

Numéro du contrat : _____

Langue du contrat :
Français Anglais

VIE : VieMax (T100 trad.)
Vie entière garantie (trad.)
MG : Quiétude T10 de base
Quiétude T20 de base

Réservé à la compagnie : _____

PERSONNE À ASSURER

Assuré seulement Assuré et preneur

1 Nom Prénom _____ Nom _____ Nom à la naissance _____

2 Adresse N° _____ Rue _____ Appartement _____ Ville _____ Province _____ Code Postal _____

3 Téléphone Résidence _____ Travail _____ Poste _____ Cellulaire _____ Courriel _____

4 Naissance Date de naissance _____ Sexe F M Lieu de naissance _____

5 Statut Privilégié Regulier Est-ce que vous parlez et comprenez le français? Oui Non Si non, indiquez votre langue: _____

6 Bénéficiaire au décès Prénom et nom _____ Date de Naissance _____ Sexe F M Lien avec la personne à assurer Conjoint: marié uni civilement de fait autre précisez: _____ Statut Révocable Irrévocable

7 Bénéficiaire subrogé Prénom et nom _____ Date de Naissance _____ Sexe F M Lien avec la personne à assurer Conjoint: marié uni civilement de fait autre précisez: _____ Statut Révocable Irrévocable

PRENEUR SEULEMENT

1 Nom Prénom _____ Nom _____

2 Adresse Même adresse que la personne assurée
N° _____ Rue _____ Appartement _____ Ville _____ Province _____ Code Postal _____

3 Téléphone Téléphone _____ Courriel _____

4 Naissance Date de naissance _____ Sexe F M

PROTECTIONS DEMANDÉE(S) - L'en vigueur à émission simplifiée est limité à 100 000 \$ d'assurance vie et 75 000 \$ (25 000 \$ de 61 à 65 ans) d'assurance maladies graves par assuré.

VIE	Produit	Âges éligibles	Montants disponibles	Montant désiré	MALADIES GRAVES	Produit	Âges éligibles	Montants disponibles	Montant désiré
	VieMAX (T100 trad.)	0 à 50 ans	25 000 \$ à 100 000 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$		Quiétude T10 de base	18 à 60 ans	25 000 \$ à 75 000 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$
Vie entière garantie (trad.)	0 à 44 ans	25 000 \$ à 100 000 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$	Quiétude T20 de base	61 à 65 ans	25 000 \$ seulement	<input type="checkbox"/> _____ \$	<input type="checkbox"/> GRPD	
	45 à 50 ans	10 000 \$ à 100 000 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$		18 à 55 ans	25 000 \$ à 75 000 \$	<input type="checkbox"/> _____ \$	<input type="checkbox"/> GRPD	

Fracture accidentelle Mutilation accidentelle

NOTE : Une illustration (tableau du siège social) doit être soumise avec la proposition.

USAGE DU TABAC (PERSONNE À ASSURER)

Au cours des douze derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare* ou la pipe ou fait usage de marijuana, de toute autre forme de tabac ou d'un substitut comme de la gomme, des timbres de nicotine (pâches) ou une médication antitabagique ?

Oui (taux régulier) Non (taux privilégié)

* Si vous fumez moins de douze cigares par année, vous êtes admissible aux taux privilégiés.

PRIME ET PAIEMENT

Mode Mensuel Semestriel Annuel

Retrait direct À la livraison Chèque inclus

Prime totale _____ \$

Premier versement _____ \$

Veillez compléter l'accord de débit préautorisé (DPA) à la page 3 de la proposition lorsque le «retrait direct» est choisi comme méthode de paiement. Pour être valide, la page 3 doit être signée par le titulaire du compte.

REPRÉSENTANT

Rémunération: de carrière accélérée

Le représentant déclare:

- que le preneur et la personne à assurer ont lu toutes les questions de la présente proposition et que, à sa connaissance, leurs réponses sont véridiques et complètes;
- qu'il a personnellement vu la personne à assurer ainsi que l'original de la pièce d'identification présentée par le preneur.

