mère, frères ou sœurs) a-t-il déjà souffert d'une maladie du cœur, d'un accident cérébrovasculaire, d'hypertension artérielle, de cholestérol élevé, d'un cancer (précisez quel type), de diabète (précisez : type 1 ou 2), d'une maladie du rein, de la chorée de Huntington, de la sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), de la maladie du motoneurone, de la maladie de Parkinson, de la sclérose en plaques, de la maladie d'Alzheimer ou de toute autre maladie héréditaire? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous ▼

Membre de la famille	Problème de santé	Âge à l'apparition de la maladie	Âge actuel, si la personne est vivante	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Sœurs					

b) Si vous avez indiqué des antécédents familiaux de cancer du sein ou de l'ovaire à la section 14.4 a) ci-dessus, avez-vous consulté un médecin pour subir un examen des seins, une mammographie ou toute autre forme de test de dépistage? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, y compris le type, la fréquence, la date et les résultats des tests de dépistage ▶ _____

c) Si vous avez indiqué des antécédents familiaux de cancer du côlon à la section 14.4 a) ci-dessus, avez-vous subi une coloscopie? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, y compris les dates et les résultats ▶ _____

14.5 Pour toute réponse affirmative à la question en 14.5, veuillez fournir des précisions au point 14.16.

Avez-vous déjà été soigné pour l'une des affections ou l'un des troubles de santé ci-dessous, ou avez-vous déjà présenté des symptômes de l'une de ces affections ou de l'un de ces troubles?

a) Cœur ▶ Oui Non

- hypertension artérielle
- cholestérol élevé
- souffle cardiaque
- pouls irrégulier
- ECG anormal
- stimulateur cardiaque
- pontage ou angioplastie
- crise cardiaque
- essoufflements
- angine
- douleurs thoraciques
- toute autre affection ou tout autre trouble du cœur

b) Vaisseaux sanguins ▶ Oui Non

- anévrisme
- accident cérébrovasculaire
- artériosclérose
- accident ischémique transitoire
- maladie vasculaire périphérique
- caillot sanguin
- problèmes circulatoires
- chevilles enflées
- toute autre affection ou tout autre trouble des vaisseaux sanguins

c) Glandes, sang ou système endocrinien ▶ Oui Non

- diabète
- diabète gestationnel
- glycémie anormale
- anémie
- trouble de la thyroïde, des glandes surrénales ou de l'hypophyse
- hypertrophie des ganglions
- toute autre affection ou tout autre trouble des glandes, du sang ou du système endocrinien

d) Tumeurs, excroissances ou affections cutanées ▶ Oui Non

- cancer
- tumeur
- kyste ou polype
- lésions ou ulcères cutanés
- nævus ou syndrome du nævus dysplasique
- toute autre affection ou tout autre trouble de la peau

e) Cerveau ou système nerveux ▶ Oui Non

- épilepsie, crise ou convulsions
- étourdissements ou évanouissements
- paralysie
- perte de sensation
- faiblesse des extrémités
- perte d'équilibre
- perte de la parole
- maux de tête
- migraines
- engourdissements ou picotements
- tremblements
- sclérose en plaques
- maladie du motoneurone
- névrite
- pertes de mémoire ou troubles de la mémoire
- maladie d'Alzheimer
- maladie de Parkinson
- sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig)
- toute autre affection ou tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux

f) Santé mentale ▶ Oui Non

- trouble nerveux ou mental
- épuisement professionnel ou stress
- schizophrénie
- anxiété ou dépression
- autre trouble psychologique, du comportement, de l'alimentation ou émotionnel
- trouble bipolaire
- déficience développementale
- toute autre affection ou tout autre trouble psychiatrique

Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie

14. Renseignements médicaux (suite)

Pour toute réponse affirmative aux questions 14.1 à 14.15 ou si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez fournir des précisions à la section 14.16.

14.5 (suite)

g) Oreilles, yeux, nez, gorge ou poumons ▶

- | | | | |
|---|--|---|---|
| • bronchite chronique ou récidivante | • allergies | • sarcoïdose | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • toux persistante ou pleurésie | • asthme | • surdité | |
| • maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) | • emphysème | • toute autre affection ou tout autre trouble des oreilles, des yeux, du nez, de la gorge, des poumons ou du système respiratoire | |
| • cécité, névrite optique ou autre trouble visuel | • tuberculose | | |
| | • crachements de sang | | |
| | • apnée du sommeil ou autre trouble du sommeil | | |

h) Système digestif ▶

- | | | | |
|---------------------------|---|--|---|
| • colite ulcéreuse | • hernie | • ulcère ou chirurgie d'un ulcère | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • maladie de Crohn | • maladie ou trouble de la bouche, de la gorge ou de l'œsophage | • toute autre maladie ou tout autre trouble de l'estomac, des intestins ou du rectum | |
| • indigestion récidivante | | | |
| • saignements du rectum | | | |

i) Autres organes de l'abdomen ▶

- | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------------|--|---|
| • pancréas ou vésicule biliaire | • hépatite ou porteur de l'hépatite | • toute autre maladie ou tout autre trouble des organes de l'abdomen | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • jaunisse | • cirrhose du foie | | |
| • maladie du foie chronique | | | |

j) Reins, vessie ou organes de reproduction ▶

- | | | | |
|---|---|---|---|
| • sucre, albumine, pus ou sang dans l'urine | • test PAP ou cliché mammaire anormaux, grosseur au sein ou biopsie | • niveau élevé d'antigène prostatique spécifique (APS) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • calculs rénaux | • maladie vénérienne ou autre maladie transmissible sexuellement | • toute autre maladie ou tout autre trouble des reins, de la vessie, de la prostate, des seins ou des organes de reproduction | |
| • néphrite | | | |

k) Système immunitaire ▶

- | | | | |
|----------------|--|--|---|
| • lupus | • Sida ou résultats d'examen indiquant une exposition au virus du sida (VIH) | • toute autre maladie ou tout autre trouble du système immunitaire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • sclérodermie | | | |

l) Dos, muscles ou os ▶

- | | | | |
|---|---|--|---|
| • fibromyalgie ou syndrome de fatigue chronique | • poliomyélite | • toute autre affection ou tout autre trouble, douleur ou raideur affectant le dos, les muscles ou les os, y compris les articulations, le cou et la colonne vertébrale, ou le remplacement d'une hanche, d'un genou ou d'une autre articulation | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • douleur au dos | • microtraumatismes répétés | | |
| • maladie d'un disque | • amputation | | |
| • ostéoartrite | • autres affections invalidantes ou causant une limitation des mouvements ou obligeant l'utilisation de matériel adapté | | |
| • polyarthrite rhumatoïde | | | |
| • goutte | | | |

À noter : Si vous avez déjà souffert de maux de dos ou d'une affection au dos, veuillez remplir le *Questionnaire relatif aux maux de dos* à la section 15.

14.6 Avez-vous déjà consulté ou été soigné ou été en arrêt de travail pour une maladie ou un trouble énumérés en 14.5 f)? Oui Non

14.7 Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous pris des médicaments sur ordonnance, reçu des soins ou suivi une thérapie? Oui Non
Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions, y compris le nom du médicament et la date à laquelle il a été prescrit la dernière fois ▶ _____

14.8 Consommez-vous de l'alcool? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le nombre de consommations par semaine : vin ▶ _____ bière ▶ _____ spiritueux ▶ _____

14.9 Avez-vous déjà été soigné pour alcoolisme ou fait partie d'une association pour alcooliques ou vous a-t-on déjà conseillé de suivre un traitement pour alcoolisme ou de réduire votre consommation d'alcool? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ▶ _____

14.10 Avez-vous déjà reçu des soins, pris des sédatifs, des stimulants, des tranquillisants, des hallucinogènes, des narcotiques ou d'autres drogues (y compris de la marijuana, de la cocaïne, des amphétamines, des barbituriques, etc.) non prescrits par un médecin? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ▶ _____

14.11 Au cours des **cinq dernières années**, avez-vous :

a) eu un examen médical, une maladie, une intervention chirurgicale, une blessure ou une affection non mentionnés aux questions 14.5 à 14.7? Oui Non

b) été reçu en consultation par un chiropraticien non déjà mentionné aux questions 14.5 à 14.7? Oui Non
Dans l'affirmative, remplissez le *Questionnaire relatif aux maux de dos* à la section 15.

c) été reçu en consultation par un médecin, un psychologue ou un thérapeute non déjà mentionné aux questions 14.5 à 14.7? Oui Non

d) été admis dans un hôpital, une clinique, un sanatorium ou tout autre établissement de soins? Oui Non

e) été absent du travail pendant **plus de 15 jours consécutifs** pour des raisons de santé ou par suite d'une blessure? Oui Non

f) subi une électrocardiographie, une radiographie, des analyses de sang ou d'autres examens à des fins de diagnostic? Oui Non

g) appris que vous devriez subir des examens diagnostiques ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas été effectués? Oui Non

14.12 Au cours des **trois derniers mois**, avez-vous subi des examens médicaux ou tests diagnostiques dont vous n'avez pas encore reçu les résultats? Oui Non

14.13 Est-il prévu que vous ayez une visite de suivi ou êtes-vous en attente d'une telle visite? Oui Non

Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie

14. Renseignements médicaux (suite)

Pour toute réponse affirmative aux questions 14.1 à 14.15 ou si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez fournir des précisions à la section 14.16.

14.14 Femmes seulement

a) Avez-vous déjà eu des traitements ou des examens concernant l'infertilité, une fausse couche ou des saignements, une prééclampsie, un diabète gestationnel ou toute autre complication de la grossesse? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ▶ _____

b) Êtes-vous actuellement enceinte? Oui Non

Dans l'affirmative, quelle est la date prévue de l'accouchement ▶ _____

14.15 Si vous demandez à souscrire l'avenant Maladie grave Plus, veuillez répondre aux trois questions ci-dessous :

a) pour des raisons physiques ou psychologiques, avez-vous actuellement besoin d'aide ou de supervision d'une autre personne pour accomplir l'une des activités suivantes : conduire un véhicule, organiser votre transport, vous servir du téléphone, gérer vos finances, faire le ménage ou la lessive, faire des emplettes ou préparer vos repas? Oui Non

Actuellement ou au cours des cinq dernières années :

b) êtes-vous ou avez-vous été incapable d'accomplir par vous-même certaines activités de la vie quotidienne, comme vous laver, vous vêtir, aller à la toilette, vous alimenter, effectuer un transfert de votre lit à une chaise ou contrôler votre fonction vésicale et intestinale? Oui Non

c) recevez-vous ou avez-vous reçu des soins à domicile? bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié de services de soins aux adultes? êtes-vous ou avez-vous été admis dans une résidence pour personnes âgées, une maison de soins infirmiers ou tout autre établissement ou vous a-t-on recommandé de recevoir de tels soins ou d'intégrer un établissement de ce genre? ou utilisez-vous ou avez-vous utilisé de l'équipement médical, comme un respirateur, un appareil d'oxygène, un déambulateur, un fauteuil roulant, une canne ou tout autre type d'aide à la mobilité? Oui Non

14.16 Pour toute réponse affirmative aux questions 14.1 à 14.15 ci-dessus ou si vous avez besoin d'espace supplémentaire, veuillez fournir des précisions dans le tableau ci-dessous ▼

Numéro de la question	Affection, symptômes, durée, tests, résultats et traitement	Date (mmm/aaaa)	Nom et adresse du médecin, de la clinique et/ou de l'hôpital

Veuillez joindre une feuille distincte si vous avez besoin de plus d'espace.
(Celle-ci doit comporter le numéro de la proposition, la date et la signature de l'assuré.)

