



- Affaires nouvelles
- Modification majeure

Contrat :

# Proposition

## SOLO Assurance soins de santé

### Table des matières

#### PARTIE 1

Informations et déclaration du représentant.....	2
A - Informations générales.....	3
B - Protections choisies.....	4
C - Modification majeure.....	4

#### PARTIE 2

D - Déclaration d'assurabilité.....	5
E - Explications.....	8
F - Instructions spéciales.....	9
G - Avis de divergence.....	9

#### PARTIE 3

H - Paiement et prime.....	11
I - Déclarations et autorisations.....	13
J - Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels.....	13
K - Avis relatif au MIB, Inc.....	15
L - Reçu pour la prime initiale.....	15

### Informations importantes

1. La présente proposition d'assurance fait partie du dossier d'assurances, de rentes, de services financiers et d'autres services complémentaires de votre client. Il s'agit d'un document juridique faisant partie intégrante de son contrat.
2. Veuillez poser toutes les questions pertinentes de cette proposition à votre client et consigner complètement et précisément ses réponses. **De plus, assurez-vous que toutes les signatures requises figurent aux pages 13 et 15.**
3. Veuillez écrire lisiblement et préférablement à l'encre noire afin de faciliter les photocopies. N'utilisez pas de guillemets de répétition ni de correcteur liquide. N'effacez pas. Si vous devez faire une correction, rayez l'erreur et demandez au client d'y apposer ses initiales.
4. Veuillez vous assurer que vous utilisez la version la plus récente du logiciel Fusion pour illustrer les protections choisies et **que vous soumettez l'illustration avec cette proposition.**
5. La Section K - Avis relatif au MIB, Inc. (page 15) doit être remise au preneur.
6. Si cette proposition a trait à plus de quatre enfants à assurer, utilisez une proposition additionnelle à leur égard.

## Informations et déclaration du représentant

Le représentant déclare :

1. que les preneurs et les personnes à assurer ont lu toutes les questions de la présente proposition et qu'à leur connaissance, leurs réponses sont véridiques et complètes;
2. qu'il a personnellement vu les personnes à assurer ainsi que l'original du document d'identification présenté par les preneurs;
3. qu'il a communiqué par écrit aux preneurs le nom des sociétés d'assurance de personne avec lesquelles il transige, le fait qu'il reçoit des commissions pour la vente de leurs produits d'assurance vie et santé et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis ou des avantages non pécuniaires, tel que des incitatifs sous forme de voyages;
4. qu'il a déclaré par écrit aux preneurs tout conflit d'intérêts relatif à cette proposition.
5. qu'il a rempli le formulaire exigé si le preneur est une personne morale ou tout autre entité légale (le registraire des entreprises ou une résolution ou le formulaire 08295F).

Prénom du représentant	Nom du représentant	<b>Code du représentant</b>	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cocher si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>
Prénom du représentant	Nom du représentant	<b>Code du représentant</b>	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cocher si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>
Prénom du représentant	Nom du représentant	<b>Code du représentant</b>	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cocher si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>

Si le représentant est un stagiaire, veuillez remplir cette section au Québec seulement :

Prénom du superviseur	Nom du superviseur	<b>Code du représentant</b>	Code du centre financier
Courriel			

Le représentant est-il la personne à assurer ou le preneur ?

Oui

Non

**X** \_\_\_\_\_  
**Signature du représentant 1**

**X** \_\_\_\_\_  
**Signature du représentant 2**

**X** \_\_\_\_\_  
**Signature du représentant 3**

**X** \_\_\_\_\_  
**Signature du superviseur (au Québec seulement)**

\_\_\_\_\_  
**Signé à**

\_\_\_\_\_  
**Date (AAAA-MM-JJ)**



## B - Protections choisies

Type de protection :  Individuelle  Couple  Monoparentale  Familiale

### Province de Québec

<input type="checkbox"/> Santé Plus (régime de base)	Santé Plus (régime étendu)
<b>Avenants</b> <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option complémentaire à la RAMQ) <input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option complémentaire à la RAMQ) et soins dentaires (option de base) <input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option complémentaire à la RAMQ) et soins dentaires (option étendue)	<b>Avenants (vous devez obligatoirement cocher l'une des cases suivantes)</b> <input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option complémentaire à la RAMQ) <input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option complémentaire à la RAMQ) et soins dentaires (option de base) <input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option complémentaire à la RAMQ) et soins dentaires (option étendue)
Avenants <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Hospitalisation (option de base) <input type="checkbox"/> Hospitalisation (option étendue)	