Nom du ou des représentants	Cocher si stagiaire	Code représentant	Code centre financier	% de répartition	Courriel
	<input type="checkbox"/>			%	
	<input type="checkbox"/>			%	

Nom (en majuscules) et signature du ou des représentants

Nom (en majuscules) et signature du superviseur (Québec seulement)

QUESTIONNAIRE POUR LA PERSONNE À ASSURER - ASSURANCE VIE - ASSURANCE MALADIES GRAVES

	Oui	Non
1 Demeurez-vous au Canada depuis moins de 12 mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Au cours des deux dernières années, avez-vous soumis une demande d'assurance-vie ou une demande de remise en vigueur d'une assurance-vie qui a été refusée, différée ou acceptée sous réserve d'une surprime par un assureur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Avez-vous déjà souffert ou reçu un diagnostic d'une des affections énumérées ci-dessous ou avez-vous été traité, consulté un médecin, ou obtenu des résultats de tests anormaux à l'égard de l'une d'elles ou avez-vous présenté des symptômes de l'une d'elles?		
a) cancer ou autre affection maligne, tumeur, polype du colon ou tout autre excroissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) troubles neurologiques ou du neurone moteur, sclérose en plaques, engourdissements, névrite optique, faiblesse des extrémités ou perte de sensation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) maladie cardiaque congénitale, angine, angioplastie, pontage des artères coronaires, crise cardiaque, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), ischémie cérébrale transitoire (ICT), artériosclérose ou autre maladie cérébrovasculaire ou tout autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins ou toute anomalie à l'électrocardiogramme (ECG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) troubles au sein (masse, kyste, écoulement inhabituel, modification physique, biopsie, mammographie anormale ou échographie anormale), troubles de la prostate, maladies du foie ou maladies des reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) VIH (virus du SIDA), SIDA, affection du système immunitaire, autre maladie liée au SIDA, hépatite B, C, chronique ou porteur d'hépatite B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) bronchite chronique ou emphysème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) alcoolisme ou toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) troubles nerveux ou mentaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Souffrez-vous ou avez-vous souffert de symptômes, de malaises ou avez-vous des signes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou avez-vous été avisé de subir des tests ou une opération qui n'ont pas encore eu lieu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Au cours des cinq dernières années avez-vous :		
a) fait usage de cocaïne, d'héroïne, d'hallucinogènes, de stéroïdes anabolisants, de méthadone ou de toute autre drogue forte (excluant la marijuana et le haschisch) ou avez-vous subi une cure de désintoxication en raison de votre consommation d'alcool ou de drogues?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) été reconnu coupable d'infraction et/ou d'actes criminels ou des accusations d'infractions et/ou d'actes criminels ont-elles été portées contre vous ou êtes-vous en attente d'un procès pour infraction et/ou acte criminel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	HOMME				FEMME			
	Taille (pieds)	Taille (cm)	Poids (livres)	Poids (kilos)	Taille (pieds)	Taille (cm)	Poids (livres)	Poids (kilos)
6 Votre poids actuel excède-t-il le poids correspondant à votre taille dans le tableau ci-contre ?	5' 0" – 5' 3"	152 – 160	208	94	5' 0" – 5' 3"	152 – 160	191	87
Veuillez indiquer s'il vous plaît votre poids et votre taille :	5' 4" – 5' 6"	161 – 168	230	104	5' 4" – 5' 6"	161 – 168	213	97
Poids : _____ Taille : _____	5' 7" – 5' 9"	169 – 175	250	113	5' 7" – 5' 9"	169 – 175	229	104
Si vous avez répondu OUI à au moins une des questions ci-dessus, vous n'êtes pas admissible à cette assurance.	5' 10" – 6' 0"	176 – 183	270	122	5' 10" – 6' 0"	176 – 183	249	113
_____	Plus de 6' 0"	Plus de 183	291	132	Plus de 6' 0"	Plus de 183	274	124

Votre conseiller peut cependant vérifier votre admissibilité à une assurance à émission régulière.

Note : La Compagnie se réserve le droit de faire une évaluation sur d'autres éléments que ceux précités.

QUESTIONS SUPPLÉMENTAIRES POUR LA PERSONNE À ASSURER - ASSURANCE MALADIES GRAVES

1 Au cours des deux dernières années, avez-vous soumis une demande d'assurance maladies graves ou soins longue durée ou une demande de remise en vigueur d'une assurance maladies graves ou soins longue durée qui a été refusée, différée ou acceptée sous réserve d'une surprime par un assureur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Avez-vous déjà souffert ou reçu un diagnostic d'une des affections énumérées ci-dessous ou avez-vous été traité, consulté un médecin, ou obtenu des résultats de tests anormaux à l'égard de l'une d'elles ou avez-vous présenté des symptômes de l'une d'elles?		
a) maladie de Crohn ou colite ulcéreuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) troubles des yeux et des oreilles (excluant la myopie, la presbytie et les otites)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Est-ce que deux ou plusieurs membres de votre famille immédiate (père, mère, frères, sœurs) ont souffert avant l'âge de 60 ans d'un cancer, d'une maladie du cœur, d'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'une ischémie cérébrale transitoire (ICT), de sclérose en plaques, d'une maladie des reins ou d'une maladie du neurone moteur?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si un seul membre de votre famille immédiate a été atteint d'une de ces maladies avant l'âge de 60 ans, veuillez indiquer cette maladie et l'âge de cette personne au moment où elle a reçu le diagnostic. Maladie : _____ Âge : _____		
Si vous avez répondu OUI à au moins une des questions ci-dessus, vous n'êtes pas admissible à cette assurance.		
Votre conseiller peut cependant vérifier votre admissibilité à une assurance à émission régulière.		Note : La Compagnie se réserve le droit de faire une évaluation sur d'autres éléments que ceux précités.

