



Proposition d'assurance vie, santé et invalidité



Desjardins
Assurances

VIE • SANTÉ • RETRAITE

1, Complexe Desjardins
Montréal (Québec)
H5B 1E2

95 St. Clair Avenue West
Toronto ON
M4V 1N7

Informations importantes et directives

1. Assurez-vous que vous avez indiqué toute l'information requise dans la présente proposition d'assurance avant de la soumettre au siège social de Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée « Desjardins Assurances »). Des renseignements manquants retarderont son traitement.
2. Cette 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.
3. Veuillez utiliser cette proposition pour demander une assurance vie (traditionnelle ou universelle), invalidité, maladie grave ou santé, ou pour demander une modification exigeant des preuves d'assurabilité. **Si vous demandez une protection d'assurance invalidité SOLO ou SOLO Proprio, une proposition distincte est requise pour chaque personne à assurer.**
4. Veuillez **ne pas** utiliser cette proposition si vous demandez une **assurance Vie Autonome ou à émission simplifiée** ou une modification d'un contrat existant n'exigeant pas de preuves d'assurabilité.
5. 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 24, 25 et 26.**
6. 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.
7. **Assurez-vous que vous utilisez la version la plus récente du logiciel pour illustrer l'assurance choisie.** L'illustration doit être soumise avec la proposition. En ce qui concerne les protections d'assurance vie universelle (Sommum), le tableau comparatif doit aussi être signé par le preneur et soumis avec la proposition.
8. La **Section N - Avis relatif au MIB, Inc. (page 24)** doit être remise au preneur.
9. Utilisez la **Section G – Instructions spéciales** pour indiquer les demandes de « Conserver l'âge ».

Notes de couverture provisoire ou conditionnelle

Vous devez remettre ces notes de couverture au preneur **seulement si** :

1. le formulaire a été rempli et signé (**page 25**) et que toutes les conditions sont satisfaites; et
2. la prime initiale est jointe à cette proposition.

Descriptions des icônes

 Indique que des renseignements essentiels sont requis pour éviter des retards de traitement.

 Indique qu'un formulaire est disponible sur **www.webi.ca** (sous Accès express, sélectionnez « Information produits, outils et formulaires » puis « Formulaires »).

Table des matières

Partie 1	
A - Informations générales	1
B - Bénéficiaires	3
C - Type et montant de l'assurance demandée	5
D - Modification majeure	5
E - Admissibilité	6
Partie 2	
F - Déclaration d'assurabilité	9
G - Instructions spéciales	18
Partie 3	
H - Paiement et prime.	19
I - Note de couverture provisoire en cas de décès ¹	20
J - Note de couverture provisoire en cas de maladie grave ¹	20
K - Note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité ¹	20
L - Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels	24
M - Reçu pour la prime initiale (s'il y a lieu)	24
N - Avis relatif au MIB, Inc.	24
O - Déclarations et autorisations	25
P - Informations et déclaration du représentant	26
Références	Annexe

¹ Cette section n'est obligatoire que si ce produit particulier ou cette garantie particulière est demandé.



A - Informations générales

Référence : _____ Contrat : _____

A1 - Personnes à assurer et preneurs

• Si vous demandez la garantie Assurance sur les enfants et la protection familiale de SOLO Assurance soins de santé, les enfants doivent être indiqués à la **Section F8 (page 15)**.

<input type="checkbox"/> Assuré 1 seulement		<input type="checkbox"/> Assuré 1 est aussi le preneur		<input type="checkbox"/> Assuré 2 seulement		<input type="checkbox"/> Assuré 2 est aussi le preneur	
Prénom				Prénom			
Nom				Nom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Statut <input type="checkbox"/> Privilégié (non fumeur) <input type="checkbox"/> Régulier (fumeur)		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Statut <input type="checkbox"/> Privilégié (non fumeur) <input type="checkbox"/> Régulier (fumeur)	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Lieu de naissance (pays)		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Lieu de naissance (pays)	
Numéro d'assurance sociale (si requis pour raisons fiscales)				Numéro d'assurance sociale (si requis pour raisons fiscales)			
Si votre lieu de naissance n'est pas au Canada, précisez la date d'arrivée au Canada (AAAA-MM-JJ) : _____				Si votre lieu de naissance n'est pas au Canada, précisez la date d'arrivée au Canada (AAAA-MM-JJ) : _____			
Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent (immigrant reçu)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non », précisez votre statut : <input type="checkbox"/> Travailleur domestique <input type="checkbox"/> Travailleur qualifié <input type="checkbox"/> Étudiant détenant un visa <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Permis de travail temporaire <input type="checkbox"/> Autre : _____				Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent (immigrant reçu)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « Non », précisez votre statut : <input type="checkbox"/> Travailleur domestique <input type="checkbox"/> Travailleur qualifié <input type="checkbox"/> Étudiant détenant un visa <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Permis de travail temporaire <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Adresse				Adresse			
Ville				Ville			
Province		Code postal		Province		Code postal	
Courriel				Courriel			
Téléphone Rés. : _____ Cell. : _____ Trav. : _____, poste : _____				Téléphone Rés. : _____ Cell. : _____ Trav. : _____, poste : _____			
Identification du preneur : <input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie* <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Certificat de naissance <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté <input type="checkbox"/> Autre carte-photo émise par un gouvernement <small>* Non autorisée au Manitoba, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard.</small>				Identification du preneur : <input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie* <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Certificat de naissance <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté <input type="checkbox"/> Autre carte-photo émise par un gouvernement <small>* Non autorisée au Manitoba, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard.</small>			
No. de la pièce d'identification : _____ <small>(un document expiré n'est pas valide)</small>				No. de la pièce d'identification : _____ <small>(un document expiré n'est pas valide)</small>			
Lieu de l'émission : _____				Lieu de l'émission : _____			
Date d'expiration (AAAA-MM-JJ) : _____				Date d'expiration (AAAA-MM-JJ) : _____			
Est-ce que vous parlez et comprenez le français? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Est-ce que vous parlez et comprenez le français? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si « Non », indiquez la langue que vous parlez : _____				Si « Non », indiquez la langue que vous parlez : _____			
Si votre langue n'est ni le français ni l'anglais, remplir le formulaire « Déclaration relative à une langue étrangère » disponible sur web .				Si votre langue n'est ni le français ni l'anglais, remplir le formulaire « Déclaration relative à une langue étrangère » disponible sur web .			
Disponibilité (entre 8 h et 17 h) <input type="checkbox"/> Rés. <input type="checkbox"/> Trav. <input type="checkbox"/> Cell. Entre _____ h et _____ h				Disponibilité (entre 8 h et 17 h) <input type="checkbox"/> Rés. <input type="checkbox"/> Trav. <input type="checkbox"/> Cell. Entre _____ h et _____ h			
Employeur (nom et ville)				Employeur (nom et ville)			
Emploi		Revenu annuel \$		Emploi		Revenu annuel \$	

A - Informations générales (suite)

A2 - Preneur seulement (sans protection), s'il n'est pas une des personnes à assurer

- S'il y a plus d'un preneur sans protection, veuillez fournir les renseignements personnels figurant ci-dessous dans la **Section G – Instructions spéciales**.

Si le preneur est un particulier

Prénom		Nom	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Courriel	
Adresse <input type="checkbox"/> même que l'Assuré 1		Ville	Province
Code postal			
Téléphone			
Rés. :		Trav. :	Cell. :
Identification du preneur : <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté <input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie* <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Certificat de naissance			
<input type="checkbox"/> Autre carte-photo émise par un gouvernement No. de la pièce d'identification : _____ (un document expiré n'est pas valide)			
Lieu de l'émission : _____ Date d'expiration (AAAA-MM-JJ) : _____ * Non autorisée au Manitoba, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard.			

Si le preneur demande uniquement SOLO Assurance frais d'affaires ou s'il s'agit d'une entreprise (même pour une demande de Quiétude Exécutif)

Remarque : Si le preneur est une entreprise, veuillez également remplir le formulaire **08295F** disponible sur [web](#), sauf pour **SOLO Assurance frais d'affaires**.