### Provinces de l'Atlantique, Ontario et provinces de l'Ouest

<input type="checkbox"/> Santé Plus (régime de base)	Santé Plus (régime étendu)
<b>Avenants</b> <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option de base) <input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option étendue) <input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option de base) et soins dentaires (option de base) <input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option étendue) et soins dentaires (option étendue)	<b>Avenants (vous devez obligatoirement cocher l'une des cases suivantes)</b> <input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option de base) <input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option étendue) <input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option de base) et soins dentaires (option de base) <input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option étendue) et soins dentaires (option étendue)
Avenants <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Hospitalisation (option de base) <input type="checkbox"/> Hospitalisation (option étendue)	

## C - Modification majeure

Pour les modifications ci-dessous, veuillez remplir la section D - Déclaration d'assurabilité.

Rappel : Les modifications s'appliquent à tous les membres de la famille. Un nouvel assuré doit souscrire aux mêmes protections que les personnes déjà assurées.

### Cocher la case appropriée

<input type="checkbox"/> Ajout d'un assuré (conjoint)	<input type="checkbox"/> Substitution de la protection Santé Plus (régime de base) par la protection Santé Plus (régime étendu)
<input type="checkbox"/> Ajout d'un assuré (enfant)	
<input type="checkbox"/> Ajout d'un avenant	<input type="checkbox"/> Substitution de l'avenant Hospitalisation (option de base) par l'avenant Hospitalisation (option étendue)

### Toutes les provinces sauf le Québec

<input type="checkbox"/> Substitution de l'avenant Médicaments sur ordonnance (option de base) par l'avenant Médicaments sur ordonnance (option étendue)
<input type="checkbox"/> Substitution de l'avenant Médicaments sur ordonnance (option de base) par l'avenant Médicaments sur ordonnance (option étendue) et soins dentaires (option étendue)
<input type="checkbox"/> Substitution de l'avenant Médicaments sur ordonnance (option de base) et soins dentaires (option de base) par l'avenant Médicaments sur ordonnance (option étendue) et soins dentaires (option étendue)

### Description des modifications demandées

--

## D - Déclaration d'assurabilité

### D1 - Identification des personnes à assurer

Assuré 1				Assuré 2			
Prénom				Prénom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
Numéro de carte d'assurance-maladie				Numéro de carte d'assurance-maladie			
Taille cm   po	Poids kg   lb	Poids il y a un an kg   lb		Taille cm   po	Poids kg   lb	Poids il y a un an kg   lb	
Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :				Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :			
Enfant 1				Enfant 2			
Prénom				Prénom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
Numéro de carte d'assurance-maladie				Numéro de carte d'assurance-maladie			
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Fumeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Fumeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Taille cm   po	Poids kg   lb	Poids il y a un an kg   lb		Taille cm   po	Poids kg   lb	Poids il y a un an kg   lb	
Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :				Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :			
Enfant 3				Enfant 4			
Prénom				Prénom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
Numéro de carte d'assurance-maladie				Numéro de carte d'assurance-maladie			
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Fumeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Fumeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Taille cm   po	Poids kg   lb	Poids il y a un an kg   lb		Taille cm   po	Poids kg   lb	Poids il y a un an kg   lb	
Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :				Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :			