SIGNATURE, DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS

- Le preneur et la personne à assurer déclarent que toutes les réponses figurant dans la présente proposition, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, sont véridiques et complètes, au meilleur de leur connaissance. Il en est de même pour toute entrevue téléphonique ou autre relative aux déclarations d'assurabilité. Ils acceptent que Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, se serve de toutes ces réponses et déclarations comme base à l'établissement du contrat.
- La personne à assurer consent à ce que l'assurance soit établie sur sa personne.
- Le preneur reconnaît :
 - que le produit lui a été bien décrit et que la nature de la ou des garanties choisies lui a été bien précisée;
 - que les exclusions applicables à cette ou ces garanties lui ont été clairement expliquées;
 - que le représentant lui a communiqué par écrit, le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il transige, le fait qu'il perçoit des commissions pour la vente de leurs produits d'assurance vie et santé et qu'il puisse être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonus ou des avantages non pécuniaires tels que des incitatifs sous forme de voyage.
- Le preneur et la personne à assurer reconnaissent :
 - que toute déclaration inexacte, y compris celle relative à l'usage du tabac, peut entraîner l'annulation du contrat;
 - qu'ils ont lu la section – Avis relatif au MIB, Inc. (page 3) / Gestion des renseignements personnels (page 4) et qu'ils en ont reçu une copie.
- L'assurance à émission simplifiée en vigueur pour la personne à assurer, y compris cette proposition, n'excède pas 100 000 \$ pour l'assurance vie et 75 000 \$ (25 000\$ pour les 61 à 65 ans) pour l'assurance maladies graves.
- Le preneur et la personne à assurer autorisent Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie :
 - à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à leur sujet qui sont nécessaires au traitement du dossier. Sans que cette liste soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., de compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agence d'investigation, du preneur, de leur employeur ou de leurs ex-employeurs;
 - à ne communiquer aux dites personnes ou aux dits organismes que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à leur sujet et qui sont nécessaires à l'objet du dossier;
 - à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à leur sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détient déjà et dont l'objet est accompli;
 - à communiquer à ses réassureurs et à d'autres assureurs tous renseignements à leur sujet qui sont pertinents aux fins de la détermination de leur admissibilité à une assurance ou à des garanties.
- Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.
- Le preneur et la personne à assurer ont pris connaissance de la présente section avant de la signer.

Signé à _____	ce _____	jour de _____
Personne à assurer (signature) X _____	Preneur (signature) X _____	
Signature du tuteur pour les enfants de moins de 18 ans (Québec) ou du représentant légal pour les enfants de moins de 16 ans (hors Québec) X _____		

Identification du preneur : Carte d'assurance maladie* Passeport
 Permis de conduire Certificat de naissance Carte de citoyenneté
 Carte-photo d'identification**
*Non autorisée au Manitoba, en Ontario et à l'Île-du-Prince-Édouard. **Hors Québec

No. de la pièce d'identification : _____
(un document expiré n'est pas valide)

Lieu de l'émission : _____

Expiration (AAAA-MM-JJ) : _____

Titulaire(s) et coordonnées du compte**ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)**

Nom et prénom du ou des titulaires		Numéro de téléphone
Adresse (rue, ville, province)		Code postal
Nom et adresse de l'institution financière	Numéro de transit	Numéro de compte

Autorisation du retrait

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée « DSF ») et l'institution financière où est détenu mon compte (ou toute autre institution financière que je pourrai désigner) à prélever, selon mes instructions, le montant à la fréquence demandée :

Mensuelle Semestrielle Annuelle

Jour du retrait (choisir entre le 1^{er} et le 28) : _____

Numéro(s) de contrat	Montant(s) à retirer
	Total
Instructions spéciales	

Type d'accord de DPA : Personnel Entreprise

Renonciation

Je renonce à recevoir un avis écrit avant le premier débit et à tout autre avis confirmant des changements au débit décrit ci-dessus.