Nom de l'entreprise		Nom de la personne responsable	
Adresse		Ville	Province
Code postal			
Courriel		Téléphone	
poste :			

A3 - Preneur subrogé

- Au décès d'un des preneurs, les droits et intérêts de ce preneur relativement à la présente police seront transférés :

<input type="checkbox"/> au preneur survivant (s'applique seulement aux polices comportant plus d'un preneur.)		<input type="checkbox"/> au preneur subrogé nommé ci-dessous.	
Prénom		Nom	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Lien de parenté avec le ou les preneurs	
Téléphone			
Adresse <input type="checkbox"/> même que l'Assuré 1		Ville	Province
Code postal			

A4 - Situation financière de l'entreprise

- À remplir si l'assurance choisie est considérée comme une assurance d'entreprise (p. ex. : partenariat, employé clé ou prêt à une entreprise).
-  Assurance vie : si le total du montant d'assurance en vigueur, y compris le montant actuel demandé, **est supérieur à 500 000 \$**.  Maladie grave : pour tous les montants.
- Fournir les états financiers selon le montant d'assurance demandé.

Nature de l'entreprise	Pourcentage détenu par l'Assuré 1 %	Pourcentage détenu par l'Assuré 2 %		
Informations sur l'entreprise du preneur	Dernière année (AAAA)	Avant-dernière année		
Actif	\$	\$		
Passif	\$	\$		
Revenu net	\$	\$		
Chiffre d'affaires	\$	\$		
Valeur marchande	\$	\$		
But de l'assurance :	Date de fin de l'exercice financier (MM-JJ) :			
Assurance sur la tête d'autres associés ou dirigeants (inclure l'assurance en vigueur ou en suspens.)				
Nom des associés ou dirigeants	% des actions	En vigueur	En suspens	Compagnie d'assurance
		\$	\$	
		\$	\$	

B - Bénéficiaires

B1 - Bénéficiaires - Au décès

- Les pourcentages attribués aux bénéficiaires doivent totaliser 100 %.
- Indiquez le nom d'un bénéficiaire pour toute prestation au décès comprise dans les protections **d'assurance maladie grave Quiétude et d'assurance invalidité SOLO**.
- Utilisez la page Instructions spéciales (**Section G, page 18**) si vous avez besoin de plus d'espace.

Bénéficiaire(s) de l'Assuré 1		%	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec l'assuré	Sexe	Statut
Prénom				<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom						
Prénom				<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom						
Prénom				<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom						
Bénéficiaire(s) de l'Assuré 2						
Prénom				<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom						
Prénom				<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom						
Prénom				<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom						

B2 - Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces autres que le Québec)

Bénéficiaire(s) de l'Assuré 1		Fiduciaire	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec l'assuré	Sexe
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom	Nom				
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom	Nom				
Bénéficiaire(s) de l'Assuré 2		Fiduciaire	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec l'assuré	Sexe
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom	Nom				
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom	Nom				

B - Bénéficiaires (suite)

B3 - Bénéficiaires subrogés

- Si un bénéficiaire décède avant la personne à assurer, le bénéficiaire subrogé remplace ce bénéficiaire.

Bénéficiaire de l'Assuré 1		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec l'assuré	Sexe	Statut
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					
Bénéficiaire de l'Assuré 2					
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					

B4 - Bénéficiaires pour la garantie Quiétude Exécutif

- Les pourcentages attribués aux bénéficiaires doivent totaliser 100 % pour chaque type de prestation.

Prestation maladies graves					
Bénéficiaire(s)	%	Lien avec l'assuré		Statut	
Nom		<input type="checkbox"/> Son employeur <input type="checkbox"/> Son entreprise <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
Nom		<input type="checkbox"/> Son employeur <input type="checkbox"/> Son entreprise <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
Prestation décès					
Bénéficiaire(s)	%	Lien avec l'assuré		Statut	
Nom		<input type="checkbox"/> Son employeur <input type="checkbox"/> Son entreprise <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
Nom		<input type="checkbox"/> Son employeur <input type="checkbox"/> Son entreprise <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
Prestation santé					
Bénéficiaire(s)	%	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien avec l'assuré	Sexe	Statut
Prénom			<input type="checkbox"/> Lui ou elle même <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					
Prénom			<input type="checkbox"/> Lui ou elle même <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					

C - Type et montant de l'assurance demandée

- L'illustration (tableau du siège social) doit être soumise avec la proposition.
- Pour les produits d'assurance vie universelle (Sommum), le tableau comparatif doit aussi être signé par le preneur et soumis avec la proposition.
- Pour les protections d'assurance invalidité SOLO, indiquez les périodes d'attente et d'indemnisation.

Assuré 1		Assuré 2	
Nom de la protection	Montant d'assurance	Nom de la protection	Montant d'assurance
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Garanties complémentaires :		Garanties complémentaires :	
<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Conjointe au premier décès <input type="checkbox"/> Conjointe au dernier décès <input type="checkbox"/> Conjointe au dernier décès, exonérée au premier décès			
Groupe affinité			
La répartition du fonds accumulé (assurance vie universelle) lors du paiement d'une prestation au décès sera faite au prorata des montants d'assurance (option par défaut).			
Autres choix : <input type="checkbox"/> 100 % au premier décès <input type="checkbox"/> 100 % au dernier décès <input type="checkbox"/> variable à chaque décès, précisez :			

D - Modification majeure

- Pour les changements figurant ci-dessous, veuillez remplir la **Partie 2, Section F - Déclaration d'assurabilité** et toute section applicable des **Parties 1 et 3**.
- Pour toute demande de modification n'exigeant pas de preuves d'assurabilité, veuillez utiliser le formulaire **09219F**.

Cochez la case appropriée pour toutes les protections, sauf SOLO.		
<input type="checkbox"/> Ajout d'assuré(s)	<input type="checkbox"/> Demande de taux privilégié	<input type="checkbox"/> Révision d'une surprime ou d'une exclusion
<input type="checkbox"/> Ajout de garantie(s)	<input type="checkbox"/> Remplacement à l'intérieur d'un même contrat	<input type="checkbox"/> Remplacement partiel
<input type="checkbox"/> Autre :		
Cochez la case appropriée uniquement pour les modifications aux protections d'assurance invalidité SOLO.		
<input type="checkbox"/> Ajout d'un avenant	<input type="checkbox"/> Demande de taux privilégié	
<input type="checkbox"/> Augmentation de la période d'indemnisation	<input type="checkbox"/> Modification de la structure de prime de T65 à T10	
<input type="checkbox"/> Augmentation de la rente mensuelle	<input type="checkbox"/> Réduction de la période d'attente	
<input type="checkbox"/> Changement de classe professionnelle	<input type="checkbox"/> Relèvement de classe professionnelle	
<input type="checkbox"/> Autre :		
Description des modifications demandées pour l'Assuré 1	Montant de l'assurance	
	De	À
Description des modifications demandées pour l'Assuré 2	Montant de l'assurance	
	De	À

E - Admissibilité

E1 - Admissibilité aux protections d'assurance invalidité SOLO

• Pour SOLO Assurance salaire, Assurance frais d'affaires, Assurance salaire accident, Assurance dépenses courantes, veuillez répondre aux **questions 1 à 25**.

• Pour SOLO Proprio: si vous n'avez pas d'emploi, ne remplissez pas cette section,

mais indiquez le nom de votre conjoint : _____ et sa date de naissance (AAAA-MM-JJ) : _____

si vous avez un emploi, veuillez répondre aux questions 1 à 17.

si vous demandez un relèvement de la classe professionnelle, veuillez aussi répondre à la question 18.

• Pour SOLO Assurance soins de santé, veuillez remplir la **Section E2** seulement.

Personne qui demande les protections : **Assuré 1** ou **Assuré 2** (S'il s'agit des deux, une proposition distincte est requise pour chacun.)

Personne qui sera preneur pour la protection SOLO Proprio : **Preneur 1** ou **Preneur 2**

Situation particulière

- Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte? Oui Non
Si « **Oui** », indiquez la date à laquelle vous devez accoucher (AAAA-MM-JJ) : _____
Si vous êtes au dernier trimestre de votre grossesse, vous n'êtes admissible qu'à SOLO Proprio ou à SOLO Essentiel Assurance salaire (proposition d'assurance 15021F).
 - Êtes-vous en retrait préventif? Oui Non
Si « **Oui** », vous n'êtes admissible qu'à SOLO Assurances dépenses courantes ou à SOLO Proprio.
Veuillez alors remplir la **Section E1** en fonction de votre situation d'emploi préalable à votre retrait préventif.
- Êtes-vous en congé parental? Oui Non
Si « **Oui** », vous n'êtes admissible qu'à SOLO Assurances dépenses courantes ou à SOLO Proprio.
Veuillez alors remplir la **Section E1** en fonction de votre situation d'emploi préalable à votre congé parental.

Profil d'emploi

- Profession ou métier
- Désignation professionnelle ou diplôme obtenu (niveau d'études)

- Depuis quand exercez-vous cette profession ou ce métier (AAAA-MM-JJ)?