### D2 - Identification du médecin personnel

Assuré 1				Assuré 2 <input type="checkbox"/> Même que pour l'Assuré 1			
Nom du médecin				Nom du médecin			
Adresse du médecin				Adresse du médecin			
Téléphone		Dernière consultation (AAAA-MM-JJ)		Téléphone		Dernière consultation (AAAA-MM-JJ)	
Raison et résultats de la dernière consultation				Raison et résultats de la dernière consultation			
Enfant 1 <input type="checkbox"/> Même que pour l'Assuré 1				Enfant 2 <input type="checkbox"/> Même que pour l'Assuré 1			
Nom du médecin				Nom du médecin			
Adresse du médecin				Adresse du médecin			
Téléphone		Dernière consultation (AAAA-MM-JJ)		Téléphone		Dernière consultation (AAAA-MM-JJ)	
Raison et résultats de la dernière consultation				Raison et résultats de la dernière consultation			
Enfant 3 <input type="checkbox"/> Même que pour l'Assuré 1				Enfant 4 <input type="checkbox"/> Même que pour l'Assuré 1			
Nom du médecin				Nom du médecin			
Adresse du médecin				Adresse du médecin			
Téléphone		Dernière consultation (AAAA-MM-JJ)		Téléphone		Dernière consultation (AAAA-MM-JJ)	
Raison et résultats de la dernière consultation				Raison et résultats de la dernière consultation			

## D - Déclaration d'assurabilité (suite)

### D3 - Questions obligatoires

La section D3 doit être remplie pour chacune des personnes à assurer.

Si vous répondez « **Oui** » à l'une ou l'autre des questions suivantes, veuillez fournir les détails pertinents à l'endroit approprié ou à la section E - Explications.

Est-ce que la personne à assurer :		Assuré(s)		Enfant(s)			
		1	2	1	2	3	4
1- a déjà présenté une demande d'assurance vie, invalidité, maladie grave, soins de longue durée ou une demande de remise en vigueur qui a été refusée, différée ou acceptée sous réserve de l'application d'une restriction ou d'une surprime?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
	Nom de la compagnie	Date (AAAA-MM-JJ)		Raison			
Assuré 1							
Assuré 2							
Enfant 1							
Enfant 2							
Enfant 3							
Enfant 4							
2- a pris un médicament pendant 20 jours ou plus au cours des 2 dernières années?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
3- prend ou a été avisée d'avoir recours à un médicament ou à un traitement pour une maladie chronique et/ou récurrente ou prévoit avoir recours à un médicament ou à un traitement au cours des 3 prochains mois? Si « <b>Oui</b> », veuillez remplir le tableau ci-dessous :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Note : Les médicaments utilisés pour le contrôle des naissances ou pour traiter des affections mineures telles que le rhume ou la grippe ne doivent pas être pris en considération lorsque vous répondez à cette question.							
Nom de la personne à assurer	Nom du médicament ou traitement	Affection traitée	Concentration et dose quotidienne du médicament	Coût mensuel	Durée de la période d'administration		
4- est enceinte? Si vous avez répondu « <b>Oui</b> », veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement (AAAA-MM-JJ) _____		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Est-ce que la personne à assurer :		Assuré(s)		Enfant(s)			
5- a, au cours des 5 dernières années, été reconnue coupable d'infractions ou d'actes criminels ou des accusations ont-elles été portées contre elle, y compris la conduite avec un taux d'alcool dans le sang supérieur à la limite permise, ou est en attente d'un procès pour infraction criminelle?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom de la personne à assurer	Date de l'infraction (AAAA-MM)	Genre de délit	Date de l'infraction (AAAA-MM)	Genre de délit	Date de la récupération (AAAA-MM)		
6- a, au cours des 5 dernières années, subi une suspension ou un retrait de son permis de conduire ou été reconnue coupable de 3 infractions au code de la route ou plus?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom de la personne à assurer	Date de l'infraction (AAAA-MM)	Genre de délit	Date de l'infraction (AAAA-MM)	Genre de délit	Date de la récupération (AAAA-MM)		
7- a demandé ou touché des prestations d'invalidité en raison d'une maladie ou d'un accident?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom de la personne à assurer	Nom de la compagnie	Début du début de l'invalidité (AAAA-MM-JJ)	Raison de l'invalidité	Durée de l'invalidité			

