

Pages de produits relatives à la proposition d'assurance-vie, d'assurance contre les maladies graves et d'assurance invalidité

Nom de la première personne à assurer (prénom, second prénom, nom de famille)	Document qui fait partie de la proposition n° :
Nom de la deuxième personne à assurer (prénom, second prénom, nom de famille)	

1. Renseignements généraux

1.1 Mode de paiement

- Mensuellement, par entente de débit préautorisé – remplissez la section 18.3 de la proposition
 Paiement annuel

À noter : La prime annualisée relative à toute périodicité 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.

- 1.2 Situation fumeur/non-fumeur : Première personne à assurer : Fumeur Non-fumeur
Deuxième personne à assurer : Fumeur Non-fumeur

- 1.3 Est-ce qu'une réduction de primes est demandée? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le type de réduction demandée et le pourcentage :	Assurance invalidité	Assurance contre les maladies graves
<input type="checkbox"/> Réduction de la prime pour les diplômés	%	n/a
<input type="checkbox"/> Coordination avec une assurance collective ou d'association	%	n/a
<input type="checkbox"/> Réduction de la prime pour les groupes	%	n/a
<input type="checkbox"/> Régime d'assurance-salaire	%	n/a
<input type="checkbox"/> Réduction de prime Majoration plus	%	n/a
<input type="checkbox"/> Réduction de prime approuvée par le siège social (nom du programme) _____	%	%

Dans le cas de l'assurance contre les maladies graves et de l'assurance invalidité >

2. Renseignements sur le contrat d'assurance-vie temporaire

(remplissez aussi la section 4, selon ce qui est applicable)

- 2.1 Assurance de base _____ \$

- 2.2 Protection sur une tête Protection conjointe payable au premier décès

2.3 Type de contrat :

- Temporaire 10 ans Temporaire 20 ans

- Garantie polices multiples : Nom de la personne à assurer aux termes de l'autre proposition ou police :

Prénom _____ Second prénom _____ Nom de famille _____

3. Renseignements sur le contrat d'assurance-vie avec participation

(remplissez aussi la section 4, selon ce qui est applicable)

- 3.1 Assurance de base _____ \$

- 3.2 Protection sur une tête Protection conjointe payable au premier décès

- Protection conjointe payable au dernier décès (Primes payables jusqu'au : Premier décès Dernier décès)

3.3 Type de contrat :

- Assurance-vie avec participation de la Great-West : Succession plus Succession plus – 20 primes garanties
 Patrimoine plus Patrimoine plus – 20 primes garanties

3.4 Participations :

- Bonifications d'assurance libérée

- Majoration de la protection : (1) Avec capital maximum ou Avec capital initial de _____ \$

- (2) Garantie : 10 ans ou La vie durant

- Réduction de la prime (prime annuelle seulement) – Affectez tout excédent à l'option :

- Bonifications d'assurance libérée

- Autre (précisez) : _____

- Participations capitalisées Versement en espèces

- 3.5 Option de dépôt supplémentaire (ODS)* – montant _____ \$

- Prime prévue : Prime annuelle Débit préautorisé (doit correspondre à la périodicité de paiement de la prime)

- Prime unique

*Uniquement offerte au titre des options de participation Bonifications d'assurance libérée et Majoration de la protection.

La Great-West et la conception graphique de la clé sont des marques de commerce de La Great-West, compagnie d'assurance-vie.

© La Great-West, compagnie d'assurance-vie, tous droits réservés.

Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Great-West est strictement interdite.

4. Renseignements sur les garanties et avenants supplémentaires d'assurance-vie temporaire et d'assurance-vie avec participation

Indiquez les garanties et avenants supplémentaires demandés. Consultez le guide des produits pour les modalités d'offre.

- 4.1 Avenant sur la tête de l'assuré : Temporaire 10 ans _____ \$ Temporaire 20 ans _____ \$
- 4.2 Avenant sur la tête d'un assuré supplémentaire – Remplissez la section 3 de la proposition et désignez le bénéficiaire en 9.4 c).
_____ \$ Temporaire 10 ans Temporaire 20 ans
- 4.3 Avenant d'assurance-vie temporaire renouvelable et transformable (avenant d'assurance temporaire sur une tête au titre de contrats conjoints seulement) :
Première personne à assurer : Temporaire 10 ans _____ \$ Temporaire 20 ans _____ \$
Deuxième personne à assurer : Temporaire 10 ans _____ \$ Temporaire 20 ans _____ \$
- 4.4 Avenant AssurEnfant – Vie temporaire – Remplissez la section 5 de la proposition et désignez le bénéficiaire en 9.4 b). _____ \$ **par enfant**
- 4.5 Garantie en cas de décès accidentel _____ \$
- 4.6 Avenant d'assurabilité garantie _____ \$
- 4.7 Exonération des primes en cas d'invalidité :
 Sur la tête de la personne à assurer Sur la tête de la deuxième personne à assurer (contrats conjoints seulement)
- 4.8 Exonération des primes en cas de décès :
 Sur la tête de la première personne à assurer au titre de la protection conjointe
 Sur la tête de la deuxième personne à assurer au titre de la protection conjointe (contrats conjoints payables au dernier décès seulement)
- 4.9 Invalidité de la personne exonérée (assurance-vie avec participation seulement)
- 4.10 Décès de la personne exonérée (assurance-vie avec participation seulement)
- 4.11 Avenant Protection de la croissance de l'entreprise (propriétaires d'entreprise seulement) :
 10 ans 15 ans
Montant de l'option : _____ \$ (le montant maximal aux termes de l'avenant est égal à quatre fois le montant de l'option)