Si moins de 3 ans, indiquez votre emploi précédent :

- Fonctions - Indiquez vos fonctions et le pourcentage de temps que vous consacrez à chacune d'elles :

Fonctions	Pourcentage	Détails
a) Manuelles ou physiques		
b) Gestion ou travail de bureau		
c) Ventes		
d) Supervision		
e) Autres, précisez :		
TOTAL :	100 %	
f) Indiquez le pourcentage de temps consacré à des déplacements à l'extérieur de l'Amérique du Nord	%	

- Nombre d'heures travaillées par semaine : _____

- Nombre d'heures travaillées par semaine au cours des 4 dernières semaines : _____

- Nombre de semaines travaillées par année : _____ semaines/année

- Travaillez-vous à domicile? Oui Non
Si « **Oui** », veuillez indiquer :
a) le pourcentage de votre temps : _____ %
b) si vous avez une entrée distincte et une enseigne : Oui Non
c) un achalandage visible : Oui Non
d) si vous avez gagné au moins 25 000 \$ après les dépenses pour chacune des 2 dernières années? Oui Non
- Occupez-vous un autre emploi à temps partiel ou à temps plein? Oui Non
Si « **Oui** », veuillez indiquer :
a) vos fonctions exactes : _____
b) votre nombre d'heures travaillées par semaine : _____
c) votre revenu annuel : _____ \$

- Envisagez-vous de changer d'emploi au cours des 6 prochains mois? Oui Non

Si « **Oui** », veuillez indiquer pourquoi :

E - Admissibilité (suite)

E1 - Admissibilité aux protections d'assurance invalidité SOLO (suite)

Profil de l'entreprise ou de l'employeur			
13. Nom de l'entreprise		14. Nature de l'entreprise	
15. Adresse		Ville	Province
16. Site Internet			
17. Depuis quand travaillez-vous pour cet employeur ou à votre propre compte (AAAA-MM-JJ)? _____ Si vous êtes travailleur autonome ou propriétaire d'une entreprise, indiquez : Le nombre d'associés ou d'actionnaires : _____ Le pourcentage des actions détenues par l'assuré : _____ % Le nombre d'employés à temps plein (à l'exclusion des propriétaires) : _____ Le nombre d'employés à temps partiel (à l'exclusion des propriétaires) : _____			
Profil du revenu gagné annuel net assurable (revenu gagné après les dépenses, mais avant les impôts).			
18. Revenu gagné selon votre situation d'emploi actuelle			
a) <input type="checkbox"/> Employé (Montant déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral; ligne 101 plus ligne 104, moins ligne 229)	Salaire de l'année en cours	Salaire de l'année précédente	Salaire de l'avant-dernière année
	\$	\$	\$
b) <input type="checkbox"/> Employé à commission c) <input type="checkbox"/> Travailleur autonome d) <input type="checkbox"/> Associé (Revenu net déclaré dans votre T1; lignes 135 à 143. Le revenu à ce jour est le revenu de l'année financière en cours.)	Revenu à ce jour (année en cours)	Revenu total (dernière année)	Revenu total (avant-dernière année)
	\$	\$	\$
e) <input type="checkbox"/> Propriétaire d'une compagnie constituée en personne morale (inc.) (Montant déclaré dans votre T1 : lignes 101 et 104, plus votre part des profits ou des pertes.)	Dernière année		Avant-dernière année
	Salaire	\$	\$
	Profit ou (perte) de l'entreprise	\$	\$
	Total	\$	\$
Date de fin de l'exercice financier (AAAA-MM-JJ) :			
f) <input type="checkbox"/> Producteur agricole reconnu (revenu incluant les dépenses d'amortissement)	Revenu de l'année en cours	Revenu de l'année précédente	Revenu de l'avant-dernière année
	\$	\$	\$
19. Si vous travaillez à votre compte, votre revenu est-il fractionné aux fins de l'impôt? Si « Oui », quel est le montant du fractionnement? _____ \$			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
20. Calculez vos revenus non professionnels de l'année dernière et estimez ceux de cette année. Est-ce que l'un d'eux dépasse le moindre des montants suivants : 30 000 \$ ou 15 % de votre revenu déclaré à la question 18? (Les revenus non professionnels sont des revenus provenant d'autres sources que votre emploi et que vous continuerez de recevoir même si vous êtes invalide, p. ex. : revenu de placement ou de location ou droits d'auteur.) Si « Oui », veuillez répondre à la question 23 - Revenus non professionnels.			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
21. Votre valeur nette (actif moins passif) est-elle supérieure à 4 000 000 \$? Si « Oui », veuillez répondre à la question 24 - Valeur nette.			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
22. Demandez-vous la prestation garantie? Si « Oui », des preuves financières sont requises pour déterminer l'admissibilité. Veuillez vous reporter au Guide du conseiller.			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

E - Admissibilité (suite)

E1 - Admissibilité aux protections d'assurance invalidité SOLO (suite)

23. Revenus non professionnels (Les revenus non professionnels sont exclus du revenu gagné net assurable déclaré à la question 18.)			
Profit net tiré de revenus locatifs			\$
Gains en capital			\$
Dividendes non professionnels			\$
Intérêts			\$
Autres (précisez)			\$
Total			\$
24. Valeur nette			
Économies, liquidités, actions, obligations			\$
Avoir dans votre entreprise (à l'exclusion du fonds commercial)			\$
Biens personnels			\$
Biens immobiliers			\$
Autres (précisez)			\$
Total			\$
25. Assurance frais d'affaires (part des frais d'affaires mensuels de l'assuré). Pour SOLO Sécuriterre, ne remplissez pas les éléments l), m) et n).			
a) Loyer, électricité, téléphone et autres services publics	\$	h) Intérêts débiteurs	\$
b) Salaire du personnel	\$	i) Taxes professionnelles et permis	\$
c) Entretien ménager	\$	j) Affranchissement et fournitures de bureau	\$
d) Services professionnels d'un comptable externe	\$	k) Impôt foncier relatif à l'emplacement d'affaires	\$
e) Prime d'assurance incendie, vol et risques divers	\$	l) Crédit-bail et amortissement d'équipement, y compris l'automobile	\$
f) Cotisations professionnelles	\$	m) Dépréciation du matériel et des locaux appartenant à la personne à assurer	\$
g) Assurance responsabilité professionnelle	\$	n) Amortissement ou remboursement périodique de capital, y compris les prêts hypothécaires	\$
o) Remboursement périodique de capital relatif à des prêts souscrits pour des actifs non amortissables (SOLO Sécuriterre seulement)			\$
Total des frais d'affaires (additionnez les montants des deux colonnes) :			\$

E2 - Admissibilité à SOLO Assurance de soins de santé

Est-ce que la personne à assurer est couverte par :	Assuré 1	Assuré 2
a) le régime d'assurance maladie provincial?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) le régime d'assurance médicaments provincial? Si « Non », précisez la raison :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

F - Déclaration d'assurabilité

F1 - Identification des personnes à assurer

• Si cette proposition a trait à plus de deux personnes à assurer, utilisez une proposition additionnelle à leur égard.

Assuré 1				Assuré 2			
Prénom				Prénom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
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)	
Taille cm po		Poids kg lb		Poids il y a un an 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			

F2 - Assurance en vigueur

• Le traitement de cette proposition peut être retardé si cette section n'est pas remplie.

Protections d'assurance vie et maladie grave

Détenez-vous des protections d'assurance vie ou maladie grave en vigueur (sauf la protection visée par cette proposition)? Oui Non
Si « **Oui** », indiquez le montant total d'assurance vie et maladie grave (y compris les produits de Desjardins Assurances, mais à l'exclusion de cette proposition.)

	Assuré 1			Assuré 2		
	Montant \$	But de l'assurance		Montant \$	But de l'assurance	
		Personnelle	Affaires		Personnelle	Affaires
VIE		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MMA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MG		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protections d'assurance invalidité SOLO (y compris SOLO Proprio) Assuré 1 ou Assuré 2

Détenez-vous des protections d'assurance invalidité en vigueur (sauf la protection visée par cette proposition)? Oui Non
Si « **Oui** », indiquez le montant total d'assurance invalidité en vigueur (y compris les produits de Desjardins Assurances, mais à l'exclusion de cette proposition), y compris l'assurance collective offerte par l'employeur, s'il y a lieu.