## D - Déclaration d'assurabilité (suite)

### D3 - Questions obligatoires (suite)

Est-ce que la personne à assurer :		Assuré(s)		Enfant(s)			
8- a déjà consulté un professionnel de la santé, reçu des traitements ou subi une opération ou des tests pour l'un ou l'autre des troubles suivants? Si vous répondez « <b>Oui</b> », veuillez remplir le tableau et fournir les détails pertinents à la section E - Explications.		1	2	1	2	3	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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Assuré(s)		Enfant(s)			
		1	2	1	2	3	4
Accident vasculaire cérébral		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoolisme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie du système immunitaire, y compris le SIDA ou un test VIH positif		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Burn out		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer ou Tumeur		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiaques		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des oreilles (incluant la surdité, excluant otite)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des seins		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du foie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Du système nerveux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dystrophie musculaire		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie ou convulsions		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastro-intestinaux		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie (cholestérol élevé)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertriglycéridémie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Maladie d'Alzheimer Maladie de Parkinson Maladies du sang Maladies transmises sexuellement (MTS) Maux de dos Mentaux Musculaires Neurologiques Névrite optique Prostate Rénaux ou de la vessie Sclérose en plaques Toxicomanie Troubles du neurone moteur Troubles musculo-squelettiques Troubles pulmonaires (incluant l'apnée du sommeil) Vaisseaux sanguins Yeux (incluant la cécité, excluant la myopie et presbytie)			
Est-ce que la personne à assurer :		Assuré(s)		Enfant(s)			
9- à l'exception de ce qui est indiqué ci-dessus,		1	2	1	2	3	4
a) a consulté un médecin, un chiropraticien, un physiothérapeute, un psychologue ou un autre professionnel de la santé pour tout désordre physique ou mental non mentionné ou prend des médicaments?		<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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) a subi un électrocardiogramme, une radiographie, une mammographie, un électromyogramme, un scan (TACO), une résonance magnétique, des analyses de sang ou d'autres tests diagnostiques, subi une opération ou été hospitalisée?		<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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10- a souffert ou souffre de symptômes ou de malaises ou a des signes pour lesquels elle n'a pas encore consulté un médecin ou a été avisée de subir des tests ou une opération qui n'ont pas encore été effectués ou est en attente des résultats?		<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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11- a subi ou a déjà été avisée de subir, au cours des 5 dernières années, des analyses de laboratoire afin de détecter la présence du virus du SIDA ou d'anticorps au virus du SIDA?		<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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12- fait ou a déjà fait usage de drogues ou de narcotiques sans ordonnance médicale? Si « <b>Oui</b> », remplissez le questionnaire relatif à l'usage de boissons alcoolisées ou de drogues, disponible sur Webi.		<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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
13- a) fait ou a déjà fait usage de boissons alcoolisées?		<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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de la personne à assurer		Consommation hebdomadaire actuelle		Consommation hebdomadaire au cours des 3 dernières années			
b) a déjà suivi un traitement en raison de sa consommation d'alcool, s'est fait recommander un tel traitement, est membre d'un groupe d'appui, comme les Alcooliques Anonymes ou a été avisée de réduire sa consommation? Si « <b>Oui</b> », remplissez le questionnaire relatif à l'usage de boissons alcoolisées ou de drogues, disponible sur Webi.		<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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14- a au cours des 5 dernières années, souffert de douleurs à la colonne cervicale, dorsale ou lombaire, ou a été traitée pour de telles douleurs?		<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	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non





**F - Instructions spéciales** (Indiquez tout autre détail pertinent pour l'établissement du contrat ou modification majeure.)

---

Empty box for special instructions.

**G - Avis de divergence** (à l'usage de la compagnie)

---

Empty box for divergence notice.