5. Renseignements sur le contrat Vie universelle

(remplissez aussi la section 6)

- 5.1 a) Type de contrat :
 Vie universelle de la Great-West **ou** Vie universelle avec bonification – client de la Great-West : _____ \$
- b) Montant de la prime prévue : _____ \$ Mensuellement, par débit préautorisé **ou** Annuellement
- 5.2 a) Protection sur une tête Protection conjointe payable au premier décès
 Protection conjointe payable au dernier décès
- b) Option de prestation de décès : Protection plus
 Uniforme (Choisissez « Croissant annuellement » comme coût d'assurance)
- c) Option du coût d'assurance (CDA) : Croissant annuellement (CA) Uniforme
CDA à période déterminée de versement : 10 ans 15 ans 20 ans
- 5.3 **Paiement à même la valeur totale du compte** au premier décès (protection conjointe payable au dernier décès seulement) :
• Offert avec l'option de prestation de décès Protection plus uniquement.
• Si aucun pourcentage n'est indiqué, 25 pour cent sera utilisé. Précisez le pourcentage en 9.4 g) de la proposition.
• Aucun paiement provenant de la valeur totale du compte ne comprend la valeur en espèces garantie pouvant s'être accumulée aux termes d'une option de CDA à période déterminée de versement (10, 15 ou 20 ans).

6. Renseignements sur les garanties et avenants supplémentaires du contrat Vie universelle

- 6.1 Décès par accident (protection sur une tête **ou** protection conjointe payable au premier décès seulement) :
Première personne à assurer : _____ \$ **Deuxième personne à assurer :** _____ \$
- 6.2 Garantie de paiement d'office (précisez les montants annuels) :
a) Protection sur une tête
 En cas d'invalidité totale de la personne à assurer (non offerte pour un enfant assuré) _____ \$
 Sur la tête du responsable des primes – Remplissez la section 8 de la proposition et soumettez une justification d'assurabilité complète :
 Invalidité totale (si la personne à assurer est un enfant, le décès est également couvert) _____ \$
 Décès _____ \$