Indiquez vos protections d'assurance invalidité en vigueur	Date de l'établissement (AAAA-MM-JJ)	Rente mensuelle	Période d'attente	Période d'indemnisation	Imposable
Nom de la compagnie					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de couverture <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Collective <input type="checkbox"/> Créances <input type="checkbox"/> Frais généraux					
Nom de la compagnie					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de couverture <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Collective <input type="checkbox"/> Créances <input type="checkbox"/> Frais généraux					
Nom de la compagnie					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de couverture <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Collective <input type="checkbox"/> Créances <input type="checkbox"/> Frais généraux					

Êtes-vous admissible à des prestations :

- a) d'assurance emploi? Oui Non
b) d'une commission des accidents du travail (CSST au Québec)? Oui Non

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

F3 - Identification du médecin personnel

- Indiquez les coordonnées du médecin qui détient le dossier médical de chaque personne à assurer.

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

F4 - Examens demandés par le représentant

- Si vous n'avez pas demandé d'examens, veuillez ne rien indiquer. À l'extérieur du Québec, veuillez fournir les exigences et remplir cette section.
- Lorsque vous demandez des examens relativement à un dossier Élite, avisez la firme paramédicale et l'enquêteur qu'il s'agit d'un tel dossier.

Firme paramédicale								
<input type="checkbox"/> Solutions d'assurance Dynacare <input type="checkbox"/> Hooper Holmes/Portamédic <input type="checkbox"/> QUS <input type="checkbox"/> Autre :								
Firme d'enquête								
<input type="checkbox"/> Hooper Holmes/Portamédic <input type="checkbox"/> Keyfacts <input type="checkbox"/> 1 st Financial <input type="checkbox"/> Autre :								
	Examen paramédical	Profil sanguin	ECG au repos	ECG à l'effort	Analyse d'urine	BVA	Rapport d'enquête	Autre
Assuré 1	<input type="checkbox"/>							
Assuré 2	<input type="checkbox"/>							

Numéro d'autorisation pour l'Assuré 1 (obligatoire) : _____

Numéro d'autorisation pour l'Assuré 2 (obligatoire) : _____

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

F5 - Questions obligatoires

• Veuillez répondre à toutes les questions de cette section pour l'Assuré 1 et l'Assuré 2.

Est-ce que la personne à assurer :				Assuré 1	Assuré 2
1- remplit cette proposition dans le but de remplacer une protection d'assurance vie, invalidité, maladie grave ou de soins longue durée établie par notre compagnie ou une autre compagnie? Si « Oui », veuillez remplir un avis ou un préavis de remplacement. La résiliation de la ou des polices ci-dessous est conditionnelle à l'acceptation de cette proposition.				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2- a une ou des propositions d'assurance vie, invalidité, maladie grave ou soins de longue durée à l'étude auprès de notre compagnie ou d'autres compagnies? Si « Oui », veuillez remplir le tableau ci-dessous.				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Nom des compagnies	Total des montants demandés	Total des montants qui seront en vigueur (y compris cette proposition)		
Assuré 1					
Assuré 2					
3- a déjà présenté une demande d'assurance vie, invalidité, maladie grave ou 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? Si « Oui », veuillez remplir le tableau ci-dessous, y compris la raison du refus, de la restriction ou de la surprime.				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Nom des compagnies	Date (AAAA-MM-JJ)	Raison		
Assuré 1					
Assuré 2					
4- a, au cours des 12 derniers mois, fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou la cigarette électronique ou fait usage de marijuana, de toute autre forme de tabac ou d'un substitut comme de la gomme ou des timbres de nicotine ou de médication antitabagique? Si « Oui », veuillez remplir le tableau ci-dessous.				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Consommation quotidienne		Forme (si cigare, mentionnez la sorte)		
Assuré 1					
Assuré 2					
5- est un fumeur occasionnel de cigares ou de cigarillos? Si « Oui », veuillez remplir le tableau ci-dessous.				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cigares		Cigarillos		
	Consommation mensuelle	Consommation annuelle	Consommation mensuelle	Consommation annuelle	
Assuré 1					
Assuré 2					
6- est un ancien fumeur? Si « Oui », veuillez remplir le tableau ci-dessous.				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Date de cessation (AAAA-MM-JJ)	Consommation quotidienne antérieure			
Assuré 1					
Assuré 2					
7- a fait faillite au cours des 5 dernières années? Si « Oui », veuillez remplir le tableau ci-dessous.				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Date de la faillite (AAAA-MM-JJ)	Personnelle	Affaires	Date de la libération (AAAA-MM-JJ)	
Assuré 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Assuré 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

Vous n'avez pas à remplir la Section F6 pour une personne à assurer devant subir un examen paramédical de Desjardins Assurances. Toutefois, si vous répondez à ces questions, la communication des décisions au représentant par le tarificateur sera plus facile.

Remarque : Si l'examen paramédical provient d'une autre compagnie d'assurance, vous devez remplir la Section F6.

F6 - Questions supplémentaires

Est-ce que la personne à assurer :		Assuré 1	Assuré 2				
8a- a pratiqué, au cours des 2 dernières années, des activités comme l'aviation, le parachutisme, la plongée sous-marine, l'alpinisme, l'escalade, l'héli-ski, les courses de véhicules à moteur (y compris les bateaux) ou tout autre sport dangereux? Si « Oui », veuillez remplir le questionnaire approprié disponible sur web .		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
8b- a l'intention de pratiquer des sports dangereux au cours des 12 prochains mois? Si « Oui », veuillez remplir le questionnaire approprié disponible sur web .		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
9- a, au cours des 5 dernières années, été reconnue coupable d'infractions ou d'actes criminels ou fait l'objet d'accusations relativement à de telles infractions ou de tels actes, 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 de telles infractions ou de tels actes? Si « Oui », veuillez remplir le tableau ci-dessous.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
	Date de l'infraction (AAAA-MM)	Genre de délit	Date de l'infraction (AAAA-MM)	Genre de délit	Date de la récupération du permis de conduire (AAAA-MM)		
Assuré 1							
Assuré 2							
10- a, au cours des 5 dernières années, fait l'objet d'une suspension ou d'un retrait de son permis de conduire ou été reconnue coupable d'une infraction aux règlements de la circulation? Si « Oui », veuillez remplir le tableau ci-dessous.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
	Date de l'infraction (AAAA-MM)	Genre de délit	Vitesse (km) au-dessus de la limite	Date de l'infraction (AAAA-MM)	Genre de délit	Vitesse (km) au-dessus de la limite	Date de la récupération du permis de conduire (AAAA-MM)
Assuré 1							
Assuré 2							
11a- a voyagé ou séjourné à l'extérieur du Canada ou des États-Unis au cours des 12 derniers mois? 11b- a l'intention de le faire dans les 12 prochains mois? Si « Oui » à 11a ou 11b, veuillez remplir le tableau ci-dessous ou le questionnaire relatif aux voyages à l'étranger disponible sur web .		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
	Pays	Ville	Date du départ (AAAA-MM-JJ)	Date du retour (AAAA-MM-JJ)	Raison du voyage		
Assuré 1							
Assuré 2							
12- a demandé ou touché des prestations d'invalidité en raison d'une maladie ou d'un accident? Si « Oui », veuillez remplir le tableau ci-dessous.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
	Nom de la compagnie	Date du début de l'invalidité (AAAA-MM-JJ)	Raison de l'invalidité	Durée de l'invalidité			
Assuré 1							
Assuré 2							

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

F6 - Questions supplémentaires (suite)

Est-ce que la personne à assurer :	Assuré 1	Assuré 2
13- Antécédents familiaux : a, dans sa famille (père, mère, frères, soeurs), des antécédents de cancer, de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de cholestérol élevé, d'hypertension, de diabète, de maladie des reins, de sclérose en plaques, de chorée de Huntington, de polypose du côlon, de maladie du neurone moteur, de dystrophie musculaire, de maladie de Parkinson, de maladie d'Alzheimer, de fibrose kystique ou de toute autre maladie héréditaire? Si « Oui », veuillez remplir le tableau ci-dessous. Indiquer l'emplacement de tout cancer à la Section F9 - Explications.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Assuré 1	Maladie(s)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Soeurs					
Assuré 2	Maladie(s)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Soeurs					

14- 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 « Oui », veuillez remplir le tableau ci-dessous et fournir les détails pertinents à la Section F9 - Explications.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

	Assuré			Assuré	
	1	2		1	2
Accident vasculaire cérébral (AVC), Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Névrite optique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie du système immunitaire, y compris le SIDA ou un test de VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer ou tumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des oreilles (incluant la surdité, mais excluant les otites)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dystrophie musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie, convulsions, étourdissement ou perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des vaisseaux sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épuisement professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des yeux (incluant la cécité, mais excluant la myopie et la presbytie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie (cholestérol élevé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du neurone moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertriglycéridémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles gastro-intestinaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles mentaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles musculosquelettiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies transmises sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles pulmonaires (incluant l'apnée du sommeil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Troubles rénaux ou de la vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toute autre maladie non mentionnée ci-dessus :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

F6 - Questions supplémentaires (suite)

- Si la réponse aux questions 15 à 17 est « **Oui** », fournir les détails pertinents à la **Section F9 - Explications**.
- En ce qui concerne la question 15a, indiquez le dosage des médicaments à la **Section F9 - Explications**.