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

## H - Paiement et prime

### H1 - Mode et méthode de paiement de prime

<b>Mode</b>	<input type="checkbox"/> Annuel _____ \$	<input type="checkbox"/> Semestriel _____ \$	<input type="checkbox"/> Mensuel _____ \$
<b>Méthode</b>	<input type="checkbox"/> Retrait direct (DPA) <b>Remplir la section H2</b> <input type="checkbox"/> Chèque (facturation directe - non-disponible pour la prime mensuelle)		
<b>Prime initiale</b>	<input type="checkbox"/> À la livraison <input type="checkbox"/> Affectation de valeurs de rachat du(des) numéro(s) de contrat	<input type="checkbox"/> Chèque inclus avec cette proposition No. : _____	<input type="checkbox"/> Retrait direct (DPA) <b>Remplir la section H2</b> No. : _____ No. : _____

### H2 - Accord de débit préautorisé (DPA) À être fourni à la livraison

Remplissez cette section si la méthode de paiement choisie est « Retrait direct (DPA) » et faites-la signer par le titulaire du compte à la portion DPA de la section I de la page 13. Utilisez seulement un compte de chèques ou d'épargne avec opérations.

#### Titulaire(s) et coordonnées du compte

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 de retrait

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

Mensuelle       Semestrielle       Annuelle

**Jour de retrait** (choisir entre le 1<sup>er</sup> et le 28) : \_\_\_\_\_ **Montant de la prime** : \_\_\_\_\_ \$

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

#### Instructions spéciales (Si vous demandez un compte de dépôt prime, veuillez indiquer les directives ci-dessous.)

**Type d'accord 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 au présent accord dans les dix (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 dix (10) jours ouvrables précédant la date prévue du prochain DPA.

Je peux obtenir un formulaire d'annulation ou 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](http://www.cdnpay.ca).

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

#### 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 cet accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

#### 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.



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

## I - Déclarations et autorisations

- Le preneur et les personnes 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 mieux 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 ou des contrats. Il est entendu que les blessures subies ou les affections médicales dont les premiers signes sont apparus à la date de la présente proposition ou antérieurement peuvent ne pas être couvertes par le contrat et que le fait de ne pas communiquer cette information pourrait entraîner le refus d'une demande de règlement et, s'il y a lieu, l'annulation ou la modification du contrat ou de la couverture de la ou des personnes visées par le défaut de communiquer cette information. Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, se réserve le droit de récupérer les prestations versées si une blessure ou une affection médicale qui existait à la date de la présente proposition ou avant n'a pas été signalée.
- Chaque 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;
- Le preneur et les personnes à assurer reconnaissent qu'ils ont lu la **Section K - Avis relatif au MIB, Inc./Gestion des renseignements personnels** (page 15) et qu'ils en ont reçu une copie.
- Chacun des preneurs et chacune des personnes à assurer ont lu cette section avant de la signer.**

Identification du preneur 1		Identification du preneur 2	
<input type="checkbox"/> Permis de conduire	<input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté	<input type="checkbox"/> Permis de conduire	<input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté
<input type="checkbox"/> Certificat de naissance	<input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie*	<input type="checkbox"/> Certificat de naissance	<input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie*
<input type="checkbox"/> Passeport	<input type="checkbox"/> Carte-photo d'identification (hors Québec)	<input type="checkbox"/> Passeport	<input type="checkbox"/> Carte-photo d'identification (hors Québec)
* Non autorisée au Manitoba, en Ontario et à l'Ile-du-Prince Édouard.			
Numéro de la pièce d'identification : _____ (un document expiré n'est pas valide)		Numéro de la pièce d'identification : _____ (un document expiré n'est pas valide)	
Lieu d'émission : _____		Lieu d'émission : _____	
Date d'expiration (AAAA-MM-JJ) : _____		Date d'expiration (AAAA-MM-JJ) : _____	
<b>X</b> _____ Signature du preneur 1		<b>X</b> _____ Signature du preneur 2	

**X** \_\_\_\_\_  
Signature de la personne à assurer 1

**X** \_\_\_\_\_  
Signature de la personne à assurer 2

**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** \_\_\_\_\_  
Signature du témoin et nom en lettres majuscules

**X** \_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

### Accord relative au débit préautorisé (DPA) .

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée et selon la période et les montants indiqués à la **Section H** du présent formulaire. De plus, je reconnais avoir lu les conditions relatives au DPA à la **Section H** du présent formulaire et dans la mesure du possible, je recevrai une copie de l'autorisation signée. Je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du titulaire du compte

**X** \_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du second titulaire  
(s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)

**X** \_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)



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

## J - Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Aux strictes fins de l'établissement de mon assurabilité, de la gestion de mon dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) ou ses réassureurs :

- à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., des compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs;
- à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon dossier;
- à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détiendrait et dont l'objet est accompli;

- à communiquer à mon médecin personnel, **Section D2 (page 5)**, tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier;
- à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui sont pertinents aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance.
- à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels sur ma santé au MIB, Inc.

La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.

**Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.**

**Chacun des preneurs et chacune des personnes à assurer (y compris les enfants de 14 ans et plus (Québec) ou 16 ans et plus (hors Québec) ont pris connaissance de la présente autorisation avant de la signer.**

<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Signature de la personne à assurer 1	Signature du preneur 1	Signature du tuteur pour les enfants de <b>moins de 18 ans</b> (Québec) ou du représentant légal pour les enfants de <b>moins de 16 ans</b> (hors Québec)
<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
Signature de la personne à assurer 2	Signature du preneur 2	Signature de l'enfant de <b>14 ans et plus (Québec)</b> Signature de l'enfant <b>16 ans et plus (hors Québec)</b>

**X**  
Date (AAAA-MM-JJ)

## K - 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**.

## Gestion des renseignements personnels

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (DSF) traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. DSF conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous 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.

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez 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 vous ne voulez pas recevoir de telles offres, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au Responsable de la protection des renseignements personnels chez 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 vous concernant 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.

## L - Reçu pour la prime initiale - À remettre au preneur

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie,

confirme avoir reçu de \_\_\_\_\_ la somme de \_\_\_\_\_ \$ par prélèvement automatique ou par chèque.

<b>X</b>	<b>X</b>	
Signature du représentant <input type="checkbox"/> cocher si stagiaire	Signature du superviseur (au Québec seulement)	Date (AAAA-MM-JJ)



**Desjardins**  
**Assurances**

VIE • SANTÉ • RETRAITE

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

---



**Desjardins**  
**Assurances**

VIE • SANTÉ • RETRAITE

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

---



**Desjardins**  
**Assurances**

VIE • SANTÉ • RETRAITE

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

## Références

Références avec le dossier de					
1- Prénom et nom			Âge		Employeur
Prénom et nom du conjoint			Âge		Prénom des enfants
Adresse					Téléphone
Ville		Province	Code postal		Rés. : Cell. : Trav. : poste :
2- Prénom et nom			Âge		Employeur
Prénom et nom du conjoint			Âge		Prénom des enfants
Adresse					Téléphone
Ville		Province	Code postal		Rés. : Cell. : Trav. : poste :
3- Prénom et nom			Âge		Employeur
Prénom et nom du conjoint			Âge		Prénom des enfants
Adresse					Téléphone
Ville		Province	Code postal		Rés. : Cell. : Trav. : poste :
4- Prénom et nom			Âge		Employeur
Prénom et nom du conjoint			Âge		Prénom des enfants
Adresse					Téléphone
Ville		Province	Code postal		Rés. : Cell. : Trav. : poste :
5- Prénom et nom			Âge		Employeur
Prénom et nom du conjoint			Âge		Prénom des enfants
Adresse					Téléphone
Ville		Province	Code postal		Rés. : Cell. : Trav. : poste :
6- Prénom et nom			Âge		Employeur
Prénom et nom du conjoint			Âge		Prénom des enfants
Adresse					Téléphone
Ville		Province	Code postal		Rés. : Cell. : Trav. : poste :
7- Prénom et nom			Âge		Employeur
Prénom et nom du conjoint			Âge		Prénom des enfants
Adresse					Téléphone
Ville		Province	Code postal		Rés. : Cell. : Trav. : poste :



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