15. Questionnaire relatif aux maux de dos – remplir cette section si vous avez répondu « oui » à la question 14.5 l) ou 14.11 b)

15.1 Date du premier épisode ▶ Mois _____ Année _____ Durée des malaises ▶ _____

15.2 Date du dernier épisode ▶ Mois _____ Année _____ Durée des malaises ▶ _____

15.3 Durée maximale des malaises lors d'un épisode ▶ _____ Date ▶ Mois _____ Année _____

15.4 Date du dernier traitement ▶ Mois _____ Année _____

15.5 Donnez le diagnostic, s'il est connu ▶ _____

15.6 Fréquence des maux de dos? Une fois l'an Entre deux et cinq fois l'an Plus de cinq fois l'an

15.7 Dans quelle(s) région(s) du dos aviez-vous mal? Cou (région cervicale) Milieu du dos (région thoracique) Bas du dos (région lombo-sacrée)

15.8 La douleur irradiait-elle? Oui Non

Dans l'affirmative, où irradiait-elle? ▶ _____

15.9 Actuellement, les mouvements de votre dos sont-ils limités? Oui Non

15.10 Pour ce qui est de vos maux de dos, avez-vous déjà :

a) subi des radiographies ou d'autres examens du dos? Oui Non

b) subi une intervention chirurgicale pour des maux de dos ou vous a-t-on conseillé de le faire? Oui Non

c) été hospitalisé pour des maux de dos? Oui Non

d) été invalide ou incapable de travailler en raison de maux de dos? Oui Non

e) eu des traitements chiropratiques pour votre dos? Oui Non

15.11 Pour toute réponse affirmative aux questions 15.10 a) à e) ci-dessus, indiquez le nom complet des médecins, des chiropraticiens et des thérapeutes consultés ainsi que les dates de consultation ▶ _____

Remplissez les sections 16 à 23 si l'A.M.G. pour enfant est demandée

16. Renseignements sur l'assuré – A.M.G. pour enfant

Le père, la mère ou le tuteur légal qui fournit les renseignements à l'égard de l'enfant assuré doit connaître suffisamment ce dernier pour être en mesure de fournir des réponses complètes et exactes.

16.1	Nom (prénom, second prénom, nom de famille – en caractères d'imprimerie)	Sexe	Date de naissance (mmm/jj/aaaa)	Âge à l'anniversaire le plus proche	Province de naissance (sinon État aux États-Unis, ou pays)
Enfant assuré n° 1		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Enfant assuré n° 2		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Enfant assuré n° 3		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Enfant assuré n° 4		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

16.2 L'enfant assuré est-il citoyen ou résident permanent (immigrant admis) du Canada?

Enfant assuré n° 1	Enfant assuré n° 2	Enfant assuré n° 3	Enfant assuré n° 4
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

16.3 Nombre d'années de résidence au Canada ▶

Enfant assuré n° 1	Enfant assuré n° 2	Enfant assuré n° 3	Enfant assuré n° 4
____ années	____ années	____ années	____ années

16.4 Coordonnées de la personne à contacter à l'égard de l'enfant ou des enfants assurés

Cochez tous les enfants assurés à l'égard desquels les renseignements dans la section 16.4 a) à c) s'appliquent (**si d'autres coordonnées sont requises**, veuillez fournir ces dernières en 20.5) ▶

Enfant assuré n°

1 2 3 4

a) Nom de la personne, parmi le père, la mère ou le tuteur légal, qui connaît tous les antécédents médicaux de chaque enfant assuré ▼

Prénom ▶ _____ Second prénom ▶ _____ Nom de famille ▶ _____

b) Numéros de téléphone : Domicile ▶ (____) _____ Travail ▶ (____) _____ Cellulaire ▶ (____) _____

c) Moment le plus propice pour appeler si une entrevue téléphonique est jugée nécessaire? Jour Soir Heure ▶ _____

À noter : Pour de plus amples renseignements sur le programme d'entrevues téléphoniques avec les clients, reportez-vous à la section 30 Avis.

17. Renseignements sur le propriétaire – A.M.G. pour enfant

17.1 Qui sera le propriétaire de toute A.M.G. pour enfant établie? **Cochez une case** et donnez des précisions selon le cas ▼

L'adulte assuré nommé en 1.1

Une autre personne (indiquez prénom, second prénom et nom de famille en caractères d'imprimerie) ▶ _____

Sexe ▶ M F Date de naissance (mmm/jj/aaaa) ▶ _____

Lien entre le propriétaire et le ou les enfants assurés ▶ Père, mère Tuteur légal Grand-père, grand-mère
 Autre ▶ _____

Adresse ▶ _____

Numéro et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Le propriétaire est-il citoyen ou résident permanent (immigrant admis) du Canada? Oui Non

17.2 a) Cet enfant vit-il avec le propriétaire?

Enfant assuré n° 1	Enfant assuré n° 2	Enfant assuré n° 3	Enfant assuré n° 4
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

b) Dans la négative, précisez ▶

	Nom de la personne avec laquelle l'enfant vit	Lien avec l'enfant	Adresse (Numéro et rue, Ville, Province, Code postal)
Enfant assuré n° 1			
Enfant assuré n° 2			
Enfant assuré n° 3			
Enfant assuré n° 4			

18. Antécédents d'assurance – A.M.G. pour enfant

Le père, la mère ou le tuteur légal qui fournit les renseignements à l'égard de l'enfant assuré doit connaître suffisamment ce dernier pour être en mesure de fournir des réponses complètes et exactes.

18.1 L'un des parents ou les deux parents ou le tuteur légal sont-ils couverts par une A.M.G., une A.S.L.D. ou par une assurance vie, invalidité ou frais généraux (individuelle, collective, à titre de membre d'une association ou autre) en vigueur ou ont-ils fait la demande pour l'un ou plusieurs de ces types d'assurance? Oui Non

a) Dans l'affirmative, précisez ▶

	Nom de la société	Type d'assurance	Montant	Numéro de police
Père			\$	
			\$	
Mère			\$	
			\$	
Tuteur légal			\$	
			\$	

b) Dans la négative, précisez ▶ _____

18.2 Le parent ou le tuteur légal est-il citoyen ou résident permanent (immigrant admis) du Canada? Oui Non

18.3 Revenu annuel de l'année en cours du père, de la mère ou du tuteur légal ▶ _____ \$

18.4 a) Le ou les enfants assurés ont-ils des frères ou sœurs? Oui Non

b) Dans l'affirmative en 18.4 a), y a-t-il une A.M.G. en vigueur sur la tête des frères et sœurs? Oui Non

i) Dans l'affirmative en 18.4 b), quel est le montant d'A.M.G. en vigueur sur la tête de chaque frère et sœur? ▶ _____ \$

ii) Dans la négative en 18.4 b), précisez ▶ _____

18.5 Y a-t-il une assurance-vie ou A.M.G. en vigueur sur la tête de ou des enfants assurés ou y a-t-il une proposition d'assurance-vie ou d'A.M.G. en suspens ou envisagée à l'égard de ou des enfants assurés? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ▶	Nom de la société	Type d'assurance	Montant d'assurance (pour l'A.M.G., voir ci-dessous*)	Indiquez : • l'année d'établissement • « à l'étude » ou • « envisagée »	La protection sera-t-elle modifiée (mod.) ou remplacée (rempl.)?	Si elle est modifiée, précisez. Si une police de la Great-West est remplacée, indiquez le numéro de police.
Enfant assuré n° 1			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
Enfant assuré n° 2			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
Enfant assuré n° 3			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
Enfant assuré n° 4			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	

*Pour l'A.M.G., si le montant de la protection augmente automatiquement, indiquez le montant définitif.

19. Renseignements sur le contrat – A.M.G. pour enfant

19.1 Cochez une des cases suivantes selon que vous utilisez une illustration ou que vous répondez aux questions ci-dessous ▼

Demander le montant de protection et les avenants de garantie facultative indiqués sous la rubrique Sommaire – Protection et prime dans l'illustration ci-jointe datée du ▶ _____

Demander le montant de protection et les avenants de garantie facultative indiqués en 19.2 et 19.3

Enfant assuré n° 1

Enfant assuré n° 2

Enfant assuré n° 3

Enfant assuré n° 4

19.2 Montant de la police de base (de 10 000 \$ à 250 000 \$) ▶

Si les montants demandés diffèrent, expliquez-en la raison ▶ _____

19.3 Avenants demandés :

Avenant Remboursement de la prime à l'expiration ▶

Avenant Remboursement de la prime au décès ▶

Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie

20. Renseignements personnels – A.M.G. pour enfant

Le père, la mère ou le tuteur légal qui fournit les renseignements à l'égard de l'enfant assuré doit connaître suffisamment ce dernier pour être en mesure de fournir des réponses complètes et exactes. Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre aux questions 20.1 à 20.4, remplissez la section 20.5.

20.1 A-t-on déjà refusé, reporté ou modifié une proposition d'assurance-vie ou d'A.M.G. sur la tête de l'enfant assuré?
Dans l'affirmative, précisez ▼

Enfant assuré n° 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant assuré n° 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant assuré n° 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant assuré n° 4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

20.2 Au cours des **trois dernières années**, l'enfant assuré a-t-il participé à des courses de véhicules automobiles ou d'autres courses ou fait du parachutisme, du deltaplane, de la plongée en scaphandre autonome, des arts martiaux, de l'alpinisme ou d'autres activités ou sports dangereux, ou envisage-t-il de pratiquer de telles activités?
Dans l'affirmative, précisez ▼

Enfant assuré n° 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant assuré n° 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant assuré n° 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant assuré n° 4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

20.3 Si l'enfant assuré est en âge légal de conduire, a-t-il déjà été reconnu coupable ou été accusé d'infraction(s) aux règlements de la circulation, ou s'est-il déjà fait suspendre ou révoquer son permis?
Dans l'affirmative, indiquez le numéro de son permis de conduire, les dates et les renseignements pertinents ▼

Enfant assuré n° 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant assuré n° 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant assuré n° 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant assuré n° 4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

20.4 Au cours des **12 derniers mois**, l'enfant assuré a-t-il voyagé ou résidé hors du Canada ou des États-Unis ou envisage-t-il de voyager ou de résider hors du Canada ou des États-Unis au cours des **12 prochains mois**?
Dans l'affirmative, précisez ▼

Enfant assuré n° 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant assuré n° 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant assuré n° 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant assuré n° 4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

20.5 Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre aux questions 20.1 à 20.4 ci-dessus, veuillez fournir des précisions ci-dessous en indiquant à quel enfant assuré celles-ci s'appliquent.

Numéro de la question	Enfant assuré n°	Précisions
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	

Veuillez joindre une feuille distincte si vous avez besoin de plus d'espace. (Celle-ci doit comprendre le numéro de la proposition, la date et la signature du père, de la mère ou du tuteur légal.)

Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie

21. Renseignements médicaux – A.M.G. pour enfant

Le père, la mère ou le tuteur légal qui fournit les renseignements à l'égard de l'enfant assuré doit connaître suffisamment ce dernier pour être en mesure de fournir des réponses complètes et exactes.

21.1 a) Nom du médecin personnel ou de la clinique sans rendez-vous habituelle (si l'enfant a été vu en consultation par plus d'un médecin ou dans plus d'une clinique au cours des cinq dernières années, en dresser la liste en 21.13) ▼

Enfant assuré n° 1	
Enfant assuré n° 2	
Enfant assuré n° 3	
Enfant assuré n° 4	

b) Donnez la date de la dernière consultation (mmm/aaaa), la raison, le diagnostic, le traitement et les résultats ▼

Enfant assuré n° 1	
Enfant assuré n° 2	
Enfant assuré n° 3	
Enfant assuré n° 4	

21.2 Indiquez la taille et le poids réels actuels, non pas estimés.

	Taille	Poids	L'enfant assuré a-t-il perdu du poids au cours des 12 derniers mois?
Enfant assuré n° 1	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative , indiquez le poids perdu et la raison ▼
Enfant assuré n° 2	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative , indiquez le poids perdu et la raison ▼
Enfant assuré n° 3	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative , indiquez le poids perdu et la raison ▼
Enfant assuré n° 4	<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative , indiquez le poids perdu et la raison ▼

21.3 Est-ce qu'un membre de la famille biologique immédiate de l'enfant assuré (père, mère, frères ou sœurs) a déjà souffert d'une maladie du cœur, d'un accident cérébrovasculaire, d'hypertension artérielle, de cholestérol élevé, d'un cancer (précisez le type), de diabète (précisez : type 1 ou 2), d'une maladie du rein, de la chorée de Huntington, de la maladie du motoneurone, de la sclérose en plaques, de la fibrose kystique, de la dystrophie musculaire ou de toute autre maladie héréditaire? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau des antécédents familiaux ci-dessous. Si les enfants assurés ont des membres de leur famille biologique immédiate différents, indiquez à quel enfant assuré le membre de la famille est lié biologiquement ▼

Membre de la famille	lié biologiquement à l'enfant assuré n°	Problème de santé	Âge à l'apparition de la maladie	Âge actuel, si la personne est vivante	Âge au décès	Cause du décès
Père	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
Mère	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
Frère	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
Sœur	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					

21.4 Si l'un ou l'autre des parents du ou des enfants assurés est âgé de moins de 40 ans, veuillez remplir le tableau des antécédents familiaux des grands-parents en ce qui a trait aux problèmes de santé mentionnés en 21.3. Si les enfants assurés ont des grands-parents biologiques différents, indiquez à quel enfant assuré le grand-père ou la grand-mère est lié(e) biologiquement ▼

Membre de la famille	lié biologiquement à l'enfant assuré n°	Problème de santé	Âge à l'apparition de la maladie	Âge actuel, si la personne est vivante	Âge au décès	Cause du décès
Grand-mère maternelle	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
Grand-père maternel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
Grand-mère paternelle	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
Grand-père paternel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					

Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie

21. Renseignements médicaux (suite)

Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre aux questions 21.5 à 21.12, remplissez la section 21.13.

21.5 L'enfant assuré consomme-t-il de l'alcool?

Dans l'affirmative, indiquez le nombre de consommations par semaine ▼

Enfant assuré n° 1 Oui Non Vin ▶ _____ Bière ▶ _____ Spiritueux ▶ _____

Enfant assuré n° 2 Oui Non Vin ▶ _____ Bière ▶ _____ Spiritueux ▶ _____

Enfant assuré n° 3 Oui Non Vin ▶ _____ Bière ▶ _____ Spiritueux ▶ _____

Enfant assuré n° 4 Oui Non Vin ▶ _____ Bière ▶ _____ Spiritueux ▶ _____

21.6 L'enfant assuré a-t-il déjà consulté ou été soigné pour un trouble psychiatrique, y compris l'anxiété, la dépression, le trouble déficitaire de l'attention, un retard du développement, une déficience mentale, l'autisme ou une maladie mentale ou nerveuse, ou a-t-il déjà présenté des symptômes d'un trouble psychiatrique?

Dans l'affirmative, précisez ▼

Enfant assuré n° 1 Oui Non

Enfant assuré n° 2 Oui Non

Enfant assuré n° 3 Oui Non

Enfant assuré n° 4 Oui Non

21.7 L'enfant assuré a-t-il déjà été soigné pour alcoolisme ou fait partie d'une association pour alcooliques ou lui a-t-on déjà conseillé de suivre un traitement pour alcoolisme ou de réduire sa consommation d'alcool?

Dans l'affirmative, précisez ▼

Enfant assuré n° 1 Oui Non

Enfant assuré n° 2 Oui Non

Enfant assuré n° 3 Oui Non

Enfant assuré n° 4 Oui Non

21.8 L'enfant assuré a-t-il déjà pris des sédatifs, des stimulants, des tranquillisants, des hallucinogènes, des narcotiques ou d'autres drogues (y compris de la marijuana, de la cocaïne, des amphétamines, des barbituriques, etc.) non prescrits par le médecin?

Dans l'affirmative, précisez ▼

Enfant assuré n° 1 Oui Non

Enfant assuré n° 2 Oui Non

Enfant assuré n° 3 Oui Non

Enfant assuré n° 4 Oui Non

21.9 L'enfant assuré a-t-il déjà subi une électrocardiographie, une radiographie, une échographie, des analyses de sang ou d'autres examens à des fins de diagnostic, ou a-t-il déjà été admis dans un hôpital, une clinique, un sanatorium ou tout autre établissement de soins, ou lui a-t-on recommandé de subir des examens diagnostiques ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués?

Dans l'affirmative, précisez ▼

Enfant assuré n° 1 Oui Non

Enfant assuré n° 2 Oui Non

Enfant assuré n° 3 Oui Non

Enfant assuré n° 4 Oui Non

21.10 a) Si l'enfant assuré est actuellement âgé de moins d'un an, est-il né prématurément de plus de quatre semaines?

Dans l'affirmative, précisez ▼

Enfant assuré n° 1 Oui Non

Enfant assuré n° 2 Oui Non

Enfant assuré n° 3 Oui Non

Enfant assuré n° 4 Oui Non

b) A-t-on identifié des symptômes d'un retard staturo-pondéral ou d'un retard de croissance?

Dans l'affirmative, précisez ▼

Enfant assuré n° 1 Oui Non

Enfant assuré n° 2 Oui Non

Enfant assuré n° 3 Oui Non

Enfant assuré n° 4 Oui Non

Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie

21. Renseignements médicaux (suite)

Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre aux questions 21.5 à 21.12, remplissez la section 21.13.

21.11 L'enfant assuré a-t-il déjà été soigné pour l'une des affections suivantes ou a-t-il déjà présenté des symptômes de l'une de ces affections? Dans l'affirmative, précisez en 21.13.	Enfant assuré n° 1		Enfant assuré n° 2		Enfant assuré n° 3		Enfant assuré n° 4	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
a) • sclérose en plaques • paralysie cérébrale • syndrome de Down • dystrophie musculaire • ou toute autre maladie du motoneurone • anomalie congénitale • ou maladie héréditaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) • épilepsie • crise • blessures à la tête, lésions cérébrales • méningite • perte de connaissance • coma • accident cérébrovasculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) • asthme • toux chronique • fièvre persistante • fibrose kystique • tout autre trouble respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) • souffle cardiaque • ou tout autre trouble cardiaque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) • maladie ou trouble des reins • maladie ou trouble des voies urinaires • y compris l'investigation d'une hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) • trouble du système endocrinien, y compris de la thyroïde, des glandes surrénales ou de l'hypophyse • diabète • glycémie anormale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) • arthrite • trouble ou maladie des muscles, des articulations, des membres ou de la colonne vertébrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) • sida ou tout autre trouble du système immunitaire • a-t-il déjà reçu des résultats d'examen indiquant une exposition au virus du sida (VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) • perte de la parole • maladie des yeux • maladie des oreilles • y compris la surdité et la cécité • toute affection du nez, de la gorge ou de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) • cancer • tumeur • maladie de la peau • kyste • polype • nævus • syndrome du nævus dysplasique • hémophilie • anémie persistante • leucémie • autre trouble du système sanguin ou circulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) • troubles du système gastro-intestinal • y compris la diarrhée persistante ou chronique • une affection abdominale inflammatoire • la maladie coeliaque • l'hépatite • y compris comme porteur d'hépatite du virus • toute autre maladie du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21.12 Y a-t-il des raisons de croire que l'enfant assuré n'est pas en bonne santé ou qu'il a des symptômes, une maladie ou des problèmes de santé?

Dans l'affirmative, précisez ▼

Enfant assuré n° 1 Oui Non

Enfant assuré n° 2 Oui Non

Enfant assuré n° 3 Oui Non

Enfant assuré n° 4 Oui Non

21.13 Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre aux questions 21.1 à 21.12 ci-dessus, veuillez fournir des précisions ci-dessous en indiquant à quel enfant assuré celles-ci s'appliquent.

Numéro de la question	Enfant assuré n°	Précisions
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	

Veillez joindre une feuille distincte si vous avez besoin de plus d'espace. (Celle-ci doit comprendre le numéro de la proposition, la date et la signature du père, de la mère ou du tuteur légal.)

22. Note de couverture – à remplir pour l'enfant assuré si une assurance est demandée à son égard

Le père, la mère ou le tuteur légal qui fournit les renseignements à l'égard de l'enfant assuré doit connaître suffisamment ce dernier pour être en mesure de fournir des réponses complètes et exactes.

22.1 Au cours des 60 derniers jours, l'enfant assuré a-t-il été admis dans un hôpital ou dans tout autre établissement de soins?

22.2 L'enfant assuré :

- a) a-t-il déjà consulté un médecin, reçu des soins ou subi des examens relativement à l'une des affections suivantes : tout symptôme d'une perte de la parole ou de l'ouïe, de cécité, de diabète, de troubles cardiaques, de cancer, du sida ou d'infection par le VIH?
- b) a-t-il déjà souffert de toute anomalie congénitale ou de toute maladie héréditaire, ou a-t-il actuellement des troubles de santé nécessitant des soins ou investigations?
- c) a-t-il déjà vu une proposition d'assurance-vie ou d'A.M.G. sur sa tête être refusée, reportée ou modifiée pour des raisons médicales de quelque façon que ce soit, sauf s'il s'agit d'une police dont toutes les modifications ont été enlevées?

22.3 L'enfant assuré a-t-il l'intention de voyager hors du Canada ou des États-Unis au cours des trois prochains mois?

Enfant assure n° 1		Enfant assure n° 2		Enfant assure n° 3		Enfant assure n° 4	
Oui	Non	Oui	Non	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"/>

Directives à l'intention du conseiller

N'acceptez pas de paiement ni n'émettez de note de couverture à l'égard d'un enfant à assurer, à moins :

- que l'on ait répondu par la négative aux questions ci-dessus 22.1 à 22.3 et qu'aucune question n'ait été laissée en blanc et
- que vous ayez obtenu un paiement égal au paiement minimum stipulé.

Tout paiement accompagnant la présente proposition sera remboursé si les directives ci-dessus ne sont pas respectées.

J'ai posé les questions du Questionnaire, j'ai consigné les réponses et j'ai passé en revue la note de couverture avec le propriétaire. J'ai reçu la somme de _____ \$ à valoir sur la première prime de l'A.M.G. et j'ai établi la note de couverture. Le montant reçu est payable à la Great-West pour l'assurance A.M.G. demandée sur la tête de l'enfant assuré indiqué ci-dessous ▼

Enfant assuré n° 1 Enfant assuré n° 2 Enfant assuré n° 3 Enfant assuré n° 4

Signature du conseiller X	Ville	Province	Date (jj/mmm/aaaa)
-------------------------------------	-------	----------	--------------------

23. Note de couverture et reçu – A.M.G. pour enfant (à détacher et à remettre au propriétaire de la police d'A.M.G. pour enfant)

La présente note de couverture de La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West) garantit, dans certaines circonstances, des montants limités d'assurance contre le risque de maladie grave (A.M.G.). La présente note de couverture est régie par les dispositions de toute police d'A.M.G. établie ainsi que par les modalités indiquées ci-dessous :

- La présente note de couverture NE procure AUCUNE PROTECTION :
 - SAUF si l'enfant assuré proposé est jugé assurable selon les normes et les pratiques de la Great-West en matière de sélection des risques (aux conditions demandées ou à d'autres conditions auxquelles le propriétaire convient) à la ou aux dates auxquelles a été remplie la proposition d'assurance et ont été faits les examens ou tests médicaux ou paramédicaux demandés, le cas échéant, par la Great-West;
 - AVANT que le paiement en contrepartie duquel le reçu à la page suivante a été délivré ait bel et bien été versé (le paiement doit correspondre à au moins une prime mensuelle afférente à l'A.M.G. demandée); et
 - AVANT que la proposition d'assurance ait été remplie et que les examens médicaux et paramédicaux demandés, le cas échéant, par la Great-West aient été faits.
- Aucun montant ne sera versé aux termes de la présente note de couverture si les déclarations du propriétaire ou du père, de la mère ou du tuteur légal de l'enfant assuré proposé, à sa connaissance, sont erronées ou comportent des omissions qui peuvent modifier essentiellement le risque.
- L'acceptation par la Great-West du paiement visé par le reçu à la page suivante ne l'engage pas à garantir la protection prévue aux termes de la présente note de couverture.
- La présente note de couverture prend effet à la date à laquelle les conditions 1 b) et 1 c) sont remplies, dans la mesure où la condition 1 a) l'est déjà.
- Le montant total de l'assurance garanti aux termes de la présente Note de couverture et de toute autre Note de couverture établie par la Great-West se limite au moins élevé des sommes suivantes : 250 000 \$, le montant demandé ou le montant d'A.M.G. approuvé par la Great-West.
- Aucun paiement ne sera versé aux termes de la présente Note de couverture relativement à tout diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne.

(suite à la page suivante)

23. Note de couverture et reçu (suite) (à détacher et à remettre au propriétaire de la police d'A.M.G. pour enfant)

7. La note de couverture prendra fin automatiquement à la première des éventualités suivantes : a) La date où la police demandée entre en vigueur; b) La date où la Great-West détermine qu'aucune protection ne sera dispensée en vertu de la présente note de couverture ou c) 90 jours après la date de signature de la présente.

Il est possible que la Great-West continue de traiter la proposition, mais l'assurance garantie aux termes de la présente note de couverture ne sera plus en vigueur. Il est possible que le paiement total ou partiel à son égard remis avec la présente demande d'assurance d'A.M.G. soit conservé pendant cette période et porté au crédit de la police si cette dernière est établie ou remboursé au propriétaire si elle ne l'est pas. Tout retard dans le remboursement n'a pas pour effet d'étendre l'assurance garantie aux termes de la présente.

Aucun conseiller n'est autorisé à modifier la présente entente.

Reçu

La Great-West, compagnie d'assurance-vie accuse réception du montant de _____ \$

à valoir sur la tête de:

Enfant assuré n° 1	
Enfant assuré n° 2	
Enfant assuré n° 3	
Enfant assuré n° 4	

Note relative à la note de couverture :

Aucun montant payé ou promis, ou dont il a été accusé réception ci-dessus, n'engage en soi la Great-West à établir la note de couverture ni la ou les polices demandées. Toutes les modalités régissant la note de couverture doivent être remplies.

Ce montant servira à régler la prime initiale de toute police d'A.M.G. établie en exécution de la présente proposition dont le numéro paraît sur le reçu.

Signature du conseiller X	Ville	Province	Date (jj/mmm/aaaa)
-------------------------------------	-------	----------	--------------------

24. Note de couverture – à remplir pour l'adulte assuré si une assurance est demandée à son égard

Si l'A.I. est demandée (y compris une assurance invalidité, une assurance frais généraux, une assurance rachat de parts ou une assurance personnel clé)

1. Au cours des **60 derniers jours**, avez-vous été admis dans un hôpital ou dans tout autre établissement de soins ou vous a-t-on conseillé d'y être admis, pour une raison autre qu'une grossesse? Oui Non
2. Au cours des **deux dernières années** :
 - a) avez-vous reçu des soins en lien avec une maladie du cœur, un accident cérébrovasculaire ou un cancer, ou présenté des symptômes de ces affections? Oui Non
 - b) votre permis a-t-il été suspendu? Oui Non
 - c) avez-vous présenté une proposition d'assurance-vie, d'A.I., d'A.M.G. ou d'A.S.L.D. qui a été refusée ou reportée? Oui Non
 - d) avez-vous été absent du travail pendant **plus de 15 jours consécutifs** pour des raisons médicales ou par suite d'une blessure? Oui Non
 - e) avez-vous été soigné pour une maladie ou un trouble du dos ou relevant de la santé mentale, ou présenté des symptômes de ces types d'affections? Oui Non

Si l'A.M.G. est demandée

1. Au cours des **60 derniers jours**, avez-vous été admis dans un hôpital ou dans tout autre établissement de soins pour une raison autre qu'une grossesse? Oui Non
2. Avez-vous déjà :
 - a) été soigné pour l'une des affections suivantes ou présenté des symptômes de l'une de ces affections : angine, ECG anormal, accident ischémique transitoire (AIT), sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) ou maladie du motoneurone? Oui Non
 - b) consulté un médecin, reçu des soins ou subi des examens relativement à l'une des affections suivantes : maladie du cœur ou système circulatoire, crise cardiaque, douleurs thoraciques, accident cérébrovasculaire, paralysie, cécité, diabète, hypertension artérielle, maladie du rein, du foie ou pulmonaire chronique, cancer, sida ou infection par le VIH? Oui Non
 - c) présenté une proposition d'assurance-vie, d'A.I., d'A.M.G., d'A.S.L.D. qui a été refusée, reportée ou modifiée pour des raisons médicales de quelque façon que ce soit, sauf s'il s'agit d'une police dont toutes les modifications ont été supprimées? Oui Non

La note de couverture sera applicable aux deux types de protection, à moins d'indication contraire : assurance A.I. seulement
 assurance A.M.G. seulement

Directives à l'intention du conseiller

N'acceptez pas de paiement ni n'émettez de note de couverture, à moins :

- que l'on ait répondu par la négative aux questions ci-dessus et qu'aucune question visant le type d'assurance demandée n'ait été laissée en blanc;
- que l'assuré soit âgé de 60 ans ou moins;
- qu'au cours des **trois prochains mois**, l'assuré n'ait pas l'intention de voyager hors du Canada ou des États-Unis; et
- que vous ayez obtenu un paiement égal au paiement minimum stipulé.

Tout paiement accompagnant la présente proposition sera remboursé si les directives ci-dessus ne sont pas respectées.

J'ai posé les questions du Questionnaire, j'ai consigné les réponses et j'ai passé en revue la note de couverture avec le propriétaire. J'ai reçu la somme de _____ \$ à valoir sur la première prime et j'ai établi la note de couverture. Le montant reçu est payable à la Great-West.

Signature du conseiller X	Ville	Province	Date (jj/mmm/aaaa)
-------------------------------------	-------	----------	--------------------

F542(GWL)(f)-5/13

N/RÉF. CG 000356547

Page 23 de 32

25. Note de couverture et reçu – adulte assuré (à détacher et à remettre au propriétaire d'une police pour adulte)

La présente **note de couverture de La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West)** garantit, dans certaines circonstances, des montants limités d'assurance contre les maladies graves (A.M.G.) et d'assurance invalidité. Dans la présente note de couverture, le terme « assurance invalidité » désigne l'assurance invalidité, l'assurance frais généraux, l'assurance du personnel clé et l'assurance rachat de parts, ou toute combinaison de ces types d'assurance. La présente note de couverture est régie par les dispositions de toute police établie ainsi que par les modalités indiquées ci-dessous :

1. La présente note de couverture NE procure AUCUNE PROTECTION :
 - a) SAUF si l'assuré proposé est jugé assurable selon les normes et les pratiques de la Great-West en matière de sélection des risques (aux conditions demandées ou à d'autres conditions auxquelles le propriétaire convient) à la ou aux dates auxquelles a été remplie la proposition d'assurance et ont été faits les examens ou tests médicaux ou paramédicaux demandés, le cas échéant, par la Great-West;
 - b) AVANT que le paiement en contrepartie duquel le reçu à la page suivante a été délivré ait bel et bien été versé (le paiement doit correspondre à au moins une prime mensuelle afférente à l'A.M.G. demandée); et
 - c) AVANT que la proposition d'assurance ait été remplie et que les examens médicaux et paramédicaux demandés, le cas échéant, par la Great-West aient été faits.
2. Aucun montant ne sera versé aux termes de la présente note de couverture si les déclarations de l'assuré proposé, à sa connaissance, sont erronées ou comportent des omissions qui peuvent modifier essentiellement le risque.
3. L'acceptation par la Great-West du paiement visé par le reçu à la page suivante ne l'engage pas à garantir la protection prévue aux termes de la présente note de couverture.
4. La présente note de couverture prend effet à la date à laquelle les conditions 1 b) et 1 c) sont remplies, dans la mesure où la condition 1 a) l'est déjà.

(suite à la page suivante)

F542(GWL)(f)-5/13

N/RÉF. CG 000356547

Page 23 de 32

25. Note de couverture et reçu – à détacher et à remettre au propriétaire d'une police pour adulte (suite)

5. Le montant total de l'assurance garanti aux termes de la présente note de couverture et de toute autre note de couverture établie par la Great-West se limite au moindre d'entre le montant demandé et les montants suivants :
- Assurance invalidité (sauf Rachat de parts de l'associé) – 5 000 \$ par mois ou le montant de la prestation mensuelle d'invalidité totale approuvé par la Great-West, s'il est moins élevé.
- Mort ou mutilation accidentelles – 100 000 \$ ou le montant de la garantie Mort ou mutilation accidentelles approuvé par la Great-West, s'il est moins élevé.
- Rachat de parts de l'associé – 500 000 \$ ou le montant d'assurance rachat de parts de l'associé approuvé par la Great-West, s'il est moins élevé.
- Assurance contre les maladies graves – 500 000 \$ ou le montant d'A.M.G. approuvé par la Great-West, s'il est moins élevé.
6. Si une protection d'A.M.G. est demandée, aucun paiement ne sera versé aux termes de la présente note de couverture relativement à tout diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne.
7. La note de couverture prendra fin automatiquement à la première des éventualités suivantes : a) La date où la police demandée entre en vigueur; b) La date où la Great-West détermine qu'aucune protection ne sera dispensée en vertu de la présente note de couverture ou c) 90 jours après la date de signature de la présente.
- Il est possible que la Great-West continue de traiter la proposition, mais l'assurance garantie aux termes de la présente note de couverture ne sera plus en vigueur. Il est possible que le paiement total ou partiel à son égard remis avec la présente demande d'assurance A.I. ou d'A.M.G. soit conservé pendant cette période et porté au crédit de la police si cette dernière est établie ou remboursé au propriétaire si elle ne l'est pas. Tout retard dans le remboursement n'a pas pour effet d'étendre l'assurance garantie aux termes de la présente.

Aucun conseiller n'est autorisé à modifier la présente note de couverture.

Reçu

La Great-West, compagnie d'assurance-vie accuse réception de la somme de : _____ \$.
Cette somme doit être affectée à la prime initiale de toute police établie en execution de la présente proposition dont le numéro figure sur le présent reçu.

Note relative à l'assurance provisoire : Aucun montant payé ou promis, ou dont il a été accusé réception ci-dessus, n'engage en soi la Great-West à établir l'assurance provisoire ni la ou les polices demandées. Toutes les modalités régissant l'assurance provisoire doivent être remplies.

Signature du conseiller X	Ville	Province	Date (jj/mmm/aaaa)
--	-------	----------	--------------------

26. Primes et paiements

26.1 Est-ce qu'une réduction de primes est demandée?

Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le type de réduction demandée et le pourcentage ▼

	A.I.	A.M.G.
Réduction de la prime pour les diplômés	%	S.O.
Coordination avec une assurance collective ou d'association	%	S.O.
Réduction de la prime pour les groupes	%	S.O.
Régime d'assurance salaire	%	S.O.
Réduction de prime Relèvement Plus	%	S.O.
Autre (précisez) ▶ _____	%	%

26.2 Responsable des primes – Cochez une case et remplissez les sections appropriées ▼

Assuré

Propriétaire

Autre : Nom complet (prénom, second prénom, nom de famille) ▶ _____

Adresse ▶

Numéro et rue

Ville

Province

Code postal

À noter : Les avis de prime seront envoyés au responsable des primes.

26.3 Mode de paiement des primes – Cochez une case et remplissez les sections appropriées ▼

Paiement annuel

Facturation globale

Entente de paiement par prélèvement automatique (Autopay) – remplissez la section 26.4

À noter : Si vous désirez utiliser des comptes distincts pour la prime afférente à la police pour adulte et la prime afférente à ou aux polices pour enfant consignez les renseignements relatifs à la police pour adulte en 26.4 et remplissez le formulaire H605(f) sur le programme Autopay relativement à toute police pour enfant.

Retenue salariale

Cochez une case ▶ Ordinaire Autopay

À noter : La prime annualisée relative à toute périodicité de paiement autre qu'annuelle sera plus élevée. Sous réserve de l'approbation de la Great-West, vous pouvez modifier la périodicité de paiement de la prime pour toute autre périodicité alors offerte.

26.4 Entente de paiement par prélèvement automatique (Autopay)

Veillez remplir la présente section si la prime doit être payée au moyen de retraits mensuels automatiques du compte du titulaire auprès d'un établissement financier. **Choisissez l'une** des quatre options ci-dessous, et signez à l'endroit approprié à la section 28 après avoir lu la section 31 indiquant les *Modalités et conditions de l'entente Autopay*.

Programme Autopay en vigueur aux termes de la police numéro ▶ _____

Proposition numéro ▶ _____ présentée simultanément

Chèque ci-joint portant la mention « NUL »

Renseignements sur le compte indiqués sur le chèque ci-dessous ▼

Nom du titulaire du compte (en caractères d'imprimerie) :	_____	561
Nom de tout autre titulaire d'un compte conjoint, le cas échéant (en caractères d'imprimerie) :	_____	DATE _____
PAYEZ À L'ORDRE DE _____		\$
Nom de l'établissement financier :	_____	N° de domiciliation (Banque Scotia seulement) : _____
Adresse : _____		
Type de compte :	<input type="checkbox"/> compte chèques personnel <input type="checkbox"/> compte courant / compte d'affaires <input type="checkbox"/> compte d'épargne	
561 N° de domiciliation : _____	Code de la banque : _____	Numéro de compte : _____

À noter : Si vous joignez à la présente un spécimen de chèque portant la mention « nul » ou si vous remplissez les cases du chèque ci-dessus, les primes seront tirées du compte le même jour de chaque mois que le jour de la date de la nouvelle police, à moins que vous ne précisiez un autre jour ▼

Faire les prélèvements un autre jour – Veuillez préciser le jour du mois (Précisez un jour du mois entre le 1^{er} et le 30) ▶

Jour de prélèvement

27. Attestation et entente visant un régime d'assurance-salaire – si l'assurance invalidité demandée doit faire partie d'un régime d'assurance-salaire

Veillez lire ce qui suit avec soin avant de signer la *Convention, déclaration, autorisation et signatures* à la section 28.

Le propriétaire et l'assuré reconnaissent et conviennent que :

1. La police individuelle d'assurance invalidité demandée ou établie par la Great-West est destinée, par le propriétaire, à faire partie d'un ensemble de polices individuelles d'assurance invalidité qui formeront un régime d'assurance collective contre la maladie ou les accidents admissible par l'Agence du revenu du Canada (ARC) aux fins de l'impôt sur le revenu. Un régime d'assurance collective contre la maladie ou les accidents doit déjà exister ou être correctement mis en place immédiatement par le propriétaire de la police. Aux fins de la police, cet arrangement est considéré comme un « régime d'assurance-salaire ».
2. Le propriétaire est uniquement et entièrement responsable de la bonne exécution et du maintien en vigueur du régime d'assurance-salaire admissible par l'ARC. Conformément à l'une des exigences de l'ARC, toute prestation mensuelle d'invalidité doit être payable à l'assuré et le demeurer.
3. Le propriétaire est uniquement et directement responsable du paiement des primes exigibles en vertu de la police, si elle est établie. Toute prestation mensuelle d'invalidité payable sera déclarée à titre de revenu imposable entre les mains de l'assuré.
4. Si un régime d'assurance-salaire admissible par l'ARC n'est pas correctement mis en place et maintenu en vigueur :
 - a) L'ARC peut ne pas admettre rétroactivement les primes acquittées par le propriétaire comme dépense déductible d'impôt; et
 - b) L'ARC peut exiger que l'assuré doive inclure rétroactivement, dans le calcul de son impôt sur le revenu, le montant de la prime acquittée à titre d'avantage imposable conféré à un employé ou un actionnaire. Des intérêts et pénalités peuvent également être applicables.
5. L'avenant du régime d'assurance-salaire, dont les modalités sont définies ci-dessous, fait partie de toute police établie en vertu de la présente proposition.

AVENANT RÉGIME D'ASSURANCE-SALAIRE

DATE D'EFFET

Le présent avenant entre en vigueur à la *Date d'effet* indiquée dans les Conditions particulières établies avec les présentes et s'applique à toutes les Conditions particulières en vigueur.

INTERPRÉTATION

Les termes utilisés dans le présent avenant et dans la police ont la même signification et doivent être interprétés de la même façon, à moins que le contexte ne s'y prête pas.

CERTAINS TERMES UTILISÉS

Régime d'assurance-salaire désigne un regroupement de polices d'assurance invalidité individuelles, effectué et administré comme il convient par le *Propriétaire*, de manière à constituer un régime d'assurance collective en cas d'accident et de maladie acceptable aux yeux de l'Agence du revenu du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu.

PRESTATION DE REMBOURSEMENT DE LA PRIME

En dépit de toute disposition contraire, si un *Avenant de garantie facultative* prévoyant le versement d'une prestation de remboursement de la prime est en vigueur, toute prestation de remboursement de la prime payable aux termes d'un tel avenant sera versée au *Propriétaire*.

AVIS À LA GREAT-WEST

Le *Propriétaire* doit avertir la Great-West immédiatement par écrit si l'*Assuré* ne participe pas ou cesse de participer, pour quelque raison que ce soit, au Régime d'assurance-salaire.

PREUVE

À la réception d'un tel avis, la Great-West se réserve le droit de demander une preuve, d'une forme répondant à ses exigences, des revenus et de l'admissibilité à la protection de l'*Assuré* aux termes de la Loi sur l'assurance-emploi.

RÉDUCTION DES PRESTATIONS

En dépit de toute indication contraire, y compris, notamment, dans la disposition concernant la non-résiliation, la Great-West se réserve le droit, en fonction de toute preuve reçue, de :

- réduire le *Montant de la rente mensuelle* ou d'allonger la Période d'attente, ou les deux, conformément à son Tableau des limites d'établissement et de participation alors en vigueur ou qui était en vigueur à la Date d'effet de la police, selon celui qui est le plus avantageux pour l'*Assuré*; et
- diminuer la Prime, s'il y a lieu, pour qu'elle corresponde au montant que la Great-West aurait demandé à l'égard du *Montant de la rente mensuelle* réduit ou de la Période d'attente allongée établis aux termes de la présente disposition. La Great-West remboursera la prime excédentaire payée, le cas échéant.

Toute modification de police effectuée conformément à la présente disposition entrera en vigueur à la date à laquelle l'avis est fourni à la Great-West, laquelle informera le *Propriétaire* si une telle modification est apportée.

PRESTATIONS VERSÉES EN TROP

L'*Assuré* invalide à la date de l'avis à la Great-West doit rembourser à celle-ci la somme de tout *Montant de la rente mensuelle* versé qui excède le montant que la Great-West aurait autrement payé conformément à la disposition Réduction des prestations. La Great-West informera l'*Assuré* de tout trop-perçu, le cas échéant.

EXPIRATION

Le présent avenant expire à la plus rapprochée des dates suivantes :

- la date à laquelle la police expire; et
- la date du décès de l'*Assuré*.

28. Convention, déclaration, autorisation et signatures

Veillez lire la section au complet avec soin avant de signer.

Les termes « je », « me », « moi », « mon » et « mes » désignent le propriétaire, l'assuré, le père, la mère ou le tuteur légal de tout enfant assuré, ou titulaire du compte, selon le cas.

- A. L'assuré, le père, la mère ou le tuteur légal de tout enfant assuré et, s'il n'est pas l'assuré, le propriétaire comprennent et acceptent ce qui suit :
1. La Great-West établit l'assurance sur la base de la proposition qui lui est présentée. La proposition comprend le présent formulaire, toutes les déclarations et réponses écrites que j'ai fournies à l'égard de la présente proposition, ainsi que tous les autres renseignements que j'ai donnés à une personne autorisée représentant la Great-West ou agissant en son nom et durant une entrevue, tel qu'il est indiqué dans l'*Avis concernant le programme d'entrevues téléphoniques avec les clients*. Je comprends que tout enregistrement, toute transcription ou toute autre reproduction de ces renseignements (collectivement l'« enregistrement ») par la Great-West ou au nom de celle-ci seront considérés comme aussi exacts, complets et contraignants qu'un document écrit de ma part. Toutefois, si la Great-West me remet une copie de l'enregistrement, je consens à la passer en revue immédiatement et à communiquer sans délai avec la Great-West, si le contenu me semble inexact ou incomplet.
 2. Si, aux termes des sections 7, 8, 9, 12 et 19, les renseignements sur le type de contrat ses caractéristiques et les avenants de garantie facultative proviennent d'une illustration, alors, en dépit de toute indication contraire dans l'illustration, seuls les renseignements provenant de l'illustration dont il est question feront partie de la proposition.
 3. Les renseignements donnés (autres que ceux indiqués en 1 et 2 ci-dessus) par un assuré, un propriétaire ou le père, la mère ou le tuteur légal de tout enfant assuré, ou ceux connus de tout conseiller ou de toute personne agissant au nom de la Great-West, ne sont pas réputés être connus par la Great-West à moins d'être énoncés par écrit dans la proposition écrite ou de faire partie d'un enregistrement. Un conseiller n'a pas le droit d'exposer la Great-West à quelque risque que ce soit ni d'engager sa responsabilité.
 4. À moins d'indication contraire dans la *Note de couverture*, (si elle est établie), toute police établie en exécution de la présente proposition ne prend effet : a) qu'après délivrance de la police; b) qu'après paiement de la première prime; et c) qu'à condition qu'il n'y ait eu aucun changement dans l'assurabilité de tout assuré après la signature de la présente proposition.
 5. Si la présente proposition est approuvée et qu'une police est établie et entre en vigueur, la protection n'est accordée aux termes de la police établie en exécution de la présente proposition que s'il est donné suite à la modification ou au remplacement en lien avec mes antécédents d'assurance dont il est convenu au point 3.1 ou 18.5.
 6. Tout changement dans l'assurabilité de tout assuré survenant après la signature de la présente proposition et avant la délivrance de la police applicable, s'il est connu de l'assuré, du père, de la mère ou du tuteur légal de tout enfant assuré, doit être communiqué à la Great-West sans tarder.
 7. Si la présente proposition sert à exercer un droit ou remplace une police existante de la Great-West, la proposition applicable à la police existante fait également partie de la présente proposition.
 8. Si la proposition comporte une majoration de la rente mensuelle aux termes d'une police existante ou l'ajout d'un avenant de garantie facultative à une police existante, la clause d'incontestabilité de la police existante s'appliquera à la majoration ou à l'ajout à compter de la date d'effet de ceux-ci.
 9. Si le paiement initial accompagnant la proposition doit être remboursé pour quelque raison que ce soit, le paiement en question sera remboursé au propriétaire.
- B. L'assuré et le père, la mère ou le tuteur légal de tout enfant assuré et le propriétaire déclarent que les renseignements fournis relativement à la présente proposition sont, à leur connaissance, complets et véridiques. En cas de fausse déclaration, la Great-West a le droit de déclarer le ou les contrats nuls.
- C. Si la mise en place du système de prélèvement mensuel automatique est demandée, le propriétaire et le ou les titulaires de compte, s'ils ne sont pas les propriétaires, ont reçu, lu, compris et accepté les *Modalités et conditions du système Autopay* qui sont énoncées à la section 31.
- D. L'assuré, le père, la mère ou le tuteur légal de tout enfant assuré et, s'il n'est pas l'assuré, le propriétaire déclarent ce qui suit :
1. J'ai :
 - a) reçu et lu les *Avis* à la section 30 concernant la Great-West, la protection des renseignements personnels, le droit d'examen de dix jours, le traitement fiscal, le programme d'entrevues téléphoniques avec les clients, le MIB, Inc. (Bureau de renseignements médicaux), le relevé ou document d'information à l'intention du titulaire de police ainsi que le rapport d'enquête et je déclare en comprendre et en accepter le contenu.
 - b) expressly requested that this application and the policy, and all related documents, be in English. J'ai expressément demandé que la présente proposition, la police et tous les documents connexes soient rédigés en anglais.
 2. Si j'ai demandé l'assurance provisoire, j'ai reçu et lu les dispositions de la *Note de couverture* et j'en accepte le contenu.
 3. Si l'assurance demandée fera partie d'un RAS :
 - a) j'autorise la Great-West à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale, d'identification et de tenue de dossiers.
 - b) J'ai lu l'*Attestation et entente visant un régime d'assurance-salaire* à la section 27 et je déclare en comprendre et en accepter le contenu.

(suite à la page suivante)

28. Convention, déclaration, autorisation et signatures (suite)

E. Aux fins des autorisations et consentements ci-dessous, les termes « la Great-West » et « réassureurs » s'entendent également des personnes ou organismes agissant en leur nom.

Je donne mon autorisation et mon consentement :

1. À l'assurance visée par les présentes, à ce que la Great-West et ses réassureurs recueillent, utilisent et divulguent des renseignements sur moi ou mon état de santé ou sur l'enfant assuré ou l'état de santé de l'enfant assuré, s'il y a lieu, aux fins de la tarification, de l'administration et du règlement des sinistres, y compris aux fins énoncées ci-dessous et dans l'*Avis concernant la divulgation de renseignements personnels*, ainsi qu'à d'autres fins qui m'ont été indiquées ou que je connais. Je donne également mon autorisation et mon consentement à la divulgation de tels renseignements au propriétaire ou à tout propriétaire ultérieur.
2. À passer les examens et les tests demandés, le cas échéant, par la Great-West dans le but d'évaluer le risque médical aux termes de la présente proposition d'assurance. Sans y être limités, ces tests peuvent notamment comprendre des tests de dépistage du diabète, de troubles immunitaires, d'une infection par le virus de l'immunodéficience humaine (le VIH, soit le virus du sida) et de la présence de drogues, de nicotine ou de leurs sous-produits.
3. À ce que la Great-West et ses réassureurs transmettent un bref rapport au MIB, Inc. et communiquent à ma demande les constatations médicales et les résultats de tests me concernant ou concernant l'enfant assuré au médecin ou à la clinique sans rendez-vous mentionnés aux points 14.1 et 21.1.
4. À ce que tout médecin, tout praticien, tout hôpital ou tout autre établissement médical, de même que toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, tout bureau des véhicules automobiles ou tout autre organisme, toute autre institution ou toute autre personne ayant des renseignements sur moi ou mon état de santé ou sur l'enfant assuré ou son état de santé transmettent ces renseignements (y compris des copies de dossier) à la Great-West et à ses réassureurs.

F. **Autorisation et consentement** : Je suis au courant des raisons pour lesquelles les renseignements personnels visés par mes autorisations et consentements s'avèrent nécessaires, ainsi que des avantages et des risques de donner ou non mon autorisation ou mon consentement. Ces autorisations et consentements ainsi que toutes les autorisations et tous les consentements concernant mes renseignements personnels sont donnés conformément à la législation applicable. Ils prendront effet à la date à laquelle ils sont donnés (la date de la présente proposition, à moins d'indication contraire) et prendront fin lorsqu'ils ne seront plus requis. Ils pourront être révoqués en tout temps moyennant un avis écrit ou électronique à la Great-West, sous réserve des restrictions juridiques ou contractuelles pouvant s'appliquer. **Une copie de toute autorisation ou de tout consentement est aussi valide que l'original.**

G. Le propriétaire a versé au conseiller la somme de _____ \$ à valoir sur la prime de l'A.M.G et la somme de _____ \$ à valoir sur la prime de l'A.I.

Fait à: Ville _____ Province _____ le _____ Date (jj/mmm/aaaa)	Si le propriétaire est une entreprise , inscrire sa dénomination sociale complète en caractères d'imprimerie
Signature du propriétaire (dans le cas d'une entreprise, signature et titre du signataire autorisé) X	Signature du titulaire de compte* , s'il n'est pas le propriétaire X
Signature de l' assuré , s'il n'est pas le propriétaire X	Signature de l'autre ou des autres titulaires, dans le cas d'un compte conjoint* , si nécessaire aux besoins du compte X
Signature du père, de la mère ou du tuteur légal de chaque enfant assuré, si aucune de ces personnes n'est le propriétaire X	Signature du témoin de toutes les signatures X

L'assuré, de même que le père, la mère ou le ou les tuteurs légaux de tout enfant assuré, doivent signer et dater chacun des deux formulaires d'autorisation à la section 29.

*Le ou les titulaires de compte accusent réception également des « Modalités et conditions du système PAC » à la section 31.

29. Autorisation d'obtenir des renseignements

Aux fins de la tarification, de l'administration et du règlement des sinistres, je donne mon autorisation et mon consentement à ce que tout médecin, tout praticien, tout hôpital ou tout autre établissement médical de même que toute compagnie d'assurance, le MIB, Inc., tout bureau des véhicules automobiles, ou tout autre organisme, toute autre institution ou toute autre personne ayant des renseignements sur moi ou mon état de santé ou sur l'enfant assuré ou son état de santé transmettent ces renseignements (y compris des copies de dossier) à la Great-West et à ses réassureurs, et à ce que la Great-West et ses réassureurs recueillent de tels renseignements.

Je suis au courant des raisons pour lesquelles les renseignements personnels visés par mes autorisations et consentements s'avèrent nécessaires, ainsi que des avantages et des risques de donner ou non mon autorisation ou mon consentement. Ces autorisations et consentements ainsi que toutes les autorisations et tous les consentements concernant mes renseignements personnels sont donnés conformément à la législation applicable. Ils prendront effet à la date à laquelle ils sont donnés (la date de la présente proposition, à moins d'indication contraire) et prendront fin lorsqu'ils ne seront plus requis. Ils pourront être révoqués en tout temps moyennant un avis écrit ou électronique à la Great-West, sous réserve des restrictions juridiques ou contractuelles pouvant s'appliquer. **Une copie des autorisations et consentements ci-dessus est aussi valide que l'original.**

Fait à : Ville _____ Province _____ le _____ Date (jj/mmm/aaaa)	Signature du père, de la mère ou du tuteur légal de chaque enfant assuré X
Signature de l' assuré X	Signature du témoin de toutes les signatures X

F542(GWL)(f)-5/13

N/RÉF. CG 000356547

Page 29 de 32

29. Autorisation d'obtenir des renseignements

Aux fins de la tarification, de l'administration et du règlement des sinistres, je donne mon autorisation et mon consentement à ce que tout médecin, tout praticien, tout hôpital ou tout autre établissement médical de même que toute compagnie d'assurance, le MIB, Inc., tout bureau des véhicules automobiles, ou tout autre organisme, toute autre institution ou toute autre personne ayant des renseignements sur moi ou mon état de santé ou sur l'enfant assuré ou son état de santé transmettent ces renseignements (y compris des copies de dossier) à la Great-West et à ses réassureurs, et à ce que la Great-West et ses réassureurs recueillent de tels renseignements.

Je suis au courant des raisons pour lesquelles les renseignements personnels visés par mes autorisations et consentements s'avèrent nécessaires, ainsi que des avantages et des risques de donner ou non mon autorisation ou mon consentement. Ces autorisations et consentements ainsi que toutes les autorisations et tous les consentements concernant mes renseignements personnels sont donnés conformément à la législation applicable. Ils prendront effet à la date à laquelle ils sont donnés (la date de la présente proposition, à moins d'indication contraire) et prendront fin lorsqu'ils ne seront plus requis. Ils pourront être révoqués en tout temps moyennant un avis écrit ou électronique à la Great-West, sous réserve des restrictions juridiques ou contractuelles pouvant s'appliquer. **Une copie des autorisations et consentements ci-dessus est aussi valide que l'original.**

Fait à : Ville _____ Province _____ le _____ Date (jj/mmm/aaaa)	Signature du père, de la mère ou du tuteur légal de chaque enfant assuré X
Signature de l' assuré X	Signature du témoin de toutes les signatures X

F542(GWL)(f)-5/13

N/RÉF. CG 000356547

Page 29 de 32

30. Avis – à détacher et à remettre au ou aux propriétaires / à ou aux assurés

Dans la présente section, le terme « assuré » désigne la personne physique proposée à titre d'assuré, et les termes « nous », « notre » et « nos » désignent La Great-West, compagnie d'assurance-vie.

Avis concernant La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West)

La Great-West, membre du groupe de sociétés de la Corporation Financière Power, fournit des produits et des services d'assurance et de gestion du patrimoine. Pour obtenir de l'information à jour sur les cotes et la solidité financière de la Great-West et pour de plus amples renseignements sur nos produits et services, veuillez consulter notre site Web à l'adresse : www.lagreatwest.com.

Avis concernant la divulgation de renseignements personnels

Lorsque nous recevons une demande à l'égard d'un produit ou d'un service, la Great-West établit un dossier confidentiel qui comprend les renseignements personnels concernant l'assuré. Le dossier est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans les locaux de tierces parties agissant en notre nom. L'accès aux renseignements personnels contenus dans le dossier est réservé aux membres de notre personnel ou aux personnes autorisées par nous (p. ex., les fournisseurs de soins, le conseiller) qui se trouvent au Canada ou ailleurs, qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, à l'assuré ou au père, à la mère ou au tuteur légal de tout enfant assuré ainsi qu'aux personnes à qui l'assuré ou le père, la mère ou le tuteur légal d'un enfant assuré a accordé un droit d'accès. Par ailleurs, dans la mesure où les renseignements personnels peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués au Canada ou ailleurs ou à partir du Canada ou d'ailleurs, l'accès pourra être accordé aux personnes autorisées par les lois du Canada ou d'ailleurs, le cas échéant. L'assuré ou le père, la mère ou le tuteur légal de tout enfant assuré peut exercer son droit d'accéder à ces renseignements et d'y apporter des rectifications en écrivant à l'« Ombudsman, La Great-West, compagnie d'assurance-vie, 255, avenue Dufferin, London (Ontario) Canada N6A 4K1 ». Nous recueillons, utilisons et divulguons les renseignements personnels sur l'assuré pour : **1)** traiter la présente proposition et, si celle-ci est approuvée, pour fournir les produits ou services financiers demandés et en assurer l'administration; pour **2)** informer l'assuré ou le père, la mère ou le tuteur légal d'un enfant assuré, par téléphone ou autrement, des produits et services pouvant contribuer à la planification de la sécurité financière; pour **3)** donner suite aux demandes de règlement, les évaluer et les traiter; pour **4)** créer et mettre à jour les dossiers visant notre relation d'affaires, s'il y a lieu; et pour **5)** répondre à tout autre besoin directement lié à ce qui précède.

Remarque : Conformément aux exigences juridiques, une copie de la proposition intégrale, y compris les renseignements personnels, peut être jointe à la police au moment de la remise de celle-ci ou être fournie séparément au ou aux propriétaires actuels ou ultérieurs.

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions portant sur nos politiques et pratiques à l'égard des renseignements personnels (y compris en ce qui concerne les fournisseurs de services), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez le site www.lagreatwest.com.

Avis concernant le droit d'examen de dix jours

Le propriétaire peut annuler la police demandée dans les dix jours suivant la date à laquelle elle lui a été remise (ou, lorsque la loi le permet, dans les 60 jours suivant la date d'effet de la police si cette dernière a été établie, mais n'a pas été remise au propriétaire). Si la police est annulée, elle sera frappée de nullité depuis sa prise d'effet et toutes les primes versées à son égard seront remboursées. Ce même droit d'examen est accordé à l'égard de tout avenant établi après la prise d'effet de la police, et ce, à compter de la date de remise de l'avenant. Veuillez nous retourner la police ou l'avenant si vous exigez une annulation.

Avis concernant le traitement fiscal

Les renseignements fiscaux fournis, le cas échéant, sont d'ordre général seulement, et ne sont pas censés constituer un avis juridique ou fiscal. Le propriétaire doit consulter ses conseillers fiscaux ou juridiques professionnels à l'égard de sa situation particulière.

F542(GWL)(f)-5/13

(suite à la page suivante)

N/RÉF. CG 000356547

Page 31 de 32

31. Modalités et conditions de l'entente Autopay – à détacher et à remettre au propriétaire s'il en a fait la demande à la section 26

Demande de mise en place d'une Entente de paiement par prélèvement automatique (Autopay)

Les *Modalités et conditions de l'entente Autopay* ci-dessous s'appliquent si le mode de paiement de la prime choisi en 26.3 est l'entente Autopay et qu'une nouvelle entente Autopay doit être mise en place en fonction des renseignements indiqués en 26.4. Il est important que tous les titulaires de compte signent à la section 28. Les ententes Autopay entrent dans la catégorie des « accords de débits préautorisés », terme utilisé par l'Association canadienne des paiements.

À noter : Les prélèvements au titre de l'entente Autopay débuteront à la date de la présente proposition ou à une date ultérieure. Les paiements effectués au titre de l'entente Autopay sont assujettis aux dispositions de toute police établie en exécution de la présente proposition ou à laquelle l'entente Autopay peut s'appliquer (incluant les dispositions précisant l'échéance d'un paiement aux termes d'une police; si une date de prélèvement aux termes de la présente entente Autopay est différente de la date d'échéance du paiement, cette dernière ne change pas). Toute référence à la « présente entente Autopay » dans le présent document s'étend à toute modification ultérieure qui y est apportée.

Si le titulaire du compte n'est pas le propriétaire, le conseiller doit faire une photocopie des Modalités et conditions de l'entente Autopay ci-dessous et la remettre au titulaire du compte.

Modalités et conditions de l'entente Autopay

Autorisation	À titre de titulaire du compte, j'autorise La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West) et mon institution financière désignée au point 26.4 (une copie du point 26.4 peut être fournie par la Great-West sur demande) à prélever tous les mois sur mon compte les sommes auxquelles j'ai consenti aux termes de la présente entente Autopay comme si j'avais signé un chèque personnel. Il est entendu que les modifications qui sont apportées à la ou aux polices, y compris, s'il y a lieu, les modifications apportées aux montants de prime, au mode de paiement ou au montant du paiement requis, ou la révocation et la remise en vigueur des prélèvements automatiques des primes aux termes de la présente entente Autopay peuvent augmenter ou réduire le montant mensuel retiré ou à retirer de mon compte. Par conséquent, j'autorise de telles augmentations ou réductions, renonçant à toute exigence de préavis à leur égard. Je consens à ce que la Great-West effectue la collecte, l'utilisation, la conservation et l'échange de renseignements personnels me concernant, en ma qualité de titulaire de compte, mais uniquement dans la mesure où cela est nécessaire aux fins de la présente entente Autopay. Si je ne suis pas également le propriétaire d'une police visée par la présente entente Autopay, j'autorise la Great-West à transmettre au ou aux propriétaires de cette police tout renseignement lié à la présente entente Autopay, y compris en ce qui concerne les paiements et la provenance des fonds. Je conviens qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente entente Autopay est aussi valide que l'original.
Signatures	Je certifie que toutes les personnes dont la signature est exigée pour autoriser la présente entente Autopay ont apposé leur signature à la section 28, y compris tout titulaire d'un compte conjoint.

(suite à la page suivante)

F542(GWL)(f)-5/13

N/RÉF. CG 000356547

Page 31 de 32

30. Avis (suite)

Avis concernant le programme d'entrevues téléphoniques avec les clients

Après avoir soumis une proposition d'assurance, il est possible que l'assuré ou le père, la mère ou le tuteur légal d'un enfant assuré reçoive un appel téléphonique d'une personne autorisée qui lui demandera des renseignements personnels ainsi que des renseignements de nature financière. Nous vous assurons que ces renseignements seront traités confidentiellement et qu'ils seront utilisés dans le seul but de déterminer l'admissibilité à l'assurance. L'entrevue dure normalement de quinze à vingt minutes et se fait à un moment qui convient à l'assuré ou au père, à la mère ou au tuteur légal d'un enfant assuré. Si la personne est absente lorsque le préposé aux entrevues téléphoniques avec les clients l'appellera, il laissera son nom et un numéro de téléphone afin qu'il soit possible de le joindre sans frais et de lui fournir les renseignements nécessaires.

Avis concernant le MIB, Inc.

Les renseignements concernant l'assurabilité de l'assuré seront traités confidentiellement. Cependant, nous et nos réassureurs pouvons adresser un bref rapport à ce sujet au MIB, Inc. (MIB), anciennement appelé le *Medical Information Bureau* (Bureau de renseignements médicaux), organisme sans but lucratif coordonnant l'échange de renseignements entre les compagnies d'assurance qui en sont membres. Si une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie ou une demande de règlement est présentée à l'égard de l'assuré à une autre compagnie membre du MIB, celui-ci transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans le dossier de l'assuré.

Sur réception d'une demande accompagnée de l'autorisation appropriée, le MIB prendra les dispositions nécessaires pour transmettre les renseignements qu'il peut avoir dans le dossier de l'assuré. Si vous avez lieu de croire que certains des renseignements consignés dans le dossier du MIB sont inexacts, vous pouvez en demander la correction, soit en écrivant au MIB au 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7, soit en composant le 416 597-0590.

Nous-même et nos réassureurs pouvons également transmettre les renseignements que nous possédons à toute autre compagnie d'assurance qui a reçu une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie ou une demande de règlement à l'égard de l'assuré. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements sur le MIB en consultant son site Web à l'adresse www.mib.com.

Avis concernant le relevé ou document d'information à l'intention du titulaire de police

La police demandée dans la proposition comporte plusieurs caractéristiques précieuses et des garanties importantes. Toutefois, il faut savoir que la police peut être assujettie à certaines exceptions et réductions au titre des garanties. Ces caractéristiques et garanties peuvent être expliquées en détail par le conseiller et sont décrites dans le relevé ou document d'information à l'intention des titulaires de la police qui vous sera remis avec la police.

Avis de rapport d'enquête

Dans le cadre normal de l'étude de la proposition d'assurance, nous pouvons faire préparer un rapport d'enquête comprenant des renseignements personnels ou des renseignements sur la solvabilité. L'assuré ou le père, la mère ou le tuteur légal de l'enfant assuré a le droit de demander, par écrit, et dans un délai raisonnable, des renseignements supplémentaires sur la nature et l'étendue de cette enquête.



31. Modalités et conditions de l'entente Autopay (suite)

Modifications apportées au compte	J'informerai la Great-West si mon institution financière, ma succursale ou mon numéro de compte viennent à changer, et ce, au moins 14 jours avant le prochain jour de prélèvement afin que les retraits se poursuivent sans interruption. La Great-West peut modifier la présente autorisation selon mes directives verbales, mais n'y est pas obligée.
Transfert de droit de propriété	Je comprends que si le droit de propriété de la police est transféré ou si celle-ci est cédée, les paiements préautorisés se poursuivront dans mon compte, à moins que je n'avise la Great-West de les interrompre.
Confirmation des retraits	Je consens à examiner régulièrement mes données bancaires et si je ne suis pas d'accord quant au montant retiré de mon compte ou quant à toute modification bancaire, ou si j'ai des doutes à ce sujet, j'en aviserai la Great-West par écrit dans les 90 jours qui suivent la date du retrait ou de la modification; sinon, il est entendu que le prélèvement ou la modification seront considérés être en règle.
Insuffisance de fonds	S'il n'y a pas suffisamment de fonds dans mon compte pour régler la prime mensuelle, j'autorise la Great-West à faire une deuxième tentative pour prélever le montant exigible (« exigible » en tant que montant dû ou tout montant autrement précisé comme devant être retiré aux termes de la présente entente Autopay). Si la deuxième tentative de retrait se solde également par une insuffisance de fonds, je reconnais que les paiements préautorisés seront suspendus et possiblement annulés par la Great-West. Je comprends que les frais pour effet sans provision seront à ma charge.
Cession	Par les présentes, je renonce à ce que la Great-West m'informe préalablement par écrit de la cession par la Great-West de la présente entente Autopay.
Recours	J'ai certains droits de recours s'il arrive qu'un débit ne soit pas conforme à la présente entente Autopay. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas conforme à la présente entente Autopay. Pour en savoir davantage sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site www.cdnpay.ca .
Annulation	La présente entente Autopay peut être révoquée si un retrait est refusé ou annulé par l'institution financière, ou moyennant un préavis écrit de 30 jours remis par moi-même ou par le ou les propriétaires à la Great-West ou que la Great-West transmet à moi-même ou au ou aux propriétaires. Pour obtenir un spécimen d'avis d'annulation ou de plus amples renseignements sur mon droit d'annuler la présente entente Autopay, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le site www.cdnpay.ca . Pour en savoir davantage sur mon système PAC, je peux communiquer avec la Great-West, par téléphone au 1 800 665-2630 ou par écrit à l'adresse suivante : 60, rue Osborne Nord, Case postale 6000, Winnipeg (Manitoba) R3C 3A5. À titre de propriétaire, je conviens que si les paiements préautorisés sont suspendus, la Great-West peut, à son entière discrétion, changer d'office le mode de paiement en fonction de tout mode de débit sans autorisation préalable alors offert par elle. La Great-West, à son entière discrétion, peut demander l'établissement d'une nouvelle entente Autopay écrite si l'entente est annulée pour quelque raison que ce soit.



Rapport du conseiller

Le rapport du conseiller ne fait pas partie de la proposition. Dans la présente section, le terme « assuré » désigne la personne physique proposée à titre d'adulte assuré ou d'enfant assuré et les termes « vous », « votre », « vos » et « je » désignent le conseiller.

1. Qui a fait les premières démarches à l'égard de la présente proposition? Vous L'assuré
2. a) Depuis combien de temps connaissez-vous le ou les assurés? ► _____ an(s)
b) Vous le connaissez? Pas du tout Un peu Bien
3. Êtes-vous parent avec le ou les assurés? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez le lien de parenté ► _____
4. L'assuré a-t-il, à votre connaissance, des habitudes, une réputation, etc. qui pourraient influencer sur l'évaluation des risques? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez ► _____
5. L'assuré souffre-t-il de quelque infirmité physique évidente? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez ► _____
6. L'assuré et le père, la mère ou le tuteur légal de tout enfant assuré parlent-ils et lisent-ils le français ou l'anglais? Oui Non
7. État matrimonial de l'assuré? Marié Célibataire
 En union civile (au Québec) Conjoint de fait
8. L'assuré a-t-il changé de nom (mariage, etc.)? Oui Non
Dans l'affirmative, donnez l'ancien nom de l'assuré ► _____
9. Quelles sont les preuves médicales présentées? Sans examen médical Examen paramédical Examen médical
 ECG Analyses sanguines Échantillon d'urine
Nom de l'établissement paramédical ou du médecin examinateur et date (si elle est connue) ► _____
10. L'assurance demandée doit-elle en remplacer une autre? Oui Non
11. **Si une assurance invalidité est demandée**, la présente proposition fait-elle partie :
a) d'un régime d'assurance-salaire? Oui Non
Dans l'affirmative, avez-vous examiné l'Attestation et entente visant un régime d'assurance-salaire à la section 27 avec l'assuré? Oui Non
b) d'un groupement autre qu'un régime d'assurance-salaire? Oui Non
12. **Si la proposition vise l'A.M.G.**, est-ce que l'assuré demande une autre protection dans le cadre d'un groupement de polices d'assurance commerciale? Oui Non
13. **Si vous avez répondu « oui » à la question 11 ou 12**, donnez des précisions sur les autres polices ou proposition liées à ce groupe ci-dessous ▼

Nom de l'assuré (prénom, nom de famille)	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Numéro de police ou de proposition

(suite à la page suivante)

Rapport du conseiller (suite)

14. Avez-vous inscrit toutes les réponses en présence du propriétaire, de l'assuré et du père, de la mère ou du tuteur légal de chaque enfant assuré avant que la présente proposition soit signée? Oui Non
15. Avez-vous inscrit toutes les réponses dans une province où vous avez le permis d'exercice requis? Oui Non
16. Avez-vous recueilli le paiement de la prime couvrant au moins un mois? Oui Non
17. Avez-vous remis au propriétaire la *Note de couverture et le reçu*, le cas échéant et tous les autres *Avis* applicables? Oui Non

18.	Nom du conseiller (prénom et nom de famille, en caractères d'imprimerie)	N° du compte de commissions de la Great-West (6 chiffres)	Part de la commission	Fonds de roulement
			%	<input type="checkbox"/> FRC <input type="checkbox"/> FRI
			%	<input type="checkbox"/> FRC <input type="checkbox"/> FRI
			%	<input type="checkbox"/> FRC <input type="checkbox"/> FRI

19.		Assurance invalidité	Frais généraux	Rachat de parts	Personnel clé	A.M.G.	Paiement total
	Prime annuelle totale (y compris le facteur de police)	\$	\$	\$	\$	\$	\$
	Prime fractionnée totale	\$	\$	\$	\$	\$	\$

À noter : Si une police est établie, ses modalités prévaudront et pourraient différer de celles de l'illustration fondée sur le processus de tarification de la Great-West.

20. Paiement de _____ \$ reçu le _____ date (jj/mmm/aaaa).
21. Donnez toute autre information pertinente ci-dessous. Veuillez joindre une feuille distincte si vous avez besoin de plus d'espace. (Celle-ci doit comprendre le numéro de la proposition, la date et votre signature.)

22. J'affirme avoir posé toutes les questions de la présente proposition et avoir consigné toutes les réponses de l'assuré et du père, de la mère ou du tuteur légal de tout enfant assuré. À ma connaissance, aucun renseignement important pouvant influencer sur l'assurabilité de l'assuré n'a été omis. J'ai fourni au propriétaire par écrit l'information qui suit : **a)** le nom de la ou des compagnies que je représente; **b)** le fait que je touche une rémunération (comme des commissions) pour la vente de produits d'assurance vie ou maladie; **c)** le fait que je peux recevoir une rémunération additionnelle sous la forme de bonis, d'une participation à des congrès ou de toute autre mesure d'encouragement à la vente; et **d)** tout conflit d'intérêt réel ou potentiel me concernant dans le cadre de la présente transaction.

Signature du conseiller X	Ville	Province	Date (jj/mmm/aaaa)
--	-------	----------	--------------------