Est-ce que la personne à assurer :		Assuré 1	Assuré 2
15- a, à l'exception de ce qui est indiqué à la question 14 :			
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
b) subi un électrocardiogramme, une radiographie, une mammographie, un électromyogramme, un scan (TACO), une résonance magnétique, des analyses de sang ou d'autres tests diagnostiques ou subi une opération ou été hospitalisée?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16- 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
17- a subi ou a 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
18- fait ou a déjà fait usage de drogues ou de narcotiques sans ordonnance médicale? Si « Oui », remplir le questionnaire sur l'usage de drogues disponible sur <i>web</i> .		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
19- a) fait ou a déjà fait usage de boissons alcoolisées? Si « Oui », veuillez remplir le tableau ci-dessous et indiquer la consommation hebdomadaire actuelle et celle des 3 dernières années, si elle est différente.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Consommation hebdomadaire actuelle	Consommation hebdomadaire au cours des 3 dernières années	
Assuré 1			
Assuré 2			
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 « Oui », remplir le questionnaire lié à la consommation d'alcool disponible sur <i>web</i> .		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
20- 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? Si « Oui », veuillez remplir le questionnaire relatif aux maux de dos disponible sur <i>web</i> .		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

F7 - Questions additionnelles pour Quiétude Nouvelle génération

- Veuillez remplir cette section si la protection Quiétude Nouvelle génération est choisie pour une personne à assurer indiquée à la **Section A1**.

Questions générales (Si « Non », fournir les détails pertinents à la Section F9 - Explications .)		Assuré 1	Assuré 2
21- La personne à assurer demeure-t-elle avec le preneur?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
22- Combien la personne à assurer a-t-elle de frères et de sœurs?			
23- Assurance vie : est-ce que tous les enfants de la famille détiennent le même montant?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
24- Assurance maladie grave : est-ce que tous les enfants de la famille détiennent le même montant?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
25- Est-ce que le père ou la mère détient une assurance maladie grave?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si « Oui », indiquez les montants :			
	Mère	\$	\$
	Père	\$	\$
Antécédents familiaux		Assuré 1	Assuré 2
26- Âge des parents			
	Mère		
	Père		

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

F7 - Questions additionnelles pour Quiétude Nouvelle génération (suite)

• Si les deux parents sont âgés de 40 ans ou plus, il n'est pas nécessaire de répondre à la **question 27**.

27- Est-ce que la personne à assurer a un grand-parent qui a des antécédents de diabète, de maladie cardiaque, de chorée de Huntington, de maladie des reins, de cancer, d'accident vasculaire cérébral ou de maladie d'Alzheimer? Si « Oui », veuillez remplir le tableau détaillant les maladies des grands-parents.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

Assuré 1	Maladie(s)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
Grand-mère paternelle					
Grand-père paternel					
Grand-mère maternelle					
Grand-père maternel					
Assuré 2	Maladie(s)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
<input type="checkbox"/> mêmes que l'Assuré 1					
Grand-mère paternelle					
Grand-père paternel					
Grand-mère maternelle					
Grand-père maternel					

Antécédents médicaux (Si « Oui », veuillez fournir les détails à la Section F9 - Explications .)	Assuré 1	Assuré 2
28- La personne à assurer est-elle atteinte d'un des troubles suivants, a-t-elle fait l'objet d'un diagnostic d'un de ces troubles ou a-t-on identifié chez elle des symptômes d'un de ces troubles : a) Handicap physique? b) Sclérose latérale amyotrophique? c) Fibrose kystique? d) Déficience neurologique, y compris l'autisme, la paralysie cérébrale, l'hyperactivité, un trouble déficitaire de l'attention, un retard de développement ou le syndrome de Rett?	<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 <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
29- Si la personne à assurer est âgée de moins d'un an, est-ce que la durée de la grossesse a été de moins de 36 semaines?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

F8 - Questionnaire relatif aux enfants du preneur

• À remplir **SEULEMENT** si les enfants du preneur doivent être assurés en vertu de la garantie Assurance sur les enfants ou de SOLO Assurance soins de santé.

Enfant 1				Enfant 2			
Prénom				Prénom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
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)		
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			
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)		
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 :			

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

F8 - Questionnaire relatif aux enfants du preneur (suite)

Demandes d'assurance précédentes pour les enfants 30- Une demande d'assurance vie, santé ou maladie grave ou de remise en vigueur d'une telle assurance relative à un des enfants à assurer a-t-elle déjà été refusée, différée ou acceptée sous réserve de l'application d'une restriction ou d'une surprime? Si « Oui » pour un des enfants à assurer, veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

	Nom de la compagnie	Date (AAAA-MM-JJ)	Raison du refus, de la restriction ou de la surprime
Enfant 1			
Enfant 2			
Enfant 3			
Enfant 4			

Questions médicales pour les enfants à assurer 31- Est-ce qu'un des enfants à assurer 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 « Oui » pour un des enfants à assurer, veuillez remplir le tableau ci-dessous et fournir les détails à la Section F9 - Explications .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

	Enfant					Enfant			
	1	2	3	4		1	2	3	4
Accident vasculaire cérébral (AVC), Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sclérose en plaques	<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"/>	Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie du système immunitaire, y compris le SIDA ou un test de VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cardiaques	<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"/>	Troubles des oreilles (incluant la surdité, mais excluant les otites)	<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"/>	Troubles des seins	<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"/>	Troubles des vaisseaux sanguins	<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"/>	Troubles des yeux (incluant la cécité, mais excluant la myopie et la presbytie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie, convulsions, étourdissement ou perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épuisement professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du neurone moteur	<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"/>	Troubles du système nerveux	<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"/>	Troubles gastro-intestinaux	<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"/>	Troubles mentaux	<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"/>	Troubles musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles musculosquelettiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies transmises sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles pulmonaires (incluant l'asthme et l'apnée du sommeil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Névrite optique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles rénaux ou de la vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toute autre maladie non mentionnée ci-dessus :	<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 - Instructions spéciales

- Indiquez tout autre détail pertinent pour l'établissement du contrat ou la modification majeure.

H - Paiement et prime

H1 - Mode et méthode de paiement de prime

Mode	<input type="checkbox"/> Annuel _____ \$	<input type="checkbox"/> Semestriel _____ \$	<input type="checkbox"/> Mensuel _____ \$
Méthode	<input type="checkbox"/> Retrait direct (DPA) Remplir la section H2		
	<input type="checkbox"/> Chèque (facturation directe - non-disponible pour la prime mensuelle)		
Requis pour une note de couverture provisoire/conditionnelle			
Prime initiale	<input type="checkbox"/> À la livraison	<input type="checkbox"/> Chèque inclus avec cette proposition	<input type="checkbox"/> Retrait direct (DPA) Remplir la section H2
	<input type="checkbox"/> Affectation de valeurs de rachat du(des) numéro(s) de contrat	No. :	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 O de la page 25.** 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 « Desjardins Assurances ») 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^{er} et le 28) : _____ **Montant de la prime** : _____ \$

Pour une protection Somnum comportant des comptes indiciels ou une prime minimale, le jour du retrait doit coïncider avec le jour de la date d'établissement.

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 Desjardins Assurances 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 Desjardins Assurances 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.

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

Desjardins Assurances 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.

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 Desjardins Assurances et au preneur du ou des contrats payés par cet accord.

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

I - Demande de note de couverture provisoire en cas de décès

(À remplir lorsqu'une assurance vie est souscrite.)

Les personnes à assurer âgées de 31 jours à 65 ans, inclusivement, peuvent être admissibles à la protection en vertu de la note de couverture provisoire en cas de décès.		
Questions d'admissibilité	Assuré 1	Assuré 2
1. Au cours des 60 derniers mois, la personne à assurer a-t-elle consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour une crise cardiaque, une crise d'angine, un accident vasculaire cérébral, un cancer, le SIDA ou une autre infection par VIH, diagnostiqués ou soupçonnés, ou est-elle en attente d'un diagnostic ou de résultats suite à une consultation?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. La personne à assurer a-t-elle déjà présenté une demande d'assurance vie qui a été refusée ou supprimée ou dont l'entrée en vigueur a été différée par notre compagnie ou une autre compagnie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Chaque personne à assurer pouvant répondre « **Non** » à toutes ces questions est admissible à la protection en vertu de la note de couverture provisoire en cas de décès.

La note de couverture provisoire en cas de décès prend effet dès que les conditions qui y sont énoncées sont satisfaites. Le représentant doit en remettre une copie au preneur. Veuillez remplir et signer le reçu pour la prime initiale de la Section M (page 24).

J - Demande de note de couverture provisoire en cas de maladie grave

(À remplir lorsqu'une assurance maladies graves est souscrite.)

Les personnes à assurer âgées de 31 jours à 65 ans, inclusivement, peuvent être admissibles à la protection en vertu de la note de couverture provisoire en cas de maladie grave.		
Questions d'admissibilité	Assuré 1	Assuré 2
1. La personne à assurer a-t-elle déjà été traitée ou a-t-elle consulté un médecin ou ressenti des symptômes relativement à des problèmes cardiaques, neurologiques, des vaisseaux sanguins, une crise cardiaque soupçonnée, des douleurs thoraciques, le diabète, un cancer ou des tumeurs, un accident ischémique transitoire, un accident vasculaire cérébral, ou une maladie chronique des reins, une maladie du foie ou des poumons, la sclérose en plaques, la paralysie, la cécité, la surdité, la perte de la parole, la perte d'un membre, le coma, des brûlures graves, le SIDA ou autre infection par VIH?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Au cours des 90 derniers jours, la personne à assurer a-t-elle consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé qui lui aurait conseillé de subir un examen, une épreuve diagnostique ou une intervention chirurgicale (pour un motif autre qu'une grossesse ou un accouchement) qui n'ont pas encore eu lieu ou dont les résultats n'ont pas été reçus, ou a-t-elle ressenti des symptômes pour lesquels une consultation n'a pas encore eu lieu?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Au cours des 90 derniers jours, la personne à assurer a-t-elle été admise ou a-t-elle reçu le conseil d'être admise dans un hôpital ou une clinique pour un motif autre qu'une grossesse ou un accouchement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Au cours des 2 dernières années, une proposition d'assurance vie, maladie, invalidité, maladie grave ou soins de longue durée pour la personne à assurer a-t-elle été supprimée, refusée ou modifiée de quelque façon que ce soit?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Chaque personne à assurer pouvant répondre « **Non** » à toutes ces questions est admissible à la protection en vertu de la note de couverture provisoire en cas de maladie grave.

La note de couverture provisoire en cas de maladie grave prend effet dès que les conditions qui y sont énoncées sont satisfaites. Le représentant doit en remettre une copie au preneur. Veuillez remplir et signer le reçu pour la prime initiale de la Section M (page 24).

K - Demande de note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité

(À remplir lorsqu'une assurance invalidité est souscrite.)

Les personnes à assurer âgées de 18 à 60 ans, inclusivement, peuvent être admissibles à la protection en vertu de la note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité.		
Questions d'admissibilité	Assuré 1	Assuré 2
1. Au cours des 2 dernières années, la personne à assurer a-t-elle déjà été traitée ou a-t-elle consulté un médecin ou ressenti des symptômes relativement à des problèmes cardiaques, neurologiques, des vaisseaux sanguins, des douleurs thoraciques, le diabète, un cancer ou des tumeurs, un accident ischémique transitoire, un accident vasculaire cérébral, ou une maladie chronique des reins, une maladie du foie ou des poumons, la sclérose en plaques, la paralysie, des troubles de dos ou à la colonne vertébrale, une dépression, un épuisement (burnout), un trouble émotionnel, mental ou nerveux, le syndrome de fatigue chronique, le SIDA ou autre infection par VIH?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Au cours des 90 derniers jours, la personne à assurer a-t-elle consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé qui lui aurait conseillé de subir un examen, une épreuve diagnostique ou une intervention chirurgicale (pour un motif autre qu'une grossesse ou un accouchement) qui n'ont pas encore eu lieu ou dont les résultats n'ont pas été reçus, ou a-t-elle ressenti des symptômes pour lesquels une consultation n'a pas encore eu lieu?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Au cours des 90 derniers jours, la personne à assurer a-t-elle été admise ou a-t-elle reçu le conseil d'être admise dans un hôpital ou une clinique pour un motif autre qu'une grossesse ou un accouchement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Au cours des 2 dernières années, une proposition d'assurance vie, maladie, invalidité, maladie grave ou soins de longue durée pour la personne à assurer a-t-elle été supprimée, refusée ou modifiée de quelque façon que ce soit?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. La personne à assurer est-elle présentement incapable d'accomplir toute tâche de sa profession actuelle en raison d'une blessure ou d'une maladie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Chaque personne à assurer pouvant répondre « **Non** » à toutes ces questions est admissible à la protection en vertu de la note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité.

Instruction au représentant : aucune personne n'est autorisée à accepter de paiement ou à émettre la présente note de couverture si :

- la personne à assurer a répondu « **Oui** » ou a omis de répondre à l'une des questions d'admissibilité ci-dessus; et
- la personne à assurer a moins de 18 ans ou plus de 60 ans.

La note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité prend effet dès que les conditions qui y sont énoncées sont satisfaites. Le représentant doit en remettre une copie au preneur. Veuillez remplir et signer le reçu pour la prime initiale de la Section M (page 24).

Note de couverture provisoire en cas de décès

En vertu de la présente note de couverture provisoire en cas de décès, la protection garantissant un capital assuré en cas de décès de la ou des personnes à assurer entre en vigueur dès la signature de la proposition, selon les conditions suivantes :

1. la personne à assurer est âgée de 31 jours à 65 ans, inclusivement, à la date de signature de la proposition;
2. la personne à assurer a répondu « **Non** » aux questions d'admissibilité de la **Section I** de la proposition;
3. **paiement de la prime initiale** : au moment de la signature de la proposition, le preneur doit effectuer le paiement d'au moins une prime mensuelle (ou 1/20 de la prime unique) selon le contrat demandé dans la présente proposition, mais n'est pas tenu d'excéder le montant payable d'une prime mensuelle pour une couverture de 500 000 \$. Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée « Desjardins Assurances »), impose une limite de 500 000 \$ pour la note de couverture provisoire en cas de décès qui ne peut être abolie même si la prime initiale payée est plus élevée que le paiement minimum exigé comme prime initiale. Si le paiement de la prime initiale n'est pas honoré, la présente note de couverture provisoire en cas de décès sera considérée comme n'ayant jamais été en vigueur;
4. **Limite du capital assuré en cas de décès** : le capital assuré en cas de décès disponible en vertu de l'ensemble des notes de couvertures provisoires émises par Desjardins Assurances à l'égard de la même personne correspond au moins élevé du montant d'assurance demandé par cette personne ou de 500 000 \$. S'il y a lieu, ce capital assuré sera réduit de toute avance versée au preneur à la suite de la soumission d'une demande de prestation d'assurance maladie grave.
5. dans le cas d'un **remplacement interne de police** : si la personne à assurer décède avant l'entrée en vigueur de la nouvelle police, Desjardins Assurances s'engage à verser au bénéficiaire le montant le plus avantageux entre le montant payable en vertu de la police remplacée ou le montant payable en vertu de la présente note de couverture provisoire.

À REMETTRE AU PRENEUR SI LES CONDITIONS DU RECTO ET VERSO DE CETTE PAGE S'APPLIQUENT. SINON, VEUILLEZ LAISSER CETTE NOTE DANS LA PROPOSITION.

Note de couverture provisoire en cas de maladie grave

En vertu de la présente note de couverture provisoire en cas de maladie grave, la protection garantissant un capital assuré en cas de maladie grave de la ou des personnes à assurer entre en vigueur dès la signature de la proposition, selon les conditions suivantes :

1. la personne à assurer est âgée de 31 jours à 65 ans, inclusivement, à la date de signature de la proposition;
2. la personne à assurer a répondu « **Non** » aux questions d'admissibilité de la **Section J** de la proposition;
3. **paiement de la prime initiale** : au moment de la signature de la proposition, le preneur doit effectuer le paiement d'au moins une prime mensuelle (ou 1/20 de la prime unique) selon le contrat demandé dans la présente proposition, mais n'est pas tenu d'excéder le montant payable d'une prime mensuelle pour une couverture de 500 000 \$. Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée « Desjardins Assurances »), impose une limite de 500 000 \$ pour la note de couverture provisoire en cas de maladie grave qui ne peut être abolie même si la prime initiale payée est plus élevée que le paiement minimum exigé comme prime initiale. Si le paiement de la prime initiale n'est pas honoré, la présente note de couverture provisoire en cas de maladie grave sera considérée comme n'ayant jamais été en vigueur;
4. **Limite du capital assuré en cas de maladie grave** : le capital assuré en cas de maladie grave disponible en vertu de l'ensemble des notes de couvertures provisoires émises par Desjardins Assurances à l'égard de la même personne correspond au moins élevé du montant d'assurance demandé par cette personne ou de 500 000 \$.

LISTE DES AFFECTIONS COUVERTES : la présente note de couverture provisoire couvre la personne à assurer uniquement pour les affections suivantes :

AVC (accident vasculaire cérébral)

Traumatisme vasculaire cérébral causant un infarctus des tissus cérébraux, suite à une hémorragie, une thrombose ou une embolie, qui se traduit par un déficit neurologique mesurable, persistant pendant au moins 30 jours suivant l'AVC. Les accidents ischémiques transitoires sont explicitement exclus.

Cécité

Perte permanente de la vision des deux yeux, confirmée par un ophtalmologiste autorisé à exercer et exerçant au Canada. L'acuité visuelle corrigée doit être plus faible que 20/200 ou les champs visuels doivent être moins de 20 degrés et ce, dans les deux yeux.

Surdité

Perte permanente de l'ouïe des deux oreilles, avec un seuil d'audition de plus de 90 décibels, confirmée par un oto-rhino-laryngologiste autorisé à exercer et exerçant au Canada.

Brûlures graves

Brûlures au 3^e degré, couvrant au moins 20 % de la surface du corps de la personne à assurer, confirmées par un chirurgien plasticien autorisé à exercer et exerçant au Canada.

Coma

État profond d'inconscience, avec absence de réactions aux stimulations extérieures, pendant une période d'au moins 96 heures consécutives, confirmé par un neurologue autorisé à exercer et exerçant au Canada.

À REMETTRE AU PRENEUR SI LES CONDITIONS DU RECTO ET VERSO DE CETTE PAGE S'APPLIQUENT. SINON, VEUILLEZ LAISSER CETTE NOTE DANS LA PROPOSITION.

Note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité

En vertu de la présente note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité, la protection d'invalidité SOLO demandée pour la personne à assurer entre en vigueur à la date de prise d'effet selon les conditions suivantes :

1. la personne à assurer est âgée de 18 à 60 ans, inclusivement, à la date de signature de la proposition;
2. la personne à assurer a répondu « **Non** » aux questions d'admissibilité de la **Section K** de la proposition;
3. **paiement de la prime initiale** : au moment de la signature de la proposition, le preneur doit effectuer le paiement d'au moins une prime mensuelle (ou 1/20 de la prime unique) selon le contrat demandé dans la présente proposition, mais n'est pas tenu d'excéder le montant payable d'une prime mensuelle pour une couverture de 5 000 \$ de rente mensuelle d'invalidité. Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée « Desjardins Assurances »), impose une limite de 5 000 \$ de rente mensuelle d'invalidité pour la note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité qui ne peut être abolie même si la prime initiale payée est plus élevée que le paiement minimum exigé comme prime initiale. Si le paiement de la prime initiale n'est pas honoré, la présente note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité sera considérée comme n'ayant jamais été en vigueur;
4. **limite de la prestation payable en cas d'invalidité** : la présente note de couverture conditionnelle prévoit la même prestation que la protection d'invalidité SOLO demandée en tenant compte du montant de la rente mensuelle (maximum 5 000 \$ pour l'ensemble des notes de couverture conditionnelles émises par Desjardins Assurances à l'égard de la même personne), du délai d'attente et de la période de prestation, à la condition que, conformément aux directives et pratiques de tarification de Desjardins Assurances, la personne à assurer ait droit à cette protection et ce, sans surprime et sans aucune exclusion, limitation, réduction, ou autres modifications. Si de telles modifications sont nécessaires à l'établissement du contrat, la prestation pour la présente note de couverture conditionnelle sera limitée à la protection d'invalidité SOLO modifiée à laquelle la personne à assurer aurait eu droit à la date de prise d'effet de cette note de couverture.

Définitions :

La date de prise d'effet de cette note de couverture conditionnelle correspond à la plus éloignée des 2 dates suivantes :

1. la date de signature de la proposition;
2. la date à laquelle l'examen paramédical, les examens médicaux et les tests supplémentaires exigés, conformément aux pratiques de tarification de Desjardins Assurances, ont été complétés.

La définition du mot **invalidité** correspond à celle indiquée dans le contrat de la protection d'invalidité SOLO demandée dans la présente proposition.

À REMETTRE AU PRENEUR SI LES CONDITIONS DU RECTO ET VERSO DE CETTE PAGE S'APPLIQUENT. SINON, VEUILLEZ LAISSER CETTE NOTE DANS LA PROPOSITION.

Note de couverture provisoire en cas de décès (suite)

Exclusions : aucun capital assuré en cas de décès ne sera payable en vertu de la présente note de couverture provisoire :

1. s'il s'agit d'une demande de transformation d'une assurance vie collective;
2. si la personne à assurer se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non. Dans ce cas, l'obligation de Desjardins Assurances est limitée au seul remboursement de la prime initiale;
3. s'il s'agit de prestations supplémentaires prévues en vertu de la garantie en cas de Mort ou Mutilation accidentelle.

Déclarations : toute déclaration faite par le preneur ou les personnes à assurer à l'appui de la demande d'assurance est contestable à l'égard de la présente note de couverture provisoire.

Fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire : l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire prend fin à la première des dates suivantes :

1. la date d'établissement du contrat demandé;
2. la date d'établissement d'un contrat différent de celui demandé et constituant une contre-offre de Desjardins Assurances au preneur;
3. la date à laquelle Desjardins Assurances envoie au preneur une lettre l'avisant de la fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire ou du rejet de sa demande d'assurance;
4. la 91^e journée après la date de signature de la proposition.

Aucun représentant de Desjardins Assurances n'est autorisé à modifier la présente note de couverture provisoire.

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

Note de couverture provisoire en cas de maladie grave (suite)

Perte des membres

L'amputation irréversible de deux membres ou plus au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville par suite d'une blessure accidentelle ou d'une intervention chirurgicale médicalement nécessaire et recommandée par un médecin autorisé à exercer et exerçant au Canada.

Paralysie

La perte totale et permanente de l'usage de deux membres ou plus durant une période ininterrompue d'au moins 90 jours sans qu'il y ait eu aucun signe d'amélioration durant cette période, confirmée par un médecin autorisé à exercer et exerçant au Canada. Toute cause psychiatrique est explicitement exclue.

Perte de la parole

La perte totale, permanente et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique et persistant pour une période continue d'au moins 180 jours, confirmée par un médecin spécialiste autorisé à exercer et exerçant au Canada. Toute cause psychiatrique est explicitement exclue.

Exclusions : aucun capital assuré en cas de maladie grave ne sera payable en vertu de la présente note de couverture provisoire si :

1. la personne à assurer subit une affection couverte par la présente note de couverture provisoire, qu'elle soit saine d'esprit ou non, résultant d'une blessure auto infligée délibérément, d'une tentative de suicide, d'abus d'alcool, d'abus de drogues prescrites ou non, de sa participation directe ou indirecte à un crime, des actes d'hostilité des forces armées, guerre (déclarée ou non), insurrection ou émeute que la personne à assurer y ait pris part ou non;
2. la personne à assurer décède dans les 30 jours suivant l'occurrence ou le diagnostic de l'affection couverte par la présente note de couverture provisoire.

Déclarations : toute déclaration faite par le preneur ou les personnes à assurer à l'appui de la présente demande d'assurance maladie grave est contestable à l'égard de la présente note de couverture provisoire.

Fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire : l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire prend fin à la première des dates suivantes :

1. la date d'établissement du contrat demandé;
2. la date d'établissement d'un contrat différent de celui demandé et constituant une contre-offre de Desjardins Assurances au preneur;
3. la date à laquelle Desjardins Assurances envoie au preneur une lettre l'avisant de la fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire ou du rejet de sa demande d'assurance;
4. la 91^e journée après la date de signature de la proposition.

Aucun représentant de Desjardins Assurances n'est autorisé à modifier la présente note de couverture provisoire.

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

Note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité (suite)

Exclusions et limitations:

1. Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente note de couverture conditionnelle s'il y a une non déclaration de faits importants ou s'il y a une fausse déclaration dans la proposition ou à l'examen médical, s'il y a lieu.
2. La présente note de couverture conditionnelle est soumise également à toutes les conditions, exclusions et limitations décrites dans la protection d'invalidité SOLO demandée pour la personne à assurer.

Déclarations : toute déclaration faite par le preneur ou la personne à assurer à l'appui de la demande d'assurance pour invalidité est contestable à l'égard de la présente note de couverture conditionnelle.

Fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture conditionnelle : l'assurance en vertu de la présente note de couverture conditionnelle prend fin à la première des dates suivantes :

1. la date d'établissement du contrat demandé;
2. la date d'établissement du contrat différent de celui demandé et constituant une contre-offre de Desjardins Assurances au preneur;
3. la date Desjardins Assurances envoie au preneur une lettre l'avisant de la fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture conditionnelle ou de rejet de sa demande d'assurance;
4. la 91^e journée après la date de signature de la proposition.

Aucun représentant de Desjardins Assurances n'est autorisé à modifier la présente note de couverture conditionnelle.

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



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



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



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

L - 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 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 F3 (page 10)**, 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 est pertinent aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance.
- à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc., y compris ceux sur ma santé.

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 (provinces autres que le Québec) ont pris connaissance de la présente autorisation avant de la signer.

X
Date (AAAA-MM-JJ)

<input checked="" type="checkbox"/> X Signature de la personne à assurer 1	<input checked="" type="checkbox"/> X Signature du preneur 1	<input checked="" type="checkbox"/> 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 (provinces autres que le Québec)
---	---	---

<input checked="" type="checkbox"/> X Signature de la personne à assurer 2	<input checked="" type="checkbox"/> X Signature du preneur 2	<input checked="" type="checkbox"/> X Signature de l'enfant de 14 ans et plus (Québec) Signature de l'enfant 16 ans et plus (provinces autres que le Québec)
---	---	--

M - Reçu pour la prime initiale

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie confirme avoir reçu de _____ la somme de _____ \$ par prélèvement automatique ou par chèque. Ce montant représente le total des primes initiales nécessaires pour que les notes de couverture en cas de décès, de maladie grave, d'invalidité prennent effet, selon le cas.

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

À REMETTRE AU PRENEUR SI LES CONDITIONS S'APPLIQUENT.

N - 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 (ci-après appelée « Desjardins Assurances »), 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 Desjardins Assurances 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, Desjardins Assurances 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 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 (ci-après appelée « Desjardins Assurances »), traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Desjardins Assurances 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 Desjardins Assurances 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.

Desjardins Assurances 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 Desjardins Assurances en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant le site Web de Desjardins Assurances, à l'adresse www.desjardinsassurancevie.com, ou en transmettant une demande à cette fin au Responsable de la protection des renseignements personnels de Desjardins Assurances, à l'adresse indiquée précédemment. Le Responsable de la protection des renseignements personnels de Desjardins Assurances pourra également répondre à vos questions concernant le transfert de renseignements personnels à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada.

LE PARAGRAPHE QUI SUIT NE S'APPLIQUE QUE SI LE PRÉSENT FORMULAIRE EST SOUMIS PAR UN REPRÉSENTANT DE DESJARDINS ASSURANCES OU UN REPRÉSENTANT AFFILIÉ À DESJARDINS ASSURANCES.

Desjardins Assurances peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. Desjardins Assurances 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 Desjardins Assurances.

0 - 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, à leur connaissance. Il en va de même pour toute entrevue téléphonique ou autre relative aux déclarations d'assurabilité. Ils acceptent que Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée « Desjardins Assurances ») se serve de toutes ces réponses et déclarations comme base à l'établissement du ou des contrats.
- Le preneur et les personnes à assurer s'engagent à aviser Desjardins Assurances de tout changement dans les conditions d'assurabilité des personnes à assurer avant la formation du contrat. Par « condition d'assurabilité », on entend toute situation qui peut influencer la décision de Desjardins Assurances, comme un changement dans l'état de santé, l'emploi, les habitudes de vie ou de consommation de tabac, un accident, une consultation, un examen ou un traitement par un professionnel de la santé, une recommandation de prendre un rendez-vous médical ou de demander une consultation avec un professionnel de la santé qui n'a pas encore eu lieu, un test médical ou une recommandation de subir un test médical qui n'a pas encore eu lieu, une infraction au Code de la sécurité routière ou autres lois similaires, une infraction au Code criminel, un voyage à l'étranger ou la pratique de sports dangereux.
- 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;
 - s'il s'agit d'une proposition pour un produit d'assurance vie universelle**, qu'il a reçu un document expliquant les produits de capitalisation et qu'il a été informé que le revenu d'investissement de tout placement indicatif peut être positif ou négatif et n'est pas garanti;
 - que le représentant lui a communiqué par écrit, le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il transige, le fait qu'il reçoit des commissions pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis ou des avantages non pécuniaires tels que des incitatifs sous forme de voyages.
- Le preneur et les personnes 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 N - Avis relatif au MIB, Inc. et Gestion des renseignements personnels (page 24)** et qu'ils en ont reçu une copie.
- Chacun des preneurs et chacune des personnes à assurer ont lu la présente section avant de la signer.
- En signant ci-dessous, chaque personne ayant demandé une couverture temporaire et y étant admissible déclare avoir lu la Note de couverture provisoire en cas de décès ou la Note de couverture provisoire en cas de maladie grave, selon le cas, et comprendre les conditions stipulées dans cette note. De plus, chaque personne à assurer déclare ne pas être concernée par les exclusions ou conditions mentionnées dans cette note.
- En signant ci-dessous, chaque personne ayant demandé une couverture conditionnelle et y étant admissible déclare avoir lu la Note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité et comprendre les conditions stipulées dans cette note. De plus, chaque personne à assurer déclare ne pas être concernée par les exclusions ou conditions mentionnées dans cette note.

Remarque : Si le preneur est une entreprise, la personne doit indiquer qu'elle signe au nom de cette entreprise et indiquer son titre. De plus, le formulaire 08295F dûment rempli et les documents juridiques y figurant doivent être joints à la proposition.

X _____
Signé à (ville, province)

X _____
Date (AAAA-MM-JJ)

X _____
Signature du preneur 1 (et de la personne à assurer 1 ou 2 si la même personne)

X _____
Si le Preneur 1 est une entreprise, inscrire le nom et le titre de la personne qui est autorisée à signer en son nom

X _____
Signature du preneur 2 (et de la personne à assurer 1 ou 2 si la même personne)

X _____
Si le Preneur 2 est une entreprise, inscrire le nom et le titre de la personne qui est autorisée à signer en son nom

X _____
Signature de la personne à assurer 1 (s'il n'est pas le preneur 1 ou 2)

X _____
Signature de la personne à assurer 2 (s'il n'est pas le preneur 1 ou 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** (provinces autres que le Québec)

Accord relatif 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)

Consentement relatif aux modifications majeures, s'il y a lieu

Je soussigné(e), _____, en tant que

bénéficiaire irrévocable du contrat à modifier créancier ayant pris une garantie sur le contrat

déclare que je consens à toute modification mentionnée à la **Section D** du présent document.

X _____
Signature du bénéficiaire irrévocable

X _____
Signature du créancier ayant pris une garantie sur le contrat

X _____
Signature du bénéficiaire irrévocable

X _____
Date (AAAA-MM-JJ)

P - Informations et déclaration du représentant

Rémunération : de carrière accélérée

Le représentant déclare :

- 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;
- qu'il a personnellement vu les personnes à assurer ainsi que l'original du document d'identification présenté par les preneurs;
- qu'il a communiqué par écrit aux preneurs le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il transige, le fait qu'il reçoit des commissions pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis ou des avantages non pécuniaires tels que des incitatifs sous forme de voyages;
- qu'il a déclaré par écrit aux preneurs tout conflit d'intérêts relatif à cette proposition;
- qu'il a rempli le formulaire exigé si le preneur est une personne morale ou toute autre entité légale (formulaire 08295F).

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

Le représentant est-il la personne à assurer ou le preneur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

 X _____ X _____
Signature du représentant Date (AAAA-MM-JJ)

QUÉBEC SEULEMENT - Si le représentant est un stagiaire, veuillez remplir cette section.

Prénom du superviseur	Nom du superviseur	Code du représentant X	Code du centre financier
Courriel			
X _____ Signature du superviseur (au Québec seulement)		X _____ Date (AAAA-MM-JJ)	

Références

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 _____



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