6. Renseignements sur les garanties et avenants supplémentaires du contrat Vie universelle (suite)

- 6.2 b) Protection conjointe payable au premier décès – en cas d'invalidité totale de la :
 Première personne à assurer _____ \$
 Deuxième personne à assurer _____ \$
- c) Protection conjointe payable au dernier décès :
 en cas de décès de celle des personnes à assurer qui meurt la première _____ \$
ou en cas de décès ou d'invalidité totale de la :
 Première personne à assurer _____ \$
 Deuxième personne à assurer _____ \$
- 6.3 Avenant d'assurance-vie temporaire renouvelable et transformable (protection sur une tête seulement)
 Temporaire 10 ans _____ \$ Temporaire 20 ans _____ \$
- 6.4 Avenant d'assurance-vie temporaire renouvelable et transformable (avenant d'assurance temporaire sur une tête au titre de contrats conjoints seulement) :
Première personne à assurer : Temporaire 10 ans _____ \$ Temporaire 20 ans _____ \$
Deuxième personne à assurer : Temporaire 10 ans _____ \$ Temporaire 20 ans _____ \$
- 6.5 Avenant d'assurabilité garantie (protection sur une tête seulement) _____ \$
- 6.6 Indemnité forfaitaire en cas d'invalidité – **cochez une** des options suivantes :
 _____ % de la valeur de rachat nette de la police calculée conformément à la garantie (minimum de 25 pour cent; maximum de 100 pour cent). **À noter :**
• Aucun paiement provenant de la valeur de rachat nette ne comprend la valeur en espèces pouvant s'être accumulée aux termes d'une option de CDA à période déterminée de versement (10, 15 ou 20 ans).
ou
• Exclut six fois la déduction mensuelle actuelle.
 Exclure la garantie
- 6.7 a) Garantie Assurance sur plusieurs têtes – Remplissez la section 7 de la proposition. Tous les assurés aux termes de la garantie Assurance sur plusieurs têtes doivent signer à la section 21 de la proposition.
- b) **Si vous avez choisi la garantie Assurance sur plusieurs têtes et l'option de prestation de décès Protection plus, cochez une** des options suivantes :
 Partie de la valeur totale du compte calculée au prorata payable au décès de chaque personne à assurer.
 _____ pour cent de la valeur totale du compte payable au décès de chaque personne à assurer (minimum de 25 pour cent; maximum de 100 pour cent, excluant 12 fois la déduction mensuelle actuelle). Si aucun pourcentage n'est indiqué, 25 pour cent sera utilisé.
 Valeur totale du compte payable au décès de l'assuré aux termes de la police qui meurt le dernier (option par défaut si aucune autre case n'est cochée).
- 6.8 Avenant AssurEnfant – Vie temporaire – Remplissez la section 5 de la proposition et désignez le bénéficiaire en 9.4 b). _____ \$ par enfant
- 6.9 Maximisation de la valeur
• Permet que des rajustements soient faits au montant d'assurance afin qu'un traitement optimal de l'impôt soit appliqué à la police en entier.
• Pour toute diminution du montant d'assurance, un consentement écrit doit être donné au moment de chaque diminution.
À noter : Si la Maximisation de la valeur n'est pas choisie, aucune augmentation ni diminution ne s'appliqueront. Pour les rajustements du montant d'assurance, permettre :
 À la fois des augmentations d'office et des diminutions optimales avec l'option CDA Croissant annuellement
 Des augmentations d'office seulement avec l'option CDA : CA Uniforme 10 ans 15 ans 20 ans
(Si aucun choix de CDA n'est fait, l'option « Croissant annuellement » sera choisie d'office.)
 Des diminutions optimales seulement avec l'option CDA Croissant annuellement
Si la Maximisation de la valeur est choisie, mais qu'aucune des trois options ci-dessus n'est sélectionnée, l'option CDA Croissant annuellement et « augmentations d'office et diminutions optimales » s'appliqueront.
- 6.10 Avenant Protection de la croissance de l'entreprise (propriétaires d'entreprise seulement)
 10 ans 15 ans
Montant de l'option : _____ \$ (le montant maximal aux termes de l'avenant est égal à quatre fois le montant de l'option)

7. Renseignements sur le contrat et les avenants d'assurance contre les maladies graves pour enfants

	Enfant n° 1	Enfant n° 2	Enfant n° 3	Enfant n° 4
7.1 Montant de la police de base (de 10 000 \$ à 250 000 \$)	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
7.2 Avenants demandés?				
Remboursement de la prime à l'expiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remboursement de la prime au décès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Renseignements sur le contrat et les avenants d'assurance contre les maladies graves pour adultes

8.1 Type d'assurance : Personnelle _____ \$
 Commerciale : Personnel clé _____ \$
 Rachat de parts _____ \$
 Prêt commercial _____ \$

8.2 Demandez-vous la prime échelonnée? Oui Non

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

Personnelle	Commerciale	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prestation uniforme, jusqu'à 65 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exonération des primes en cas d'invalidité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remboursement de la prime au décès
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie grave : Cochez une case : <input type="checkbox"/> Maladie grave <input type="checkbox"/> Maladie grave Plus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augmentation automatique de la prestation : Cochez une case : <input type="checkbox"/> 45 % <input type="checkbox"/> 100 %
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prestation uniforme, jusqu'à 75 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exonération des primes en cas d'invalidité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remboursement de la prime au décès
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie grave : Cochez une case : <input type="checkbox"/> Maladie grave <input type="checkbox"/> Maladie grave Plus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remboursement de la prime : Cochez une case : <input type="checkbox"/> 10 ans et + <input type="checkbox"/> 15 ans et + <input type="checkbox"/> Âge 60 et +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Second événement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augmentation automatique de la prestation : Cochez une case : <input type="checkbox"/> 45 % <input type="checkbox"/> 100 %
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remboursement de la prime à l'expiration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prestation uniforme : Cochez une case : <input type="checkbox"/> Jusqu'à 75 ans (primes pendant 20 ans) <input type="checkbox"/> Jusqu'à 75 ans (primes pendant 30 ans)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exonération des primes en cas d'invalidité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remboursement de la prime au décès
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie grave : Cochez une case : <input type="checkbox"/> Maladie grave <input type="checkbox"/> Maladie grave Plus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Second événement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remboursement de la prime à l'expiration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prestation uniforme, vie durant (libérée à 100 ans)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exonération des primes en cas d'invalidité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remboursement de la prime au décès
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie grave : Cochez une case : <input type="checkbox"/> Maladie grave <input type="checkbox"/> Maladie grave Plus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remboursement de la prime : Cochez une case : <input type="checkbox"/> 10 ans et + <input type="checkbox"/> 15 ans et + <input type="checkbox"/> Âge 60 et +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Second événement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Augmentation automatique de la prestation : Cochez une case : <input type="checkbox"/> 45 % <input type="checkbox"/> 100 %
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prestation uniforme, temporaire 10 ans renouvelable jusqu'à 75 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exonération des primes en cas d'invalidité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remboursement de la prime au décès
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie grave : Cochez une case : <input type="checkbox"/> Maladie grave <input type="checkbox"/> Maladie grave Plus
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remboursement de la prime : Cochez une case : <input type="checkbox"/> 10 ans et + <input type="checkbox"/> Âge 60 et +
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Second événement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remboursement de la prime à l'expiration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prestation décroissante : Cochez une case : <input type="checkbox"/> 10 ans <input type="checkbox"/> 15 ans <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exonération des primes en cas d'invalidité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remboursement de la prime au décès
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladie grave : Cochez une case : <input type="checkbox"/> Maladie grave <input type="checkbox"/> Maladie grave Plus

9. Renseignements sur le contrat et les avenants d'assurance invalidité

9.1 Type de contrat : Le Professionnel La PME^{plus} Le Protecteur _____

9.2

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

9.3 Classe professionnelle : 4A 3A 2A A B

9.4 Demandez-vous la prime échelonnée? Oui Non

9.5 Indiquez les avenants de garantie demandés et remplissez les parties appropriées (vous pouvez choisir un avenant de chaque groupe ci-dessous s'il est applicable à votre police) :

Indexation selon le coût de la vie (IPC)

Option de protection du revenu _____ \$

Protection relative à la propre profession (classes 4A et 3A seulement)

Prolongation de la période de profession habituelle

Invalidité partielle

Cochez une case : Avenant Invalidité partielle Avenant Invalidité partielle majoré

Indemnisation limitée le premier jour en cas d'accident _____ \$

Indemnisation le premier jour en cas d'accident _____ \$

Protection Épargne-retraite Plus

Cochez une case : 24 mois 60 mois 120 mois Jusqu'à 65 ans _____ \$

Rente viagère en cas d'accident et Rente viagère décroissante en cas de maladie _____ \$

Remboursement de la prime (50 %)

Avenant destiné aux professionnels de la santé

Mort ou mutilation accidentelles – Désignez un bénéficiaire en 9.2 de la proposition. _____ \$

Autre (précisez) : _____

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

Dans l'affirmative, précisez : _____

10. Renseignements sur le contrat et les avenants d'assurance frais généraux

10.1 Type de contrat : Frais généraux du Professionnel Frais généraux de La PME

10.2

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

10.3 Classe professionnelle : 4A 3A 2A A B

10.4 Indiquez les avenants de garantie demandés et remplissez les parties appropriées (vous pouvez choisir un avenant de chaque groupe ci-dessous s'il est applicable à votre police) :

Option d'accroissement de la protection _____ \$

Protection relative à la propre profession (classes 4A et 3A seulement)

Invalidité partielle (classes 2A, A et B seulement)

Indemnisation alternative (classes 4A et 3A seulement)

Avenant destiné aux professionnels de la santé

Remboursement de la prime (50 %)

11. Renseignements sur le contrat et les avenants d'assurance Rachat de parts de l'associé

11.1 Type de contrat : Rachat de parts de l'associé

11.2 Date de début de l'indemnisation : 12 mois 18 mois 24 mois 36 mois

11.3 Options de versement des prestations : Somme forfaitaire* _____ \$

Paiement mensuels : _____ \$

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

* La somme forfaitaire ne peut pas dépasser la moins élevée des sommes suivantes : la limite d'établissement ou la valeur assurable maximale multipliée par la part de la personne à assurer dans l'entreprise exprimée en pourcentage.

11.4 Classe professionnelle : 4A 3A 2A

12. Signature(s)

Je comprends que les présentes Pages de produits font partie de la *Proposition d'assurance-vie, d'assurance contre les maladies graves et d'assurance invalidité* ou de la *Proposition d'assurance-vie, d'assurance contre les maladies graves et d'assurance invalidité – version à utiliser au téléphone* présentée à La Great-West, compagnie d'assurance-vie.

Fait à (Ville) _____ (Province) _____ le

J	J	M	M	M	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---

X

Signature du ou des **propriétaires** (dans le cas d'une **entité**, signature et titre du signataire autorisé)