Changement ou annulation

J'informerai DSF de tout changement à cet accord dans les 10 jours ouvrables précédant la date prévue du prochain DPA.

Je peux annuler le présent accord à tout moment en envoyant un préavis à DSF dans les 10 jours ouvrables précédant la date prévue du prochain DPA.

Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou pour plus d'information sur mon droit d'annulation d'un accord de DPA en m'adressant à mon institution financière ou en visitant le www.cdnpay.ca.

L'annulation du présent accord ne met pas fin aux obligations du preneur à l'égard de son ou ses contrats.

DSF peut annuler l'accord de DPA en envoyant un préavis de 30 jours au preneur. L'annulation peut notamment être effectuée lorsque des débits préautorisés sont refusés par l'institution financière, et ce, quelle que soit la raison du refus.

Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Je consens à ce que les renseignements personnels contenus dans le présent accord soient divulgués à l'institution financière de DSF et au preneur du ou des contrats payés par cet accord.

Signature(s)

Je garantis que toutes les personnes dont les signatures sont requises pour ce compte ont signé le présent accord.

Remboursement

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.

Signature du ou des titulaires

X _____	_____
Signature du titulaire du compte	Date (AAAA-MM-JJ)
X _____	_____
Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)	Date (AAAA-MM-JJ)

IMPORTANT : Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription.

AVIS RELATIF AU MIB, INC. - À REMETTRE AU PRENEUR

Les renseignements relatifs à l'assurabilité de la personne à assurer seront traités en toute confidentialité par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF), ses réassureurs ainsi que le MIB, Inc. Cet organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous présentez une demande d'assurance de personnes ou si vous faites une demande de prestations pour un assuré auprès d'une autre compagnie membre du MIB, Inc., ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur cette personne.

Le MIB, Inc. reçoit des renseignements personnels dont la collecte, l'utilisation et la divulgation sont régies par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) et les lois provinciales. Par conséquent, le MIB, Inc. consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne nettement sur les pratiques de DSF en matière de respect de la vie privée et de protection des renseignements personnels et qui se conforme aux lois applicables. Ayant son siège social aux États-Unis, le MIB, Inc. est aussi lié par les lois des États-Unis en matière de divulgation des renseignements personnels. Si vous avez des questions sur l'engagement du MIB, Inc. à assurer la confidentialité des renseignements personnels d'un assuré, vous pouvez joindre son Service de protection de la vie privée à l'adresse privacy@mib.com.

À la réception d'une demande d'un assuré, le MIB, Inc. lui communiquera tous les renseignements contenus dans son dossier. Tout assuré peut communiquer avec le MIB, Inc. en composant le 416 597-0590. Si un assuré remet en question l'exactitude de ces renseignements, il pourra demander leur correction conformément aux procédures figurant sur le site du MIB, Inc., à l'adresse www.mib.com (en anglais seulement). Tout assuré peut aussi écrire au bureau des renseignements du MIB, Inc. au 330 University Avenue, Suite 501, Toronto, Ontario, M5G 1R7.

Par ailleurs, DSF ou ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance de personnes auxquelles une personne aurait demandé une assurance de personnes ou présenté une demande de prestations. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements supplémentaires sur le MIB, Inc. en visitant le site www.mib.com.



Desjardins

Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

1, Complexe Desjardins, Montréal (Québec) H5B 1E2

95 St. Clair Avenue West, Toronto ON M4V 1N7

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

GESTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur un assuré. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de lui faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de DSF qui en ont besoin pour leur travail.

Tout assuré a le droit de consulter son dossier. Un assuré peut aussi y faire corriger des renseignements s'il démontre qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Il doit alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2.

DSF peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. DSF peut aussi donner cette liste à une autre entité du Mouvement Desjardins pour qu'elle s'en serve aux mêmes fins. Si un assuré ne veut pas recevoir de telles offres, il a le droit de faire rayer son nom de cette liste. Il doit alors envoyer une demande écrite au Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF.

DSF fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels concernant un assuré soient ainsi transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays. Il est possible d'obtenir de l'information concernant les politiques et pratiques de DSF en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant le site Web de DSF, à l'adresse www.desjardinsassurancevie.com, ou en transmettant une demande à cette fin au Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF, à l'adresse indiquée précédemment. Le Responsable de la protection des renseignements personnels de DSF pourra également répondre à vos questions concernant le transfert de renseignements personnels à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada.