

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES



assurance vie et assurance maladie complémentaire

En tant que titulaire de contrat de l'Assurance vie Équitable, vous aurez instantanément accès aux renseignements sur votre contrat par l'entremise du site **Accès à la clientèle Équitable!**

Qu'est-ce que le site Accès à la clientèle de l'Équitable?

Il s'agit de notre site en ligne sécurisé qui vous permet d'accéder à des outils et à des renseignements sur votre contrat, à votre portée. Grâce au site

Accès à la clientèle de l'Équitable vous pouvez :

- **Visualiser les particularités du contrat, y compris :**
 - le total de la somme assurée ou de la prestation de décès
 - les bénéficiaires
 - la valeur de rachat actuelle (s'il y a lieu)
 - les placements (contrats d'assurance vie universelle)
 - l'historique des opérations
 - le montant de la prime, le mode de paiement et la prochaine date d'exigibilité

- **Mettre à jour vos renseignements personnels, y compris :**
 - l'adresse et les coordonnées
 - les renseignements bancaires et la date du débit préautorisé
 - les bénéficiaires

- **Accéder à vos relevés et vos lettres.**

- **Et plus encore!**

Il y a deux façons de s'inscrire à l'Accès à la clientèle de l'Équitable :

- 1) En inscrivant votre adresse courriel sur la présente proposition. Dès que votre contrat entre en vigueur, l'Assurance vie Équitable vous enverra par courriel un lien à l'Accès à la clientèle.
- 2) En visitant le site client.equitable.ca/client/fr et en cliquant sur « Créer le compte » dès que vous recevez votre contrat.

Avez-vous des questions? Aimerez-vous que l'on vous aide à créer votre compte? Notre équipe du Service à la clientèle se fera un plaisir de vous aider. Vous pouvez la joindre au 1 800 668-4095 :

- Du lundi au vendredi de 8 h 30 à 19 h 30 (heure de l'Est)

DIRECTIVES À L'INTENTION DES CONSEILLERS

1. Ce formulaire doit être utilisé pour :
 - a) les nouvelles propositions d'assurance vie individuelle ou d'assurance maladies graves
 - b) la transformation (d'une assurance temporaire individuelle ou collective) d'après l'âge atteint
 - c) l'exercice de l'option d'assurabilité garantie
 - d) l'ajout d'une personne assurée à un contrat en vigueur
 2. Cette proposition convient à une demande d'assurance pour deux personnes adultes et leurs enfants (couverture offerte en vertu de l'avenant de protection pour enfants). Si l'assurance est pour plus de deux personnes adultes, une (ou plus d'une) proposition supplémentaire doit être remplie.
 3. COMMENT REMPLIR LA PROPOSITION
 - a) Veuillez vous assurer d'indiquer des réponses claires et complètes dans les cases vides réservées à cette fin. Toutes les sections sur la 2^e personne à assurer sont clairement indiquées. Si les questions sont posées par une conseillère ou un conseiller, elles doivent l'être telles quelles, mot pour mot, sans être paraphrasées.
 - b) Veuillez NE PAS utiliser de correcteur liquide.
 - c) Veuillez vous assurer que toutes les personnes assurées ainsi que le titulaire ou le titulaire du contrat apposent leurs initiales à toute correction ou tout changement apporté.
 - d) Veuillez vérifier les identités, conformément à la législation sur le recyclage de l'argent.
 - e) Si le contrat est détenu par une entité et qu'il s'agit d'un contrat d'assurance vie universelle ou d'assurance vie entière, veuillez remplir le formulaire *Renseignements sur l'entreprise* (n° 594FR).
 - f) S'il s'agit d'une proposition d'assurance maladies graves, veuillez passer en revue les questions du *Questionnaire de présélection* (n° 347FR) avec les personnes assurées pour déterminer l'admissibilité à la couverture avant de commencer à remplir la proposition.
 - g) Tous les questionnaires et les formulaires *Renseignements sur l'entreprise* (n° 594FR), *Mise à jour des renseignements du client* (n° 1027FR) et *Renseignements sur le tiers* (n° 31FR) sont disponibles sur le site *EquiNet*.
 4. DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ SANS EXAMEN MÉDICAL (sections 15 et 16) :
 - a) DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS SANS EXAMEN MÉDICAL (section 15)
 - à utiliser pour tous les enfants de moins de 16 ans dans le cas d'une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladies graves (y compris les enfants détenant une couverture en vertu d'un avenant de protection pour enfants)
 - b) DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ SANS EXAMEN MÉDICAL (section 16)
 - à utiliser pour tous les adultes de 16 ans et plus et tous les enfants âgés de 30 jours à 17 ans dans le cas d'une proposition d'assurance maladies graves pour enfants
 5. SIGNATURES (section 17)
 - a) Toutes les personnes assurées et les enfants de 16 ans et plus (18 ans et plus au Québec), doivent signer le formulaire aux endroits indiqués.
 - b) Tous les proposants ou titulaires de contrat doivent signer le formulaire aux endroits indiqués.
 - c) Si le titulaire du contrat est une société par actions ou un groupement sans personnalité morale, la signature doit comprendre le nom exact de cette société par actions ou de ce groupement sans personnalité morale, la signature d'une signataire ou d'un signataire autorisé et son titre, en plus du sceau de la compagnie (si possible).
 6. CAP - CONVENTION D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE (section 20)
 - a) au moins un douzième de la prime annuelle est joint à la présente proposition au moyen d'un chèque ou d'une entente de service de DPA; et
 - b) dans le cas d'une assurance vie conjointe, la personne ou les deux personnes à assurer ont répondu par la négative à toutes les questions de la section intitulée « Convention d'assurance vie provisoire ».
 7. CAP - CONVENTION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE (section 21)

Veuillez ne pas percevoir de prime si la personne à assurer n'est pas admissible à la convention d'assurance maladies graves provisoire. La CAP AMG peut être accordée seulement si :

 - a) au moins un douzième de la prime annuelle est joint à la présente proposition au moyen d'un chèque ou d'une entente de service de DPA; et
 - b) la personne à assurer a répondu par la négative à toutes les questions de la section intitulée « Demande d'assurance maladies graves provisoire ».
- Nota : lorsqu'une assurance est souscrite « contre remboursement » (CR), la CAP ne doit PAS être remise à la titulaire ou au titulaire et N'est PAS en vigueur.**
8. AVIS DE DIVULGATION (sections 22 et 23)

L'avis relatif au MIB (section 23) et l'avis de divulgation de la conseillère ou du conseiller, ou encore de la courtière ou du courtier (section 22) doivent toujours être remis à la proposante ou au proposant.
 9. ILLUSTRATION DES VENTES
Veuillez joindre à la proposition une illustration des ventes signée par la titulaire ou le titulaire du contrat.
 10. PREUVE D'ÂGE
Veuillez fournir un des documents suivants en tant que preuve d'âge : une copie de l'acte de naissance, du passeport ou du permis de conduire.
 11. Les autocollants accélèrent le traitement des données. Veuillez vous reporter aux directives de l'encart.
 12. Les pages de 1 à 39 doivent toutes être soumises au siège social.



PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

P00010288

SECTION 1 - PERSONNE À ASSURER - PERSONNE 2

Prénom : _____ Initiale du second prénom : _____

Nom de famille : _____

Ancien nom de famille : _____

Sexe : Masculin Féminin Date de naissance : (jj/mm/aaaa) _____

État matrimonial : _____ Pays de naissance : _____

Important : dans le cas de l'assurance vie universelle et de l'assurance vie entière, vous devez remplir les sections 2-6 et 2-7 (vérification de l'identité du titulaire) même si la personne assurée est la titulaire ou le titulaire.

Adresse postale et coordonnées :

Numéro : _____ Rue : _____

Ville : _____ Province : _____

Pays : _____ Code postal : _____

L'adresse personnelle est-elle la même que l'adresse postale? OUI NON Dans la négative, veuillez fournir l'adresse personnelle :**Il est important d'indiquer votre adresse courriel!**

Dès que votre contrat est en vigueur, nous vous transmettrons un lien afin de vous inscrire sur le site **Accès à la clientèle de l'Équitable**, notre site en ligne destiné aux clients où vous pouvez visualiser et gérer les renseignements sur votre contrat 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Téléphone à domicile : _____ Téléphone au travail : _____

Adresse courriel : _____

Statut canadien : Citoyenneté canadienne Statut de résident permanent Autre : type de visa ou permis de travail

Date d'arrivée au Canada : _____

Date d'arrivée au Canada : _____

(Veuillez fournir une copie des pièces justificatives.)

Précisions sur l'emploi :

Nom de l'employeur : _____ Nature de l'entreprise : _____

Emploi et fonctions : _____

(si vous êtes à la retraite, veuillez indiquer votre ancien emploi)

Adresse de l'employeur : _____

Faites-vous la demande selon un statut fumeur ou non-fumeur? Fumeur Non fumeur

**SECTION 2 - TITULAIRE - PERSONNE À ASSURER 1 SAUF INDICATION CONTRAIRE CI-DESSOUS**

La mention de titulaire, titulaires ou toute personne titulaire dans la présente proposition d'assurance désigne les parties qui seront titulaires du contrat selon l'approbation de l'Assurance vie Équitable, et désigne également les proposants au titre du contrat.

PERSONNE 2 PERSONNE 1 ET 2 AUTRE PERSONNE AUTRE COTITULAIRE ENTREPRISE

2-1. AUTRE PERSONNE

Prénom : _____ Initiale du second prénom : _____

Nom de famille : _____

Lien avec la personne à assurer : _____ Emploi et fonctions : _____
(si vous êtes à la retraite, veuillez indiquer votre ancien emploi)

Sexe : Masculin Féminin Date de naissance : (jj/mm/aaaa) _____ Pays de naissance : _____

Important : dans le cas de l'assurance vie universelle et de l'assurance vie entière, vous devez remplir les sections 2-6 et 2-7 (vérification de l'identité du titulaire) même si la personne assurée est la titulaire ou le titulaire.

Adresse postale et coordonnées :

Numéro : _____ Rue : _____

Ville : _____ Province : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Adresse courriel : _____

Il est important d'indiquer votre adresse courriel!

Dès que votre contrat est en vigueur, nous vous transmettrons un lien afin de vous inscrire sur le site **Accès à la clientèle de l'Équitable**, notre site en ligne destiné aux clients où vous pouvez visualiser et gérer les renseignements sur votre contrat 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Statut canadien :

Citoyenneté canadienne Statut de résident permanent Autre : type de visa ou permis de travail
Date d'arrivée au Canada : _____ Date d'arrivée au Canada : _____
(Veuillez fournir une copie des pièces justificatives.)

2-2. AUTRE COTITULAIRE

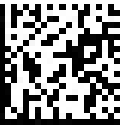
Prénom : _____ Initiale du second prénom : _____

Nom de famille : _____

Lien avec la personne à assurer : _____ Emploi et fonctions : _____
(si vous êtes à la retraite, veuillez indiquer votre ancien emploi)

Sexe : Masculin Féminin Date de naissance : (jj/mm/aaaa) _____ Pays de naissance : _____

Important : dans le cas de l'assurance vie universelle et de l'assurance vie entière, vous devez remplir les sections 2-6 et 2-7 (vérification de l'identité du titulaire) même si la personne assurée est la titulaire ou le titulaire.

**SECTION 2 - TITULAIRE****Adresse postale et coordonnées :**

Numéro : _____ Rue : _____

Ville : _____ Province : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Adresse courriel : _____

Il est important d'indiquer votre adresse courriel!

Dès que votre contrat est en vigueur, nous vous transmettrons un lien afin de vous inscrire sur le site **Accès à la clientèle de l'Équitable**, notre site en ligne destiné aux clients où vous pouvez visualiser et gérer les renseignements sur votre contrat 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Statut canadien : Citoyenneté canadienne Statut de résident permanent Autre : type de visa ou permis de travail

Date d'arrivée au Canada : _____

Date d'arrivée au Canada : _____

(Veuillez fournir une copie des pièces justificatives.)

2-3. AUTRE PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE - Doit aussi remplir le formulaire *Renseignements sur l'entreprise* (n° 594FR) pour les contrats d'assurance vie universelle et d'assurance vie entière.

Dénomination sociale au complet _____

Numéro de constitution _____ Lieu de constitution _____

Numéro : _____ Rue : _____

Ville : _____ Province : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Numéro d'entreprise ou numéro d'entreprise du Québec : _____ Adresse courriel : _____

Il est important d'indiquer votre adresse courriel!

Dès que votre contrat est en vigueur, nous vous transmettrons un lien afin de vous inscrire sur le site **Accès à la clientèle de l'Équitable**, notre site en ligne destiné aux clients où vous pouvez visualiser et gérer les renseignements sur votre contrat 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

2-4. TITULAIRE SUBSIDIAIRE (dans le cas du décès de la titulaire ou du titulaire actuel du contrat)

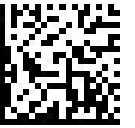
Prénom : _____ Nom de famille : _____

Lien avec la personne à assurer : _____

2-5. TITULAIRES MULTIPLES

Dans toutes les provinces, **sauf au Québec**, si un contrat est détenu par plus d'une personne titulaire, la propriété du contrat sera établie en tenance conjointe avec droit de survie, afin que l'intérêt de la personne décédée soit automatiquement transféré à la personne survivante à son décès. Si vous souhaitez que la propriété du contrat soit établie en tenance commune avec droit de survie, veuillez cocher la case tenants communs ci-dessous.

 Je déclare ou nous déclarons le type de propriété du contrat en tenance commune.**Au Québec**, si un contrat est détenu par plus d'une personne titulaire et que l'une de ces personnes décède, l'intérêt de cette personne titulaire sera transférée à ses ayants droit.

**SECTION 2 - TITULAIRE****2-6. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU TITULAIRE DE CONTRAT** - À remplir pour l'assurance vie universelle et l'assurance vie entière seulement.

Vérification de l'identité : votre identité canadienne doit être vérifiée par votre conseillère ou votre conseiller. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire, carte provinciale avec photo (excluant la carte de santé provinciale), passeport, carte de citoyenneté, carte de résident permanent ou certificat de statut d'Indien. Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité indiquées, veuillez vous rendre au site www.equitable.ca/aller/autre-identite pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.

Confirmation par la conseillère ou le conseiller.

J'ai, en tant que conseillère ou conseiller, tenu et vu la pièce d'identité originale avec photo de la titulaire ou du titulaire. Veuillez préciser :

Type de pièce d'identité	Numéro d'identification	Compétence ou pays de délivrance	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)	Date de vérification par la conseillère ou le conseiller (jj/mm/aaaa)

J'ai, en tant que conseillère ou conseiller, suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité, y compris la revue de deux documents originaux comme indiqué dans les directives. Une copie des deux documents est jointe à la présente demande de souscription.

Veillez choisir toutes les options qui vous concernent.

Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt : veuillez fournir votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

Je suis résidente ou résident ou citoyenne ou citoyen des États-Unis aux fins de l'impôt :

Veillez fournir le numéro d'identification de contribuable (TIN) : _____

Je suis résidente ou résident aux fins de l'impôt d'une compétence autre que le Canada ou les États-Unis :

Compétence de résidence : _____ Numéro d'identification de contribuable (TIN) : _____

Si vous ne possédez pas de TIN pour une compétence en particulier, veuillez choisir l'une des raisons suivantes :

Je ferai la demande ou j'ai fait la demande d'un TIN, mais je ne l'ai pas encore reçu.

Ma compétence de résidence n'émet pas de TIN à ses résidents.

Autre raison _____

**SECTION 2 - TITULAIRE****2-7. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DES TITULAIRES CONJOINTS** - À remplir pour l'assurance vie universelle et l'assurance vie entière seulement.

Vérification de l'identité : Votre identité canadienne doit être vérifiée par votre conseillère ou votre conseiller. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire, carte provinciale avec photo (excluant la carte de santé provinciale), passeport, carte de citoyenneté, carte de résident permanent ou certificat de statut d'Indien. Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité indiquées, veuillez vous rendre au site www.equitable.ca/aller/autre-identite pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.

Confirmation par la conseillère ou le conseiller.

J'ai, en tant que conseillère ou conseiller, tenu et vu la pièce d'identité originale avec photo de la titulaire ou du titulaire. Veuillez préciser :

Type de pièce d'identité	Numéro d'identification	Compétence ou pays de délivrance	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)	Date de vérification par la conseillère ou le conseiller (jj/mm/aaaa)

J'ai, en tant que conseillère ou conseiller, suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité, y compris la revue de deux documents originaux comme indiqué dans les directives. Une copie des deux documents est jointe à la présente demande de souscription.

Veillez choisir toutes les options qui vous concernent.

Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt : veuillez fournir votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

Je suis résidente ou résident ou citoyenne ou citoyen des États-Unis aux fins de l'impôt :

Veillez fournir le numéro d'identification de contribuable (TIN) : _____

Je suis résidente ou résident aux fins de l'impôt d'une compétence autre que le Canada ou les États-Unis :

Compétence de résidence : _____ Numéro d'identification de contribuable (TIN) : _____

Si vous ne possédez pas de TIN pour une compétence en particulier, veuillez choisir l'une des raisons suivantes :

Je ferai la demande ou j'ai fait la demande d'un TIN, mais je ne l'ai pas encore reçu.

Ma compétence de résidence n'émet pas de TIN à ses résidents.

Autre raison _____

**SECTION 3 - TIERS - À REMPLIR POUR TOUTES LES PROPOSITIONS**

En soumettant cette demande de souscription, la titulaire ou le titulaire du contrat agit-il au nom d'un tiers?

NON OUI - Veuillez remplir soit la section Tiers - individu ou Tiers - entreprise ou entité selon le cas.

Votre réponse doit être affirmative dans le cas où une personne autre que le titulaire ou la personne assurée acquitte ou acquittera la prime, ou encore a ou aura une participation financière au titre de ce contrat. Par exemple, un mandataire qui signe au nom d'un titulaire, une personne autre que ce dernier ou que la personne assurée qui paie les primes ou une société qui fait usage ou accède aux valeurs du contrat.

Tiers - individu

Nom du tiers (prénom, second prénom, nom de famille) : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____ Lien avec la personne titulaire : _____

Adresse (numéro, rue et appartement) : _____

Ville ou municipalité : _____ Province : _____ Code postal : _____

Pays : _____ Emploi et fonctions : _____
(si vous êtes à la retraite, veuillez indiquer votre ancien emploi)

Type de tiers (en choisir un et joindre toute documentation légale applicable)

payeur fiduciaire exécuteur garantie ou cessionnaire mandataire par procuration

autre (veuillez préciser) _____

Tiers - entreprise ou entité

Dénomination sociale au complet : _____

Lien avec la personne titulaire : _____

Adresse (numéro, rue et appartement) : _____

Ville ou municipalité : _____ Province : _____ Code postal : _____

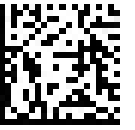
Pays : _____ Nature de l'activité principale de l'entreprise : _____

Numéro de constitution (le cas échéant) : _____ Lieu de constitution (le cas échéant) : _____

Type de tiers (en choisir un et joindre toute documentation légale applicable)

payeur fiduciaire exécuteur garantie ou cessionnaire mandataire par procuration

autre (veuillez préciser) _____



SECTION 4 - RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE ENTIÈRE - VEUILLEZ ANNEXER UNE ILLUSTRATION DU RÉGIME SIGNÉE

TYPE DE RÉGIME :

PERSONNE 1

- Bâtitseur de patrimoine Équimax
- Accumulateur de capital Équimax

TYPE DE RÉGIME :

- Paiements à vie 20 paiements

TYPE DE COUVERTURE :

- Assurance vie sur une tête
- Assurance vie conjointe premier décès*
- Assurance vie conjointe dernier décès*

SOMME ASSURÉE : _____ \$

PERSONNE 2 (contrat d'assurance vie sur une tête supplémentaire)

- Bâtitseur de patrimoine Équimax
- Accumulateur de capital Équimax

- Paiements à vie 20 paiements

- Assurance vie sur une tête
- Assurance vie conjointe premier décès*
- Assurance vie conjointe dernier décès*

SOMME ASSURÉE : _____ \$

MODE D'AFFECTATION DES PARTICIPATIONS :

PERSONNE 1

- Au comptant
- Réduction de la prime
- Dépôt portant intérêt
- Bonifications d'assurance libérée
- Protection accrue :
 - garantie de protection accrue de 10 ans
 - garantie de protection accrue viagère

Montant de base : _____ \$

Montant initial de protection accrue : _____ \$

Montant total : _____ \$

(montant de base + montant de la protection accrue)

PERSONNE 2 (contrat d'assurance vie sur une tête supplémentaire)

- Au comptant
- Réduction de la prime
- Dépôt portant intérêt
- Bonifications d'assurance libérée
- Protection accrue :
 - garantie de protection accrue de 10 ans
 - garantie de protection accrue viagère

Montant de base : _____ \$

Montant initial de protection accrue : _____ \$

Montant total : _____ \$

(montant de base + montant de la protection accrue)

**SECTION 4 - RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE ENTIÈRE - VEUILLEZ ANNEXER UNE ILLUSTRATION DU RÉGIME SIGNÉE****AVENANTS ET GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE VIE ENTIÈRE :** **PERSONNE 1**

- Exonération de primes en cas d'invalidité
- Exonération de primes du proposant ou du payeur**

Option de dépôt Excelérateur (ODE) _____ \$

- Avenant d'assurance vie temporaire TRT 10 _____ \$
- TRT 20 _____ \$
- T30/65 _____ \$

Assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD***} _____ \$

- Renouvelable de 10 ans
- Prime uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans
- Prime uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans

Exonération de primes en cas de décès ou d'invalidité du proposant ou du payeur (régimes d'assurance pour enfants seulement)**

Garantie supplémentaire en cas de décès accidentel _____ \$

Avenant de protection pour enfants _____ \$

Option d'assurabilité garantie flexible (jusqu'à l'âge de 17 ans)

Montant affecté à l'option	Âge à la souscription de l'option
\$	21 ans
\$	
\$	
\$	
\$	

(Veuillez indiquer le montant à l'âge de 21 ans et, s'il y a lieu, les autres âges et montants.)

Autre

* Veuillez aussi fournir les renseignements demandés sur la personne 2 dans la proposition.

** Doit remplir la proposition d'assurance pour la proposante ou le proposant, ou encore la payeuse ou le payeur

*** Pour demander l'avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre, veuillez passer en revue les questions du formulaire *Questionnaire de présélection* (n° 347FR).

AVENANTS ET GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE VIE ENTIÈRE : **PERSONNE 2**

- Exonération de primes en cas d'invalidité
- Exonération de primes du proposant ou du payeur**

Option de dépôt Excelérateur (ODE) _____ \$

- Avenant d'assurance vie temporaire TRT 10 _____ \$
- TRT 20 _____ \$
- T30/65 _____ \$

Assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD***} _____ \$

- Renouvelable de 10 ans
- Prime uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans
- Prime uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans

Exonération de primes en cas de décès ou d'invalidité du proposant ou du payeur (régimes d'assurance pour enfants seulement)**

Garantie supplémentaire en cas de décès accidentel _____ \$

Avenant de protection pour enfants _____ \$

Option d'assurabilité garantie flexible (jusqu'à l'âge de 17 ans)

Montant affecté à l'option	Âge à la souscription de l'option
\$	21 ans
\$	
\$	
\$	
\$	

(Veuillez indiquer le montant à l'âge de 21 ans et, s'il y a lieu, les autres âges et montants.)

Autre



SECTION 5 - RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE ÉQUATION GÉNÉRATION

VEUILLEZ ANNEXER UNE ILLUSTRATION DU RÉGIME SIGNÉE

Si la proposition a trait à une assurance vie universelle Équation Génération^{MD}, veuillez fournir les renseignements suivants sur les personnes assurées 1 et 2 (le cas échéant).
Pour les options de placement, veuillez consulter la section 6.

OPTIONS DE RÉGIME :

- PERSONNE 1**
- Avec boni **OU**
 À frais abordables (Veuillez choisir une seule option.)

- PERSONNE 2**
- Avec boni **OU**
 À frais abordables (Veuillez choisir une seule option.)

TYPE DE COUVERTURE :

- Assurance vie sur une tête
 Assurance vie conjointe premier décès*
 Assurance vie conjointe dernier décès*

- Assurance vie sur une tête
 Assurance vie conjointe premier décès*
 Assurance vie conjointe dernier décès*

SOMME ASSURÉE : _____ \$

SOMME ASSURÉE : _____ \$

OPTIONS DE PRESTATION DE DÉCÈS :

FRAIS RELATIFS AU COÛT DE L'ASSURANCE (Veuillez cocher une seule case.)

	PERSONNE 1		PERSONNE 2	
	TRA	Uniforme	TRA	Uniforme
Protecteur de valeur du compte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protecteur de stabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Veuillez aussi fournir les renseignements demandés sur la personne 2 dans cette proposition.

**SECTION 5 - RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE ÉQUATION GÉNÉRATION**

VEUILLEZ ANNEXER UNE ILLUSTRATION DU RÉGIME SIGNÉE

AVENANTS ET GARANTIE SUPPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE :

Remarque : la disponibilité des avenants et garanties supplémentaires variera selon le régime d'assurance vie universelle et l'option de couverture choisis.

PERSONNE 1

- Assurance vie temporaire TRT 10 _____ \$
n'est pas offerte avec les contrats d'assurance vie conjointe TRT 20 _____ \$
- Assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD*} _____ \$
 10 ans renouvelable
 Prime uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans
 Prime uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans
- Avenant d'exonération des frais mensuels
- Garantie supplémentaire en cas de décès accidentel _____ \$
- Avenant de protection pour enfants _____ \$

MONTANTS :**AVENANTS SUPPLÉMENTAIRES OFFERTS AVEC LES CONTRATS POUR ENFANTS :**

- Exonération des frais du proposant ou du titulaire**
 Décès et invalidité Décès seulement
- Option d'assurabilité garantie flexible (jusqu'à l'âge de 15 ans)

Montant affecté à l'option	Âge à la souscription de l'option
\$	18
\$	
\$	
\$	
\$	

 Autre* Pour demander l'avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD}, veuillez passer en revue les questions du formulaire *Questionnaire de présélection* (n° 347FR).

** Doit remplir la proposition d'assurance pour la proposante ou le proposant, ou encore le titulaire ou le titulaire.

PERSONNE 2

- Assurance vie temporaire TRT 10 _____ \$
n'est pas offerte avec les contrats d'assurance vie conjointe TRT 20 _____ \$
- Assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD*} _____ \$
 10 ans renouvelable
 Prime uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans
 Prime uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans
- Avenant d'exonération des frais mensuels
- Garantie supplémentaire en cas de décès accidentel _____ \$
- Avenant de protection pour enfants _____ \$

MONTANTS :**AVENANTS SUPPLÉMENTAIRES OFFERTS AVEC LES CONTRATS POUR ENFANTS :**

- Exonération des frais du proposant ou du titulaire**
 Décès et invalidité Décès seulement
- Option d'assurabilité garantie flexible (jusqu'à l'âge de 15 ans)

Montant affecté à l'option	Âge à la souscription de l'option
\$	18
\$	
\$	
\$	
\$	

 Autre* Pour demander l'avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD}, veuillez passer en revue les questions du formulaire *Questionnaire de présélection* (n° 347FR).

** Doit remplir la proposition d'assurance pour la proposante ou le proposant, ou encore le titulaire ou le titulaire.

**SECTION 6 – ASSURANCE VIE UNIVERSELLE – FRAIS MENSUELS DES COMPTES DE PLACEMENT À INTÉRÊT**

COMPTES DE PLACEMENT À INTÉRÊT : veuillez indiquer, sous la colonne intitulée « Affectation de la prime » ci-dessous, le pourcentage de la prime nette à affecter au compte à intérêt sélectionné correspondant.

Si vos dépôts prévus suffisent tout juste à couvrir le montant minimal des dépôts, nous vous recommandons de choisir soit le compte à intérêt quotidien ou l'un des comptes de dépôt garanti afin d'éviter la possibilité d'obtenir de l'intérêt négatif si les marchés venaient à baisser.

FRAIS MENSUELS : mes frais mensuels seront déduits au prorata du compte et des options choisies selon l'affectation de la prime indiquée, sauf indication contraire ici.

(Selon l'indication, les frais mensuels seront déduits du compte et des options, selon l'affectation des frais demandée, conformément à l'affectation de la prime - le total doit être égal à 100 %.)

COMPTE AUXILIAIRE : l'affectation du compte auxiliaire sera de 100 % au compte à intérêt quotidien.

	AFFECTATION DE LA PRIME AFFECTATION	AFFECTATION DES FRAIS AFFECTATION
COMPTE DE PLACEMENT À INTÉRÊT		
<input type="checkbox"/> Compte à intérêt quotidien	_____ %	_____ %
OPTIONS DE DÉPÔT À INTÉRÊT VARIABLE LIÉ À UN INDICE :		
<input type="checkbox"/> Actions américaines	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Actions européennes	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Actions Technologies américaines	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Actions américaines de premier ordre	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Actions canadiennes	_____ %	_____ %
OPTIONS DE DÉPÔT À INTÉRÊT VARIABLE LIÉ À UN FONDS SPÉCULATIF :		
<input type="checkbox"/> Mondial	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Canadien	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Obligations canadiennes	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Actions de valeur canadienne	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Actions canadiennes de sociétés à grande capitalisation	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Revenu fixe à l'échelle mondiale	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Mondial équilibré	_____ %	_____ %
OPTIONS DE DÉPÔT À INTÉRÊT VARIABLE LIÉ À UN PORTEFEUILLE :		
<input type="checkbox"/> Revenu diversifié	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Revenu équilibré	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Croissance équilibrée	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Croissance	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Actions diversifiées	_____ %	_____ %
OPTIONS DE DÉPÔT GARANTI :		
<input type="checkbox"/> Compte de dépôt garanti	_____ %	_____ %

Je demande, par la présente, que le solde du compte à intérêt quotidien, lorsque suffisant (comme indiqué dans le contrat), soit automatiquement transféré, le mois contractuel suivant, à un compte de dépôt garanti pour une durée de (veuillez cocher une seule case) :

1 an 5 ans 10 ans

**SECTION 7 - RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE - VEUILLEZ ANNEXER UNE ILLUSTRATION DU RÉGIME SIGNÉE**

Si la proposition a trait à une assurance vie temporaire, veuillez fournir les renseignements suivants sur les personnes 1 et 2 (le cas échéant) :

TYPE DE COUVERTURE :

- Assurance vie sur une tête Assurance vie conjointe premier décès* (TRT 10 ET TRT 20 seulement) Assurance vie sur plusieurs têtes* (exclut les régimes détenus par une entreprise)

PERSONNE 1

- TRT 10 TRT 20 T 30/65

SOMME ASSURÉE : _____ \$

- Couverture d'assurance vie temporaire supplémentaire :
(n'est pas offerte avec les contrats d'assurance vie conjointe)

- TRT 10 _____ \$
 TRT 20 _____ \$
 T 30/65 _____ \$

AVENANTS ET GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES

- Assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD**} _____ \$
 Renouvelable de 10 ans
 Prime uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans
 Prime uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans
 Exonération de primes en cas d'invalidité
 Exonération de primes du proposant ou du payeur***
 Garantie supplémentaire en cas de décès accidentel _____ \$
 Avenant de protection pour enfants _____ \$
 Assurabilité garantie _____ \$
 Si la proposition d'assurance vie temporaire est approuvée dans la catégorie de risques privilégiée, veuillez augmenter la somme assurée afin de maintenir la prime convenue.

* Veuillez aussi fournir les renseignements demandés sur la personne 2 dans cette proposition.

** Pour demander l'avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre, veuillez passer en revue les questions du formulaire *Questionnaire de présélection* (n° 347FR).

*** Doit remplir la proposition d'assurance pour la proposante ou le proposant, ou encore la payeuse ou le payeur.

PERSONNE 2

- TRT 10 TRT 20 T 30/65

SOMME ASSURÉE : _____ \$

- Couverture d'assurance vie temporaire supplémentaire :
(n'est pas offerte avec les contrats d'assurance vie conjointe)

- TRT 10 _____ \$
 TRT 20 _____ \$
 T 30/65 _____ \$

AVENANTS ET GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES

- Assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD**} _____ \$
 Renouvelable de 10 ans
 Prime uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans
 Prime uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans
 Exonération de primes en cas d'invalidité

SECTION 8 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE MALADIES GRAVES ÉQUIVIVRE^{MD}

Avant de commencer à remplir la proposition d'assurance maladies graves ÉquiVivre, veuillez passer en revue les questions du formulaire *Questionnaire de présélection* (n° 347FR) pour déterminer l'admissibilité à la couverture avant de remplir cette section.

TYPE DE COUVERTURE : Assurance vie sur une tête

TYPE DE RÉGIME : 10 ans renouvelable jusqu'à l'âge de 75 ans Prime uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans Prime uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans

SOMME ASSURÉE : _____ \$

AVENANTS :

- Exonération de primes en cas d'invalidité
 Exonération de primes du proposant ou du payeur*
 Remboursement des primes au rachat ou à l'expiration
 Remboursement des primes au décès
 Garantie en cas de décès accidentel _____ \$
 Avenant d'assurance vie temporaire : TRT 10 TRT 20 _____ \$

AVENANTS SUPPLÉMENTAIRES OFFERTS AVEC LES CONTRATS POUR ENFANTS :

- Avenant d'exonération de primes en cas de décès ou d'invalidité du proposant*

* Veuillez aussi fournir les renseignements demandés sur la personne 2 dans cette proposition.



SECTION 9 - BÉNÉFICIAIRE PERSONNE 1

Titulaire résidant au Québec : la loi au Québec stipule que la désignation de la conjointe ou du conjoint de la titulaire ou du titulaire (marié ou en union civile) est irrévocable, sauf si le titulaire stipule que la désignation est révoquée en cochant la case suivante :

Je stipule que toute désignation de ma conjointe ou de mon conjoint (marié ou en union civile) à titre de bénéficiaire est révoquée.

BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE VIE :

Bénéficiaire principale ou principal - s'il y a plus de quatre bénéficiaires principaux, veuillez les désigner dans la section intitulée « Directives spéciales ».

Nom de famille	Prénom	Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)	Fiduciaire s'applique	Lien avec la personne à assurer ou lien avec le titulaire lorsque la loi du Québec s'applique	La prestation est répartie également à moins d'en spécifier le pourcentage
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		

Bénéficiaire subsidiaire - s'il y a plus de quatre bénéficiaires principaux, veuillez les désigner dans la section intitulée « Directives spéciales ».

Nom de famille	Prénom	Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)	Fiduciaire s'applique	Lien avec la personne à assurer ou lien avec le titulaire lorsque la loi du Québec s'applique	La prestation est répartie également à moins d'en spécifier le pourcentage
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		

Fiduciaire pour les personnes bénéficiaires mineures (sans objet au Québec)

Nom : _____
 Prénom Nom de famille

BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE MALADIES GRAVES :

Titulaire Personne à assurer Autre

Si autre : _____
 Prénom Nom de famille Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)

Lien avec la personne à assurer ou lien avec le titulaire lorsque la loi du Québec s'applique

Fiduciaire s'applique

Remboursement des primes au décès de la personne bénéficiaire (le cas échéant) :

Titulaire Succession Autre

Si autre : _____
 Prénom Nom de famille Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)

Lien avec la personne à assurer ou lien avec le titulaire lorsque la loi du Québec s'applique

Fiduciaire s'applique

Fiduciaire pour les personnes bénéficiaires mineures (sans objet au Québec)

Nom : _____
 Prénom Nom de famille

**SECTION 9 - BÉNÉFICIAIRE PERSONNE 2**

Titulaire résidant au Québec : la loi au Québec stipule que la désignation de la conjointe ou du conjoint de la titulaire ou du titulaire (marié ou en union civile) est irrévocable, sauf si le titulaire stipule que la désignation est révoquable en cochant la case suivante :

Je stipule que toute désignation de ma conjointe ou de mon conjoint (marié ou en union civile) à titre de bénéficiaire est révoquable.

BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE VIE :

Bénéficiaire principale ou principal - s'il y a plus de quatre bénéficiaires principaux, veuillez les désigner dans la section intitulée « Directives spéciales ».

Nom de famille	Prénom	Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)	Fiduciaire s'applique	Lien avec la personne à assurer ou lien avec le titulaire lorsque la loi du Québec s'applique	La prestation est répartie également à moins d'en spécifier le pourcentage
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		

Bénéficiaire subsidiaire - s'il y a plus de quatre bénéficiaires principaux, veuillez les désigner dans la section intitulée « Directives spéciales ».

Nom de famille	Prénom	Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)	Fiduciaire s'applique	Lien avec la personne à assurer ou lien avec le titulaire lorsque la loi du Québec s'applique	La prestation est répartie également à moins d'en spécifier le pourcentage
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		
			<input type="checkbox"/>		

Fiduciaire pour les personnes bénéficiaires mineures (sans objet au Québec)

Nom : _____ Prénom _____ Nom de famille _____

BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE MALADIES GRAVES :

Titulaire Personne à assurer Autre

Si autre : _____
Prénom _____ Nom de famille _____ Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa) _____

Lien avec la personne à assurer ou lien avec le titulaire lorsque la loi du Québec s'applique

Fiduciaire s'applique

Remboursement des primes au décès de la personne bénéficiaire (le cas échéant) :

Titulaire Succession Autre

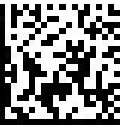
Si autre : _____
Prénom _____ Nom de famille _____ Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa) _____

Lien avec la personne à assurer ou lien avec le titulaire lorsque la loi du Québec s'applique

Fiduciaire s'applique

Fiduciaire pour les personnes bénéficiaires mineures (sans objet au Québec)

Nom : _____ Prénom _____ Nom de famille _____

**SECTION 10 – PRIME ET MODE DE PAIEMENT**

PRIME INITIALE DE _____ \$

RÉGLÉE PAR : pour les primes et les dépôts d'au moins 100 000 \$, veuillez remplir la section 12-1.

- Paiement par chèque remis avec la proposition d'assurance (CAP DISPONIBLE EN VERTU DE CETTE OPTION)
- Service de débit préautorisé lorsque la proposition d'assurance est reçue (CAP DISPONIBLE EN VERTU DE CETTE OPTION)
- Chèque remis à la délivrance de la police (CAP NON DISPONIBLE EN VERTU DE CETTE OPTION)
- Service de débit préautorisé à l'établissement du contrat (CAP NON DISPONIBLE EN VERTU DE CETTE OPTION)

PRIMES ULTÉRIEURES ACQUITTÉES PAR :

- Service de débit préautorisé mensuel (Veuillez remplir la section intitulée « Service de débit préautorisé (DPA). »)
- Primes annuelles _____ \$ (perçues par chèque à la délivrance de la police)
(Comprend le montant de l'option de dépôt Excélérateur)

SERVICE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (« DPA ») :

L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (l'« Assurance vie Équitable ») et mon établissement financier ou notre établissement financier ont reçu des directives et sont autorisés à effectuer mensuellement des débits de mon ou notre compte bancaire, sous réserve des conditions ci-dessous, aux fins de la collecte des primes comme suit :

Renseignements bancaires (Veuillez cocher la case appropriée.) Nota : les paiements par comptes de marge de crédit ou de cartes de crédit ne sont pas acceptés.

- Ajouter à l'entente de service de DPA actuel pour le contrat n° : _____
- Établir une nouvelle entente de service de DPA : **chèque annulé requis. Le chèque doit comporter le nom préimprimé de la titulaire ou du titulaire du compte.**
- le même numéro de compte indiqué sur le chèque initial joint à la proposition
- le numéro du compte indiqué sur le chèque ANNULÉ ci-joint ou dans la lettre d'instructions de la banque (le nom de la payeuse ou du payeur doit figurer sur le chèque)
- remise d'un chèque ou d'une lettre d'instructions de la banque à la délivrance de la police

Renseignements généraux

Nom des payeurs : _____

(si autre que les titulaires de contrat ou la personne assurée, veuillez remplir la section 3 intitulée « Tiers »)

Renseignements sur les débits

Tout défaut de paiement pour insuffisance de fonds, une nouvelle tentative de prélèvement sera effectuée dans les deux (2) à dix (10) jours ouvrables suivant la date de la première tentative de prélèvement. La payeuse ou le payeur est responsable des frais imposés par son établissement financier pour les chèques sans provision.

Montant : _____ \$

(Cette somme est considérée comme « fixe » et comprend le montant de l'option de dépôt Excélérateur.)

- Doit correspondre à la date d'établissement
- Échéance désirée : le _____ (1^{er} au 28 de chaque mois)

* Cette option n'est pas offerte avec les contrats d'assurance vie universelle.

Type de service

Aux fins de cette entente, tous les DPA effectués à mon établissement financier ou à notre établissement financier seront traités comme des retraits personnels de primes d'assurance, comme l'indique l'Association canadienne des paiements dans sa règle H1 sur leur site Web, à l'adresse www.cdnpay.ca.

Renonciation Je renonce ou nous renonçons à tout préavis relatif au débit initial, à toute augmentation du débit fixe préautorisé ou à tout changement ayant trait à la date du débit.

Annulation

Veuillez communiquer avec votre établissement financier concernant vos droits d'annulation de paiement. (Un spécimen d'avis d'annulation est disponible sur le site Web de l'Association canadienne des paiements, à l'adresse www.cdnpay.ca.) J'ai ou nous avons le droit de faire annuler cette entente de service de DPA en tout temps. La présente entente de service de DPA demeurera en vigueur jusqu'à ce que j'en demande ou nous en demandions l'annulation à l'Assurance vie Équitable.

Nota : pour que l'annulation prenne effet avant le prochain débit, l'Assurance vie Équitable doit recevoir tout avis d'annulation fait par téléphone, lettre, courriel ou télécopieur, à son siège social, au moins dix (10) jours ouvrables avant le prochain débit. L'annulation de cette entente de service DPA n'affectera pas votre contrat ou vos contrats d'assurance de l'Équitable pourvu que la prime soit réglée au moyen d'un autre mode de paiement selon la période précisée dans la police ou les polices d'assurance.

Recours et remboursement

Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droit de recours, veuillez communiquer avec votre établissement financier ou visiter le site Web www.cdapay.ca. J'ai ou nous avons le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou n'est pas conforme aux dispositions de la présente entente de service de DPA.

Coordonnées

Assurance vie Équitable du Canada One Westmount Road North, P.O. Box 1 603 Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7
Tél. S.F. : 1 800 668-4095 • Téléc. : 519 883-7404 • Courriel : customerservice@equitable.ca

**SECTION 11 – DIRECTIVES SPÉCIALES DU TITULAIRE****SECTION 12 – RENSEIGNEMENTS FINANCIERS****12-1. POSITIONS POLITIQUES** (Pour l'assurance vie universelle et l'assurance vie entière et seulement lorsque le dépôt est d'au moins 100 000 \$)

Aux fins de cette question :

- Le terme « payeur » ou « payeuse » s'entend de la personne qui effectue les paiements au titre du contrat.
- Le terme « proche parent » s'entend de la conjointe ou du conjoint, du frère, de la sœur ou du parent du payeur, ou encore du parent, de l'enfant, du conjoint, ou encore de l'enfant du conjoint.
- Le terme « proche collaborateur » ou « proche collaboratrice » s'entend d'un individu étroitement lié au payeur pour des raisons personnelles ou commerciales.

a) Le payeur ou l'un des proches parents ou des proches collaborateurs occupe-t-il, ou a-t-il déjà occupé, l'un des postes indiqués ci-dessous?

 Oui - veuillez indiquer le poste occupé ci-dessous Non - veuillez vous rendre à la section 12.2**Postes occupés au Canada ou dans un autre pays**

Nota : pour les postes occupés au Canada, veuillez indiquer tous les postes. Pour tous les autres pays, veuillez indiquer tous les postes déjà occupés.

- Chef d'État ou chef de gouvernement (y compris gouverneur général ou lieutenant-gouverneur)
- Commissaire (ou équivalent)
- Présidente ou président d'une société ou d'une banque d'État (y compris une société entièrement détenue par un gouvernement fédéral ou provincial)
- Chef ou encore présidente ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative
- Membre du conseil exécutif de gouvernement ou membre d'une assemblée législative (y compris du sénat, de la Chambre des communes ou d'une assemblée provinciale)
- Ambassadrice ou ambassadeur, attachée ou attaché, ou encore conseillère ou conseiller d'une ambassadrice ou d'un ambassadeur
- Chef d'un organisme gouvernemental
- Officière ou officier ayant le rang de général ou un rang supérieur
- Juge (au Canada seulement, doit être juge d'une cour d'appel)
- Maire ou mairesse d'une municipalité canadienne (ne comprend pas les maires dans d'autres pays que le Canada)
- Chef d'un organisme international établi par les gouvernements des pays ou chef d'une institution de cet organisme

b) Dans l'affirmative, veuillez indiquer les renseignements suivants :

Quel est le nom de la personne qui occupe ou qui occupait ce poste? _____

Quel est le titre du poste occupé? _____

Poste occupé de : _____ à _____ Dans quel pays ce poste a-t-il été occupé? _____
(première année) (dernière année)

Après de quelle organisation, quel gouvernement ou institution ce poste a-t-il été occupé? _____

Comment cette personne est-elle liée à la payeuse ou au payeur? La personne est la payeuse ou le payeur Proche parent (lien) : _____ Proche collaboratrice ou proche collaborateur (lien) : _____Nota : si plus d'une personne avait occupé un de ces postes, veuillez remplir les sections 1 et 2 du formulaire *Mise à jour des renseignements du client* (n° 1027FR) pour chaque personne supplémentaire.

**SECTION 12 – RENSEIGNEMENTS FINANCIERS****12-2. SOURCE DES FONDS** (Il est obligatoire de remplir cette section pour tous les types de régime.)

Veuillez sélectionner toutes les options qui s'appliquent :

- Salaire ou revenu gagné Revenu d'entreprise Vente d'une propriété Fonds empruntés
 Dons Produit d'une prestation de décès ou de la succession Épargne des titulaires
 Autre _____

12-3. Quelle est la raison pour laquelle vous désirez souscrire ce contrat? (Il est obligatoire de remplir cette section pour tous les types de régime. Tous les contrats ne conviennent pas à toutes fins.)**PERSONNE 1 - Quel est l'objet de l'assurance?** (Veuillez choisir toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Épargne à court terme Aux fins d'éducation Retraite ou épargne à long terme
 Création d'un revenu Assurance hypothécaire ou crédit
 Protection de revenu ou protection familiale Patrimoine ou protection de la succession
 Convention de rachat Protection commerciale Protection d'une personne clé
 Don Autre - veuillez préciser : _____

PERSONNE 2 - Quel est l'objet de l'assurance? (Veuillez choisir toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Épargne à court terme Aux fins d'éducation Retraite ou épargne à long terme
 Création d'un revenu Assurance hypothécaire ou crédit
 Protection de revenu ou protection familiale Patrimoine ou protection de la succession
 Convention de rachat Protection commerciale Protection d'une personne clé
 Don Autre - veuillez préciser : _____

12-4. Assurance à des fins personnelles et commerciales : (Veuillez remplir pour toute fin personnelle ou commerciale pour toutes les personnes à assurer âgées exactement de 16 ans, et plus.)

PERSONNE 1		
Revenu annuel gagné		\$
Autre revenu : y compris les revenus de retraite, les participations, l'intérêt, le revenu de location et les bonis		\$
Actif : y compris les liquidités, l'immobilier, les actions et les obligations		\$
Passif : y compris les prêts hypothécaires et autres prêts		\$
Valeur nette totale		\$

PERSONNE 2		
Revenu annuel gagné		\$
Autre revenu : y compris les revenus de retraite, les participations, l'intérêt, le revenu de location et les bonis		\$
Actif : y compris les liquidités, l'immobilier, les actions et les obligations		\$
Passif : y compris les prêts hypothécaires et autres prêts		\$
Valeur nette totale		\$

12-5. Assurance à des fins commerciales (Veuillez remplir pour toute fin commerciale.)

Nature de l'entreprise			
Actif : actuel et fixe			\$
Passif : à court et à long terme			\$
Juste valeur de marché			\$
Bénéfice net : dernière année			\$
Bénéfice net : année précédente			\$
Nom et titre du propriétaire	Pourcentage des parts détenues dans l'entreprise	Assurance en vigueur	Assurance demandée
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

12-6. Avez-vous déjà déclaré faillite, que ce soit une faillite personnelle ou commerciale, pour laquelle vous avez reçu une libération ou non?

(Veuillez remplir pour toutes les personnes à assurer âgées exactement de 16 ans, et plus.) Dans l'affirmative, veuillez remplir :

PERSONNE 1			
Raison	Datede la déclaration (mm/aaaa)	Datede la libération (mm/aaaa)	Avez-vous informé le syndic de cette proposition d'assurance?
<input type="checkbox"/> Personnelle			<input type="checkbox"/> OUI
<input type="checkbox"/> Commerciale			<input type="checkbox"/> NON

PERSONNE 2			
Raison	Datede la déclaration (mm/aaaa)	Datede la libération (mm/aaaa)	Avez-vous informé le syndic de cette proposition d'assurance?
<input type="checkbox"/> Personnelle			<input type="checkbox"/> OUI
<input type="checkbox"/> Commerciale			<input type="checkbox"/> NON

**SECTION 13 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX****13-1. À remplir par toutes les personnes à assurer :**

Au cours des douze prochains mois, prévoyez-vous voyager hors de l'Amérique de Nord pour plus de six semaines, ou de changer votre pays de résidence? Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Ville et pays	Objet du voyage	Date du départ (mm/aaaa)	Durée du séjour

13-2. À remplir par toutes les personnes assurées âgées exactement de 16 ans et plus :

Au cours des deux dernières années, avez-vous effectué un vol à bord de tout avion en tant que pilote, apprenti-pilote ou membre de l'équipage, ou prévoyez-vous le faire au cours des deux prochaines années?

(Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire *Questionnaire sur l'aviation* (n° 1322FR).)

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Au cours des deux dernières années, avez-vous pratiqué un sport ou un passe-temps dangereux, comme :

- **la course d'engins motorisés?** Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire *Questionnaire relatif aux sports motorisés* (n° 1328FR).
- **la plongée sous-marine?** Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire *Questionnaire relatif à la plongée avec scaphandre autonome* (n° 1332FR).
- **le parachutisme?** Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire *Questionnaire relatif au parachutisme* (n° 1333FR).
- **le deltaplane ou le vol en avion ultraléger ?** Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire *Questionnaire relatif aux avions ultralégers et aux deltaplanes* (n° 1335FR).
- **l'escalade?** Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire *Questionnaire relatif à l'escalade* (n° 1329FR).
- **ou autre?** - veuillez préciser :

OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions sur les activités

C. Au cours des dix dernières années, vous a-t-on déjà accusée ou accusé, ou encore reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies par l'alcool ou la drogue, ou avez-vous refusé de subir un alcootest?

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Au cours des trois dernières années, vous a-t-on déjà accusée ou accusé, ou encore reconnu coupable pour toute autre infraction de la route (à l'exception des billets de stationnement)?

OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Au cours des trois dernières années, votre permis de conduire a-t-il déjà été suspendu ou révoqué?

Si vous avez répondu par l'affirmative aux questions 13-2 C, D, ou E ci-dessus, veuillez fournir les renseignements suivants :

N° de permis de conduire : Personne 1 _____ Personne 2 _____

Veuillez fournir les détails sur toutes les infractions et préciser les dates. Pour les condamnations pour excès de vitesse, veuillez indiquer le nombre de kilomètres à l'heure au-dessus de la limite de vitesse :

OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions sur l'infraction

F. Au cours des dix dernières années, vous a-t-on déjà accusée ou accusé, ou encore reconnu coupable d'une infraction criminelle ou y a-t-il des accusations criminelles portées contre vous?

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Nature de l'infraction	Date de l'accusation (mm/aaaa)	Précisions sur la peine : notamment l'emprisonnement, l'amende, la peine avec sursis, la libération conditionnelle, la probation	Date de la peine et toute probation complétée (mm/aaaa)

**SECTION 13 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX****13-3. À remplir pour les personnes assurées de moins de l'âge exact de 16 ans :**

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A. Tous les autres enfants de la famille bénéficient-ils d'une couverture d'assurance?

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le montant d'assurance vie :

Frère ou sœur n° 1	\$	Frère ou sœur n° 4	\$
Frère ou sœur n° 2	\$	Frère ou sœur n° 5	\$
Frère ou sœur n° 3	\$	Frère ou sœur n° 6	\$

Dans la négative, veuillez expliquer :

B. Quel est le montant d'assurance vie total en vigueur pour chacun des parents de l'enfant?

Parent n° 1	\$	Parent n° 2	\$
-------------	----	-------------	----

C. Quel est le revenu brut gagné de chacun des parents de l'enfant?

Parent n° 1	\$	Parent n° 2	\$
-------------	----	-------------	----

SECTION 14 – ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE - À remplir par toutes les personnes assurées**14-1. Avez-vous une autre assurance en vigueur?**

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Nom de la compagnie	N° de contrat	Date de l'établissement (mm/aaaa)	Type de régime	Montant	Personnelle ou commerciale	Remplacement
				<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

14-2. Avez-vous déjà présenté une proposition pour une assurance vie, une assurance invalidité, une assurance maladies graves ou une assurance de soins de longue durée qui a été refusée, assujettie à une surprime, différée, offerte avec restrictions, annulée ou modifiée de quelque façon que ce soit?

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions : veuillez indiquer le nom de la compagnie et la raison

**SECTION 14 – ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE** - À remplir par toutes les personnes assurées

14-3. Existe-t-il une proposition d'assurance vie, d'assurance invalidité, d'assurance maladies graves ou d'assurance de soins de longue durée actuellement en suspens ou envisagée avec une autre compagnie? Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Nom de la compagnie	Type de régime	Montant demandé	Montant total de la nouvelle assurance qui doit être mise en place auprès de toutes les compagnies
		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$	\$
		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$	\$
		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$	\$
		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$	\$

SECTION 15 – DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS

À remplir pour :
 a) tous les enfants à assurer en vertu de l'avenant de protection pour enfants.
 b) la personne 1 ou 2 de moins de l'âge exact de 16 ans.

Nota : Pour l'assurance maladies graves pour enfants, les sections 15 et 16 sont requises.
 La signature de chaque enfant ayant atteint l'âge de 16 ans et plus (18 ans et plus au Québec) est requise à la section 16.

Nom de l'enfant (prénom, nom de famille)	Sexe	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Hauteur actuelle	Poids actuel	Nom et adresse de votre médecin ou autre professionnel de la santé que vous consultez régulièrement ou de la clinique où vous vous rendez habituellement
PERSONNE 1					
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
PERSONNE 2					
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
AVENANT DE PROTECTION POUR ENFANTS					
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin		<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	

**SECTION 15 – DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS**

15-1. Une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladies graves pour l'un ou l'autre des enfants mentionnés a-t-elle été refusée, assujettie à une surprime, différée, offerte avec restrictions, annulée ou modifiée de quelque façon que ce soit?

OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez identifier l'enfant et fournir des précisions ci-dessous :

Nom	Précisions, y compris la date, le nom de la compagnie et la raison

15-2. Si l'enfant a moins de 2 ans, sa naissance était-elle plus de quatre semaines avant-terme ou a-t-il une indication quelconque de retard staturo-pondéral?

OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez identifier l'enfant et fournir des précisions ci-dessous :

Nom	Précisions, y compris le poids à la naissance

15-3. Y a-t-il certains des enfants qui sont atteints d'une déficience physique ou mentale, ou qui ont été hospitalisés, ou qui ont subi une chirurgie ou un traitement pour une maladie, une déficience ou une blessure?

OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez identifier l'enfant et fournir des précisions ci-dessous :

Nom	Précisions, y compris les dates

15-4. Y a-t-il certains des enfants qui prennent des médicaments ou à qui on leur a recommandé un traitement ou un test diagnostique qui n'a pas encore été effectué?

OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez identifier l'enfant et fournir des précisions ci-dessous :

Nom	Précisions, y compris les médicaments, la posologie, la fréquence, le type de traitement ou les tests

15-5. Y a-t-il des antécédents familiaux de chorée de Huntington ou de maladie polykystique des reins avant l'âge de 61 ans?

OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez identifier l'enfant et fournir des précisions ci-dessous :

Nom	Précisions, y compris le lien de parenté avec cette personne, la maladie en question et l'âge au diagnostic

15-6. Certains des enfants résident-ils à une adresse différente de celle des personnes à assurer ou titulaire?

OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez identifier l'enfant et fournir des précisions ci-dessous :

Nom	Précisions, y compris l'endroit et la personne avec laquelle l'enfant réside, la date de leur dernière rencontre et la fréquence des visites

**SECTION 16 – RENSEIGNEMENTS SANS EXAMEN MÉDICAL**

À remplir pour toutes les personnes assurées âgées exactement de 16 ans et plus présentant une proposition d'assurance vie et toute personne assurée présentant une proposition d'assurance maladies graves. Questions nécessitant des réponses de la part de toute personne à assurer âgée exactement de 16 ans et plus, ou encore de la tutrice ou tuteur légal agissant au nom des enfants de moins de l'âge exact de 16 ans. Il n'est pas nécessaire de remplir ce formulaire si un rapport d'examen paramédical ou médical, partie II, est requis.

PERSONNE 1

Prénom : _____

Nom de famille : _____

16-1.
 Taille : _____ pi/po cm Poids : _____ lb kg

 Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? OUI NON

 Gain : _____ lb kg Perte : _____ lb kg

Raison de cette variation de poids :

16-2. Nom et adresse d'un médecin ou autre professionnel de la santé ou de la clinique médicale :

Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) : _____

Raison de votre dernière consultation médicale : _____

Diagnostic, traitement ou médicament prescrit et résultats de tout test effectué ou un suivi recommandé :

 Oui Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.)**PERSONNE 2**

Prénom : _____

Nom de famille : _____

16-1.
 Taille : _____ pi/po cm Poids : _____ lb kg

 Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? OUI NON

 Gain : _____ lb kg Perte : _____ lb kg

Raison de cette variation de poids :

16-2. Nom et adresse d'un médecin ou autre professionnel de la santé ou de la clinique médicale :

Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) : _____

Raison de votre dernière consultation médicale : _____

Diagnostic, traitement ou médicament prescrit et résultats de tout test effectué ou un suivi recommandé :

 Oui Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.)**16-3. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou consommé d'autres produits à base de tabac ou de nicotine, ou encore des produits d'abandon du tabac?**

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONNE 1		
Produit	Montant	Fréquence
Cigares ou cigarillos <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Par jour <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/> Une seule fois
Cigarettes, pipe, tabac à chiquer, gomme ou timbre à la nicotine, autre _____ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Par jour <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/> Une seule fois

PERSONNE 2		
Produit	Montant	Fréquence
Cigares ou cigarillos <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Par jour <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/> Une seule fois
Cigarettes, pipe, tabac à chiquer, gomme ou timbre à la nicotine, autre _____ <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Par jour <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/> Une seule fois

**SECTION 16 – RENSEIGNEMENTS SANS EXAMEN MÉDICAL****16-4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait usage de toute forme de marijuana ou de hachisch?**

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONNE 1		
Montant	Fréquence	Date de la dernière utilisation
	<input type="checkbox"/> Par jour <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/> Une seule fois	<input type="checkbox"/> De 0 à 12 mois <input type="checkbox"/> De 13 à 24 mois <input type="checkbox"/> De 25 à 60 mois

PERSONNE 2		
Montant	Fréquence	Date de la dernière utilisation
	<input type="checkbox"/> Par jour <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/> Une seule fois	<input type="checkbox"/> De 0 à 12 mois <input type="checkbox"/> De 13 à 24 mois <input type="checkbox"/> De 25 à 60 mois

16-5. Antécédents familiaux: Des membres de votre famille ont-ils déjà reçu le diagnostic de l'une des affections suivantes?

- maladie d'Alzheimer
- diabète (préciser le type)
- hypertension artérielle
- sclérose en plaques
- rétinite pigmentaire
- sclérose latérale amyotrophique
- maladie du cœur (SLA ou maladie de Lou Gherig)
- chorée de Huntington
- maladie de Parkinson
- accident vasculaire cérébral
- cancer (préciser le type)
- troubles rénaux
- maladie polykystique des reins
- tout autre trouble ou toute autre maladie héréditaire

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Personne 1 ou 2	Membre de la famille : père, mère, sœurs et frères	Affection	Âge à l'apparition	Âge si en vie	Âge au décès

16-6. Système cardiaque et circulatoire : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?

- anévrisme
- douleur à la poitrine ou souffle court
- crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- rythme cardiaque irrégulier
- accident vasculaire cérébral (AVC)
- tout autre trouble ou toute autre maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins
- angine de poitrine
- maladie coronarienne
- hypertension artérielle
- trouble vasculaire périphérique (mauvaise circulation)
- accidents ischémiques transitoires (AIT)
- caillot sanguin
- souffle cardiaque
- cholestérol élevé (hyperlipidémie)

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examen et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux. Dans le cas de l'hypertension artérielle, veuillez indiquer la date de la lecture de la tension artérielle la plus récente, si connue

16-7. Bosses ou excroissances : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?

- mammographie anormale
- polype
- cancer
- tumeur
- leucémie
- tumeur
- bosse ou kyste
- toute autre bosse ou excroissance
- lymphome

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examen et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux

**SECTION 16 – RENSEIGNEMENTS SANS EXAMEN MÉDICAL****16-8. Système glandulaire ou endocrinien : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?**

- taux de glycémie anormal
- diabète
- diabète gestationnel
- goitre
- hyperthyroïdie ou hypothyroïdie
- maladie ou trouble lymphatique ou glandulaire
- toute autre maladie ou tout autre trouble thyroïdien ou endocrinien

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examens et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux

16-9. Sang : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà présenté des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles :

- un trouble de saignement
- anémie
- hémophilie
- toute autre affection ou tout autre trouble sanguin

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examens et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux

16-10. Système gastrointestinal : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?

- cirrhose
- maladie de Crohn
- diverticulite
- hépatite (y compris l'état de porteuse ou de porteur)
- syndrome du côlon irritable
- jaunisse
- pancréatite
- diarrhée persistante
- saignement rectal ou intestinal
- ulcère (gastroduodénal ou gastrique)
- colite ulcéreuse
- toute autre affection ou tout autre trouble de l'intestin, du pancréas, de l'estomac ou du foie

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examens et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux

16-11. Oreilles, yeux, nez, gorge et la bouche : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles (à l'exception des examens de routine, d'une amygdalectomie, d'une adénoïdectomie, d'une sinusite ou d'un autre trouble nécessitant le port de lunettes, de verres de contact, ou des aérateurs transtympaniques)?

- cécité
- vision floue ou double
- surdité
- glaucome
- d ficiency auditive
- d ficiency visuelle
- labyrinthite
- névrite optique
- acouphène
- toute autre affection ou tout autre trouble des oreilles, des yeux, du nez ou de la bouche

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examens et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux

**SECTION 16 – RENSEIGNEMENTS SANS EXAMEN MÉDICAL**

16-12. Système respiratoire : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une des affections suivantes?

- asthme
- maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- bronchite chronique
- fibrose kystique
- emphysème
- toux persistante
- sarcoïdose
- apnée du sommeil
- tuberculose
- toute autre affection ou tout autre trouble respiratoire

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examens et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux. Veuillez également indiquer la fréquence des épisodes, la date du dernier épisode, les détails concernant les hospitalisations et énumérer les médicaments utilisés lors des poussées actives et pour l'entretien

16-13. Santé mentale : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une des affections suivantes?

- trouble déficitaire de l'attention
- épuisement professionnel
- anxiété chronique
- fatigue chronique
- dépression
- trouble de l'alimentation
- dépression nerveuse
- schizophrénie
- tentative de suicide
- toute autre affection ou tout autre trouble psychologique, émotionnel ou nerveux

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examens et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux. Veuillez également indiquer les détails concernant toute hospitalisation, toute absence du travail et votre état actuel

16-14. Peau et tissu conjonctif : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une des affections suivantes (à l'exception de l'herbe à puce, de la dermatite de contact, de l'acné, de la rosacée, d'un coup de soleil et de l'eczéma)?

- grain de beauté anormal
- infection cutanée chronique
- naevus dysplasique
- lupus
- psoriasis
- sclérodermie
- lésion cutanée
- toute autre affection ou tout autre trouble cutané

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examens et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux

**SECTION 16 – RENSEIGNEMENTS SANS EXAMEN MÉDICAL****16-15. Système uro-génital : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?**

- test Pap anormal
- calcul rénal
- infection transmissible sexuellement
- toute autre affection ou tout autre trouble rénal ou vésical
- antigène prostatique spécifique anormal (APS)
- néphrite
- sucre, sang ou protéine dans l'urine
- toute autre affection ou tout autre trouble de l'appareil reproducteur
- hystérectomie
- fibrome utérin

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examens et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux

16-16. Système musculo-squelettique : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?

- arthrite
- fibromyalgie
- paralysie
- fatigue chronique
- dystrophie musculaire
- toute autre affection ou tout autre trouble musculaire, articulaire, dorsal ou osseux
- syndrome de douleur chronique
- engourdissement ou faiblesse des extrémités de tout bras ou toute jambe

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examens et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux

16-17. Système nerveux : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?

- maladie d'Alzheimer
- déficience cognitive
- retard de développement ou syndrome de Down
- évanouissements ou syncope
- maladie de Parkinson
- tremblement
- céphalée grave
- sclérose latérale amyotrophique (SLA)
- coma
- étourdissements ou vertiges
- perte de sensation
- crise épileptique
- toute autre affection ou tout autre trouble neurologique congénital
- toute autre affection ou tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux
- paralysie cérébrale
- démence
- épilepsie
- sclérose en plaques (SEP)
- toute autre affection ou tout autre trouble du neurone moteur

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examens et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux

**SECTION 16 – RENSEIGNEMENTS SANS EXAMEN MÉDICAL**

16-18. Système immunitaire : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà présenté des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles :

- sida
- VIH
- toute hypertrophie généralisée de vos glandes lymphatiques
- tout résultat d'un test indiquant un risque possible d'exposition au virus du sida

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examens et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux

16-19. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous subi les tests médicaux ou diagnostiques suivants?

- ECG
- échographies
- radiographiestomodensitogrammes
- biopsies
- IRM
- analyses de sang
- tout autre test médical ou diagnostique

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examens et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux

16-20. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous souffert d'une maladie ou d'une blessure vous empêchant d'exécuter vos activités habituelles ou les tâches régulières de votre emploi pour une période de plus de deux (2) semaines?

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Précisions, y compris le diagnostic, les types d'examens et les résultats, les traitements et les noms des conseillers médicaux

16-21. Avez-vous eu des symptômes, des préoccupations ou signes concernant votre santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou un médecin ou reçu de traitement médical, incluant une douleur persistante pour laquelle vous n'avez pas reçu de diagnostic?

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Précisions

**SECTION 16 – RENSEIGNEMENTS SANS EXAMEN MÉDICAL**

16-22. Souffrez-vous d'une affection médicale qui n'a pas été mentionnée dans les questions précédentes de la section 16, pour laquelle vous avez été ou êtes sous observation, subissez des tests ou recevez un traitement, ou encore pour laquelle vous êtes en attente d'une investigation, d'une observation, d'un test, des résultats d'un test ou d'un traitement?

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

Personne 1 ou 2	Précisions, y compris le type de médicament, la posologie, et la date de l'ordonnance

16-23. Prenez-vous des médicaments sur ordonnance ou en vente libre, y compris les plantes médicinales et les traitements holistiques (à l'exception des vitamines), pour des symptômes, des préoccupations, des signes ou des affections médicales qui n'ont pas été mentionnés dans les questions précédentes de la section 16?

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions ci-dessous :

Personne 1 ou 2	Précisions, y compris le type de médicament, la posologie, et la date de l'ordonnance

16-24. Avez-vous déjà fait usage de médicaments pour lesquels vous n'avez pas d'ordonnance ou fait l'essai de drogues ou de stupéfiants comme l'ecstasy, la cocaïne, le LSD, l'héroïne, les amphétamines, les barbituriques, les stéroïdes anabolisants ou fait usage d'agents similaires?

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire *Questionnaire relatif à l'usage de drogues* (n° 1326FR).

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16-25. Consommez-vous de l'alcool?

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		
Produit	Quantité consommée	Fréquence
Bière	Nombre de bouteilles _____	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle
Vin	Nombre de verres _____	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle
Spiritueux	Quantité _____ <input type="checkbox"/> oz <input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle

PERSONNE 2		
Produit	Quantité consommée	Fréquence
Bière	Nombre de bouteilles _____	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle
Vin	Nombre de verres _____	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle
Spiritueux	Quantité _____ <input type="checkbox"/> oz <input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle

16-26. Avez-vous déjà reçu un traitement ou obtenu une consultation pour la consommation ou l'abus d'alcool, ou vous a-t-on déjà recommandé de recevoir un traitement ou d'obtenir une consultation pour la consommation, l'abus d'alcool ou réduire votre consommation d'alcool?

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

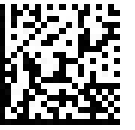
Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire *Questionnaire relatif à la consommation d'alcool* (n° 1325FR).

**SECTION 17 - RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES (La présente section 17 comporte deux pages incluant les paragraphes A à H.)****LES TITULAIRES ET TOUTES LES PERSONNES À ASSURER DÉCLARENT ET CONVIENNENT QUE :**

- 1) Les renseignements personnels que j'ai fournis ou que nous avons fournis de plein gré à la courtière ou au courtier indépendant, à la conseillère ou au conseiller en ventes, ou encore à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (la « Compagnie ») qui figurent dans la présente proposition et qui seront conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par la Compagnie pour les besoins de tarification, de service, d'administration ainsi que de traitement et de règlement des réclamations liées à la présente proposition, à toute assurance qui en découle ainsi qu'à tout autre document complémentaire. Je comprends et j'accepte, ou nous comprenons et nous acceptons que les renseignements personnels contenus dans les dossiers soient accessibles et qu'ils puissent être transmis au personnel autorisé et aux tiers engagés par la Compagnie, à MIB Inc. comme le prévoit l'avis relatif au MIB, à son réseau de distribution, à ses réassureurs participants, à d'autres compagnies, à l'administration fiscale canadienne ou étrangère ainsi qu'à toute autre personne ou partie qui obtient mon autorisation ou notre autorisation.
- 2) Je certifie ou nous certifions que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets. J'aviserai ou nous aviserons l'Assurance vie Équitable dans un délai de 30 jours de tout changement relatif à ma ou à notre résidence fiscale, à mon ou à notre statut de citoyenneté américaine ou à mes ou à nos numéros d'identification de contribuable.
- 3) L'assurance faisant l'objet de la présente proposition ou l'assurance approuvée par L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (la « Compagnie ») n'entrera en vigueur que si :
 - a) la police est délivrée ou acceptée de la façon indiquée au paragraphe 3c; et
 - b) la prime initiale est payée; et
 - c) aucun changement dans l'assurabilité de la personne à assurer ou des personnes à assurer ne s'est produit entre la date où cette proposition a été signée par la personne ou les personnes à assurer et i) la date de la livraison de la police d'assurance maladies graves à la titulaire ou au titulaire; ou ii) la date de la livraison de la police d'assurance vie à la titulaire ou au titulaire résidant dans une province ou un territoire autre que le Québec; ou iii) la date d'approbation de la proposition d'assurance vie par la Compagnie, et ce, sans modification, pour la titulaire ou le titulaire résidant au Québec.
- 4) Tout avis reçu par une personne ou porté à sa connaissance n'est pas considéré comme reçu par la Compagnie ou porté à sa connaissance, sauf s'il est divulgué dans la présente proposition d'assurance. Seulement une officière ou un officier autorisé par la Compagnie détient l'autorité de mettre la Compagnie sous risque ou obligation, ou de confirmer l'assurabilité d'une personne à assurer.
- 5) L'approbation de tout contrat établi d'après la présente proposition sera considérée comme une ratification de toute modification, correction ou ajout à la présente proposition, et pourrait être indiquée par la Compagnie dans la section intitulée « Modifications du siège social ».
- 6) Si la proposition est effectuée par une titulaire ou un titulaire (autre que la personne à assurer) :
 - a) et si un contrat ou des contrats sont établis en vertu de la présente proposition, ce contrat ou ces contrats, y compris tous les droits qu'ils renferment, seront sous l'autorité intégrale de la titulaire ou du titulaire, sous réserve des dispositions d'un tel contrat ou de tels contrats.
 - b) toute personne pour qui l'assurance est demandée consent à la souscription de l'assurance sur sa tête.
- 7) Elles n'ont connaissance de l'omission d'aucun détail dans cette proposition qui pourrait avoir une incidence sur l'assurabilité de toute personne à assurer.

B. LES TITULAIRES ET LA PERSONNE À ASSURER :

- 1) Accusent réception de l'avis relatif au MIB et autorisent la Compagnie à obtenir des renseignements du MIB, Inc.
- 2) Consentent à l'obtention d'un rapport sur le consommateur contenant des renseignements personnels et de solvabilité.
- 3) Autorisent la Compagnie à faire effectuer, sans restriction, tous les tests nécessaires, y compris des examens, des radiographies, des électrocardiogrammes et des tests sanguins aux fins de l'évaluation de cette proposition d'assurance. De tels tests pourront comprendre des analyses visant à déterminer la présence de différentes maladies, notamment celle d'anticorps ou de virus liés au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). La Compagnie peut divulguer les résultats de tels tests et vos renseignements personnels à ses réassureurs, à votre médecin traitante ou traitant, ou encore à vos médecins traitantes ou traitants, à des professionnels du service de santé et au MIB, Inc., aux fins de cette proposition. Je comprends et accepte ou nous comprenons et acceptons que tout résultat positif au test du VIH, de l'hépatite ou à toute autre maladie transmissible sera signalé à l'autorité de santé publique appropriée. Vos renseignements personnels, recueillis par un laboratoire, seront traités et stockés par ce laboratoire au Canada ou aux États-Unis, et pourront, du fait même, faire l'objet de divulgation aux gouvernements canadien et américain et aux agences, en vertu des lois et traités passés entre ces deux pays.
- 4) Autorisent tout service provincial des véhicules automobiles à fournir une copie des renseignements qu'elle détient relatifs à tout dossier de conduite pertinent à cette proposition à la Compagnie ou à tout organisme d'enquête agissant en son nom.
- 5) Autorisent toute médecin et tout médecin, toute praticienne ou tout praticien, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou toute compagnie d'assurance, le MIB ou tout autre organisme, tout établissement ou toute personne ayant des dossiers ou des renseignements sur la santé de toute personne qui fait l'objet de la présente proposition, à fournir ces renseignements, y compris tout antécédent médical antérieur, à la Compagnie ou à ses réassureurs et autorisent la Compagnie à divulguer ces renseignements à vos médecins traitants.
- 6) Consentent que la présente proposition puisse être transmise à la Compagnie par voie électronique et sera considérée par la Compagnie comme l'original de la proposition d'assurance de la titulaire ou du titulaire.
- 7) Une photocopie de ces autorisations a la même valeur que le document original.

**SECTION 17 - RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES** (La présente section 17 comporte deux pages incluant les paragraphes A à H.)

- C. LE DÉFAUT DE DIVULGUER CHACUN DES FAITS À LA CONNAISSANCE DE TOUTE PERSONNE TITULAIRE ET DE TOUTE PERSONNE À ASSURER, QUI SONT IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURANCE DEMANDÉE, OU IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURABILITÉ DE TOUTE PERSONNE À ASSURER, OU TOUTE FAUSSE DÉCLARATION OU DÉCLARATION ERRONÉE QUANT AUX FAITS, AUX RENSEIGNEMENTS OU AUX RÉPONSES DONNÉES ET INDIQUÉES DANS LA PRÉSENTE PROPOSITION, Y COMPRIS TOUT RENSEIGNEMENT DE LA PARTIE II ET TOUTE DÉCLARATION ÉCRITE DONNÉE COMME PREUVE D'ASSURABILITÉ RENDRA TOUTE ASSURANCE ÉTABLIE EN RELATION AVEC LA PRÉSENTE PROPOSITION, ANNULABLE PAR LA COMPAGNIE.**
- D.** La Compagnie est autorisée à utiliser les renseignements fournis dans la présente proposition et dans ses dossiers pour me fournir ou nous fournir des renseignements sur ses autres produits et services. OUI NON
- E.** La Compagnie est autorisée à fournir les renseignements liés à ma santé et à mon style de vie, ainsi que les renseignements médicaux obtenus pendant le processus de tarification, peu importe la source, à ma conseillère ou mon conseiller afin qu'il puisse m'expliquer toute évaluation défavorable de mon assurabilité.
- F.** Je reconnais ou nous reconnaissons :
- avoir reçu de ma conseillère ou de mon conseiller, la divulgation et l'explication des compagnies représentées par la conseillère ou le conseiller, les permis, les commissions, la rémunération supplémentaire, les conflits d'intérêts, l'avis relatif au MIB Inc. et, le cas échéant, toute convention d'assurance provisoire; et
 - avoir passé en revue l'illustration des ventes avec ma conseillère ou mon conseiller et compris celle-ci.
- G.** Je demande ou nous demandons que toute correspondance future me soit ou nous soit transmise en français anglais
- H.** Toutes les signatures afin d'effectuer les prélèvements du compte se trouvent dans la présente proposition d'assurance, et toutes les conditions énoncées dans la section 10 sous la partie intitulée « Service de débit préautorisé (DPA) » sont comprises et acceptées. Nota : si les débits sont faits d'un compte conjoint, les deux titulaires du compte doivent fournir leur signature si votre banque ou établissement financier exige les deux signatures.

Signé à _____ le _____ 20____.

(ville) (province) (jour) (mois)

Signature de toute personne titulaire

Si la titulaire ou le titulaire est une société par actions, veuillez apposer le sceau de la société, si possible, et obtenir la signature et le titre de l'autorisatrice ou l'autorisateur

PERSONNE 1

PERSONNE 2

* Signature de la personne à assurer si autre que la personne titulaire

* Signature de la personne à assurer si autre que la personne titulaire

Autre

CONSEILLER

* Signature de la personne à assurer si autre que la personne titulaire

** Témoin de toutes les signatures

* Signature requise pour chaque personne à assurer âgée de **16 ans ou plus (18 ans et plus au Québec)** en date de la présente.

* Signature requise d'un des parents ou de la tutrice ou du tuteur des enfants âgés de moins de **16 ans (de moins de 18 ans au Québec)**

** Doit être un tiers désintéressé qui n'est pas nommé comme assuré, titulaire, payeur ni fiduciaire dans la présente proposition d'assurance.

Signature de la payeuse ou du payeur en vertu de l'entente de service de DPA de la section 10, si autre que la titulaire ou le titulaire :



SECTION 18 - DEMANDE D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE

DEMANDE D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE

Les titulaires et les personnes à assurer, ou les personnes à assurer dans le cas d'une proposition d'assurance vie conjointe, dans la proposition d'assurance vie (la « proposition d'assurance ») (sauf les enfants à assurer en vertu d'un avenant de protection pour enfants) demandent une couverture d'assurance vie provisoire, mais comprennent que l'assurance vie provisoire N'entrera PAS en vigueur si :

- a) la personne à assurer ou l'une des personnes à assurer, dans le cas d'une assurance vie conjointe, répond par l'affirmative ou ne répond pas à l'une des questions ci-dessous relatives à l'assurance vie; ou
- b) le paiement d'au moins un douzième de la prime annuelle de l'assurance vie demandée dans la proposition n'est pas joint à la proposition au moyen d'un chèque ou d'une entente de service de DPA, ou
- c) le paiement n'est pas honoré à sa première présentation pour paiement. Si l'une de ces conditions s'applique, l'assurance vie provisoire ne sera pas accordée et la convention d'assurance vie provisoire (CAP VIE) sera NULLE.

DEMANDE D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE

Toute personne titulaire et personne à assurer au titre de la proposition d'assurance demandent une couverture d'assurance maladies graves provisoire, mais comprennent que l'assurance maladies graves provisoire N'entrera PAS en vigueur si :

- a) la personne à assurer répond par l'AFFIRMATIVE ou ne répond pas à l'une des questions ci-dessous relatives à l'assurance maladies graves; ou
- b) le paiement d'au moins un douzième de la prime annuelle de l'assurance maladies graves demandée dans la proposition n'est pas joint à la proposition au moyen d'un chèque ou d'une entente de service de DPA, ou
- c) le paiement n'est pas honoré à sa première présentation pour paiement.

Si l'une de ces conditions s'applique, l'assurance temporaire maladies graves provisoire ne sera pas accordée et la convention d'assurance temporaire maladies graves sera NULLE. L'admissibilité à l'assurance vie provisoire est sous réserve des conditions de la convention d'assurance vie provisoire. L'admissibilité à l'assurance maladies graves provisoire est sous réserve des conditions de la convention d'assurance maladies graves provisoire.

La personne à assurer ou les personnes à assurer :

- 1) a-t-elle ou ont-elles déjà reçu un traitement pour :
 - un accident vasculaire cérébral, des douleurs thoraciques, un cancer, des tumeurs, une maladie rénale chronique ou une maladie chronique du foie?
 - le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou le complexe lié au SIDA ou à tout autre trouble du système immunitaire?
- 2) a-t-elle ou ont-elles, au cours des quatre-vingt-dix derniers jours, été admises dans un établissement médical ou reçu la recommandation de se faire admettre dans un tel établissement ou de subir un test diagnostique ou une chirurgie (autre qu'un accouchement normal), ou a-t-elle ou ont-elles subi un tel test ou une chirurgie?
- 3) a-t-elle ou ont-elles déjà présenté une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladies graves sur leur tête qui lui ou leur a été refusée, différée, assujettie à une surprime ou modifiée de quelque façon que ce soit?
- 4) s'est-elle ou se sont-elles absentes de leur travail, de leur emploi habituel, ou a-t-elle ou ont-elles été incapables de s'acquitter d'activités journalières régulières pendant au moins quinze (15) jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure, et ce, au cours des douze (12) derniers mois?
- 5) a-t-elle ou ont-elles plus de 65 ans, ou n'a pas atteint ou n'ont pas atteint l'âge de quinze (15) jours dans le cas de propositions d'assurance vie ou trente jours dans le cas de propositions d'assurance maladies graves?
- 6) a-t-elle reçu ou ont-elles reçu un traitement pour une maladie cardiovasculaire, à l'exception de l'hypertension, ou eu des signes de ces affections? (requis pour les demandes d'assurance vie seulement)
- 7) a-t-elle reçu ou ont-elles reçu un traitement pour une maladie cardiovasculaire, y compris l'hypertension, ou eu des signes de ces affections? (requis pour les demandes d'assurance maladies graves seulement)

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOUTE FAUSSE DÉCLARATION OU DÉCLARATION ERRONÉE QUANT AUX RÉPONSES DONNÉES CI-DESSUS OU DANS LA PROPOSITION, Y COMPRIS TOUT RENSEIGNEMENT DE LA PARTIE II ET TOUTE DÉCLARATION ÉCRITE DONNÉE COMME PREUVE D'ASSURABILITÉ RENDRA TOUTE ASSURANCE VIE PROVISOIRE OU TOUTE ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE ANNULABLE PAR LA COMPAGNIE.

Toute personne titulaire et toute personne à assurer faisant la demande d'une couverture d'assurance vie provisoire : reconnaissent avoir lu, compris et accepté les dispositions de la demande et les conditions contenues dans la convention d'assurance vie provisoire et la convention d'assurance maladies graves provisoire.

**SECTION 18 - DEMANDE D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE**

Toute personne titulaire et toute personne à assurer faisant la demande d'une couverture d'assurance vie provisoire : reconnaissent avoir lu, compris et accepté les dispositions de la demande et les conditions contenues dans la convention d'assurance vie provisoire et la convention d'assurance maladies graves provisoire.

Signé à _____ le _____ 20____.
(ville) (province) (jour) (mois)

Signature de toute personne titulaire

Si la titulaire ou le titulaire est une société par actions, veuillez apposer le sceau de la société, si possible, et obtenir la signature et le titre de l'autorisatrice ou l'autorisateur

PERSONNE 1

PERSONNE 2

* Signature de la personne à assurer si autre que la personne titulaire

* Signature de la personne à assurer si autre que la personne titulaire

Autre

CONSEILLER

* Signature de la personne à assurer si autre que la personne titulaire

** Témoin de toutes les signatures

* Signature requise pour chaque personne à assurer âgée de **16 ans ou plus (18 ans et plus au Québec)** en date de la présente.

* Signature requise d'un des parents ou de la tutrice ou du tuteur des enfants âgés de moins de **16 ans (de moins de 18 ans au Québec)**

** Doit être un tiers désintéressé qui n'est pas nommé comme assuré, titulaire, payeur ni fiduciaire dans la présente proposition d'assurance.

**SECTION 19 - RAPPORT DU CONSEILLER****EXIGENCES DE TARIFICATION**

Toute preuve d'assurabilité fournie récemment (au cours des douze derniers mois) pourrait être considérée. Veuillez communiquer avec le siège social pour toute autre exigence.

Nom du fournisseur de services :

Exigences de tarification	Personne 1	Commande placée	Personne 2	Commande placée	Commentaires et numéro de commande
Examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Examen paramédical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Électrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Profil sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASP	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Analyse d'urine (VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rapport d'enquête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
États financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Commander preuve commune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :					

1. **Les titulaires et les personnes à assurer parlent-ils ou lisent-ils la langue dans laquelle la présente proposition est rédigée?**
Dans la négative, de quelle façon la proposition a-t-elle pu être dûment remplie? Veuillez fournir des détails dans les notes du conseiller ci-dessous.
2. **A-t-on déjà communiqué avec le siège social à propos de toute personne à assurer?**
Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates, la référence de la dernière lettre du siège social et la personne ou le service contacté dans les notes du conseiller ci-dessous.
3. **Êtes-vous la personne à assurer, la titulaire ou le titulaire, le payeur ou la payeuse, ou encore la personne bénéficiaire du présent contrat?**
4. **Êtes-vous une partie liée aux personnes à assurer ou aux titulaires?**
Une partie liée comprend :
 - a) des membres de la famille immédiate, comme une conjointe ou un conjoint, un parent, un grand-parent, un enfant, un petit-enfant ou la belle-famille;
 - b) une société dont la conseillère ou le conseiller ou un membre de la famille immédiate détient 50 % ou plus de toute catégorie d'actions de la société, individuellement ou ensemble;
 - c) lorsque la conseillère ou le conseiller est doté d'une constitution en personne morale, tous les directeurs, les dirigeants, les employés ou les agents du conseiller, toute société mère, toute filiale ou toute société affiliée du conseiller.
 Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails dans les notes du conseiller ci-dessous.
5. **Avez-vous connaissance de :**
 - a) Toute critique à l'endroit du caractère, des habitudes, du mode de vie ou de la réputation en affaires, actuelle ou antérieure, des personnes à assurer ou des titulaires?
Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails dans les notes du conseiller ci-dessous.
 - b) tout renseignement supplémentaire pouvant aider dans l'évaluation de la présente proposition?
Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails dans les notes du conseiller ci-dessous.
6. **Une analyse des besoins financiers est-elle à l'origine de cette vente?**
7. **J'ai déployé des efforts raisonnables afin de déterminer si toute personne titulaire agit pour le compte d'un tiers.**
8. **J'ai révisé l'illustration des ventes avec la titulaire ou le titulaire et leur en ai expliqué le contenu.**

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION 19 - RAPPORT DU CONSEILLER****9. Je confirme que j'ai divulgué les renseignements suivants aux proposant :**

- a) le contrat d'assurance vie ou d'assurance maladies graves, si établi, est souscrit et géré par l'Assurance vie Équitable du Canada;
- b) la compagnie ou les compagnies que je représente;
- c) je suis une courtière ou un courtier, ou encore une conseillère ou un conseiller indépendant qui représente l'Assurance vie Équitable du Canada;
- d) je suis une agente ou un agent d'assurance vie agréé par le Insurance Council of British Columbia ou la Commission des services financiers de l'Ontario, le cas échéant;
- e) je reçois une rémunération et continuerai de recevoir des commissions de renouvellement et de service, si un contrat est établi et entre en vigueur, et si le contrat est maintenu en vigueur;
- f) il est possible que je sois admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis et indemnités de déplacement, selon le volume de contrats de l'Assurance vie Équitable du Canada que je fais souscrire et le taux de conservation de ces contrats;
- g) j'ai divulgué les conflits d'intérêts que je pourrais avoir concernant la présente proposition.

OUI**NON****10. J'ai passé en revue les renseignements fournis contenus dans la présente proposition d'assurance avec toute personne titulaire et, à ma connaissance, ces renseignements sont complets et véridiques.****NOTES DU CONSEILLER :****RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER :**

Nom de l'AGG : _____ N° de l'AGG : _____

Téléphone de l'AGG : _____ Télécopieur de l'AGG : _____ Adresse courriel de l'AGG : _____

Nom du conseiller	N° du conseiller	Service	Commission (%)	Téléphone du conseiller	Télécopieur du conseiller
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			

Toute correspondance à la conseillère ou au conseiller en français anglais

Adresse courriel de la conseillère ou du conseiller

Adresse courriel de la superviseuse ou du superviseur

Signature de la conseillère ou du conseiller

Signature de la conseillère ou du conseiller superviseur

Date (jj/mm/aaaa)

Date (jj/mm/aaaa)

**SECTION 20 - CONVENTION D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE****Convention d'assurance vie provisoire**

La présente convention d'assurance vie provisoire (la « convention ») conclue avec L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (la « Compagnie ») procure une couverture d'assurance vie d'une SOMME LIMITÉE pour une PÉRIODE LIMITÉE, sous réserve des conditions de la présente convention énoncées ci-dessous.

CONDITIONS

L'assurance vie provisoire en vertu de la présente convention prend effet à la date à laquelle la dernière des personnes titulaires et des personnes à assurer ont signé la demande d'assurance vie provisoire; si :

- a) toute personne à assurer, dans le cas d'une assurance vie conjointe, ont répondu dans la négative à toutes les questions de la section intitulée « Demande d'assurance vie provisoire; et
- b) le paiement d'au moins un douzième de la prime annuelle de l'assurance vie demandée de la proposition est joint à la présente proposition au moyen d'un chèque ou d'une entente de service de DPA; et
- c) le paiement a été honoré à sa première présentation pour paiement.

DÉFINITIONS

1. Si la personne à assurer, ou l'une ou l'autre des personnes à assurer ou les deux, dans le cas d'une assurance vie conjointe, décèdent pendant que la présente convention est en vigueur, le montant d'assurance en vertu de la présente convention correspondra au moindre des montants suivants : la somme assurée demandée dans la présente proposition (y compris toute garantie supplémentaire en cas de décès accidentel, à la condition que le décès survienne par suite d'un accident conformément aux dispositions du contrat à établir, tout avenant d'assurance vie temporaire (excluant tout avenant d'assurance maladies graves) et tout montant accru initial du régime Équimax) ou 1 000 000 \$. Peu importe le montant total de l'assurance vie provisoire au nom de la personne à assurer ou des personnes à assurer, dans le cas d'une proposition d'assurance vie conjointe, en vigueur à la date du décès, en vertu de la présente convention et de toute autre convention d'assurance vie provisoire en vigueur de la Compagnie le montant global de la prestation payable, en vertu de la présente convention et de toute autre convention d'assurance provisoire au nom de la personne à assurer ou des personnes à assurer, dans le cas d'une proposition d'assurance vie conjointe, ne peut dépasser 1 000 000 \$.
2. Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente convention en ce qui a trait : a) aux enfants à assurer en vertu de l'avenant de protection pour enfants; b) à la prestation de décès du proposant à la titulaire ou au titulaire ; et c) tout avenant d'assurance maladies graves.
3. Si toute personne à assurer se suicide, peu importe leur état de santé mentale, la responsabilité de la Compagnie en vertu de la présente convention se limite au remboursement de la prime acquittée.
4. Si la Compagnie établit un contrat d'assurance vie, la somme indiquée sur le chèque initial ou l'entente de service de DPA joint à la proposition sera créditée à la prime initiale payable en vertu du contrat.
5. La couverture d'assurance en vertu de la présente convention prend fin à la première des dates suivantes :
 - a) la date d'entrée en vigueur de l'assurance vie demandée en vertu de la proposition;
 - b) la date à laquelle la Compagnie envoie à la titulaire ou au titulaire un avis écrit d'annulation de la présente convention; Si la Compagnie établit un contrat d'assurance vie, la somme indiquée sur le chèque initial ou l'entente de service de DPA joint à la proposition sera créditée à la prime initiale payable en vertu du contrat;
 - c) 90 jours après la date d'entrée en vigueur de l'assurance en vertu de la présente convention;
 - d) la date à laquelle la Compagnie envoie par la poste un avis de refus ou d'annulation de la proposition d'assurance vie à la titulaire ou au titulaire; ou
 - e) la date à laquelle l'assurance en vertu de la présente convention devient payable.
6. Tout versement effectué en vertu de la présente convention sera régi par les conditions du contrat d'assurance demandé et sera versé à la personne bénéficiaire désignée dans la proposition.
7. Aucune représentante ou représentant de la Compagnie n'est autorisé à modifier la présente convention.
8. TOUTE FAUSSE DÉCLARATION OU DÉCLARATION ERRONÉE QUANT AUX RÉPONSES DONNÉES DANS LA DEMANDE D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE OU DANS LA PROPOSITION, Y COMPRIS TOUT RENSEIGNEMENT DE LA PARTIE II ET TOUTE DÉCLARATION ÉCRITE DONNÉE COMME PREUVE D'ASSURABILITÉ RENDRA TOUTE ASSURANCE VIE PROVISOIRE ET LA PRÉSENTE CONVENTION D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE ANNULABLES PAR LA COMPAGNIE.

**SECTION 21 – CONVENTION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE****Convention d'assurance temporaire maladies graves**

La présente convention d'assurance maladies graves provisoire (la « convention ») avec L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (la « Compagnie ») fournit un montant limité d'assurance maladies graves dans une période donnée pour neuf affections graves, sous réserve des conditions de la présente convention décrite ci-dessous.

CONDITIONS

L'assurance maladies graves provisoire en vertu de la présente convention prend effet à la date à laquelle la dernière des personnes titulaires et des personnes à assurer ont signé la demande d'assurance maladies graves provisoire; si :

- a) la personne à assurer a répondu dans la négative à toutes les questions portant sur la demande d'assurance temporaire maladies graves provisoire; et
- b) le paiement d'au moins un douzième de la prime annuelle de l'assurance maladies graves demandée dans la proposition est joint à la proposition au moyen d'un chèque ou d'une entente de service de DPA; et
- c) le paiement a été honoré à sa première présentation pour paiement.

CONDITIONS

1. Si la convention d'assurance maladies graves provisoire est en vigueur lorsque toute personne assurée en vertu de la présente convention est atteinte d'une des neuf affections graves couvertes en vertu de la présente convention, la Compagnie versera le montant de l'assurance maladies graves demandée dans la proposition ou 250 000 \$, selon le moindre montant, à condition que :
 - a) toutes les conditions ci-dessus s'appliquant à la présente convention d'assurance maladies graves provisoire soient satisfaites; et
 - b) le diagnostic de toute affection grave couverte en vertu de la présente convention ou la recommandation de subir une chirurgie pour une affection grave couverte en vertu de la présente convention doit être faite par un spécialiste ou un spécialiste autorisé à pratiquer au Canada ou aux États-Unis, ou dans un autre territoire approuvé par la Compagnie. La date du diagnostic est la date à laquelle le spécialiste ou le spécialiste autorisé pose le diagnostic de votre affection. Le diagnostic posé doit être appuyé par une preuve médicale objective; et
 - c) l'affection grave couverte doit répondre à toutes les exigences énoncées dans le paragraphe 4 de la section intitulée « Définitions des affections graves couvertes »; et
 - d) toute personne assurée en vertu de la présente convention a satisfait la période de survie décrite dans le paragraphe 6; et
 - e) toute personne assurée en vertu de la présente convention autorise la Compagnie à faire effectuer des examens médicaux sur toute personne assurée en vertu de la présente convention quand et aussi souvent que la Compagnie le jugera nécessaire pendant l'évaluation de la demande de réclamation présentée en vertu de la présente convention.
2. Peu importe le montant total de l'assurance maladies graves provisoire de la Compagnie en vigueur à la date du diagnostic d'une affection grave couverte en vertu de la présente convention, le montant global de la prestation payable, en vertu de cette convention et de toute autre convention d'assurance maladies graves provisoire au nom de la personne à assurer, ne peut dépasser 250 000 \$.
3. La convention d'assurance maladies graves ÉquVivre provisoire prend fin à la première des dates suivantes :
 - a) la date d'entrée en vigueur de l'assurance maladies graves ÉquVivre établie en vertu de la proposition;
 - b) la date à laquelle la Compagnie envoie à la titulaire ou au titulaire un avis de refus ou d'annulation de la proposition ou d'un avenant d'assurance maladies graves;
 - c) la date à laquelle l'assurance en vertu de la présente convention devient payable;
 - d) quatre-vingt-dix (90) jours après la date d'entrée en vigueur de l'assurance en vertu de la présente convention, à moins que la personne assurée ou les personnes assurées en vertu de cette convention aient reçu un diagnostic d'une affection grave couverte en vertu de cette convention et se trouvent dans la période de survie prévue pour cette maladie. La convention prendra alors fin à la date à laquelle la personne assurée ou les personnes assurées en vertu de la présente convention ne peuvent plus satisfaire à la période de survie pour cette affection grave couverte; ou
 - e) la date à laquelle la Compagnie envoie à la titulaire ou au titulaire un avis écrit d'annulation de la présente convention; Si la Compagnie établit un contrat d'assurance maladies graves ÉquVivre, la somme indiquée sur le chèque initial ou l'entente de service de DPA accompagnant la proposition sera créditée à la prime initiale payable en vertu du contrat.

**SECTION 21 – CONVENTION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE**

4. Définitions des affections graves couvertes :

Crise cardiaque :	<p>est définie comme « un diagnostic définitif de la mort (nécrose) d'une partie du muscle cardiaque causée par l'interruption de la circulation sanguine entraînant : l'élévation ou la chute des marqueurs biochimiques cardiaques à des niveaux confirmant le diagnostic d'un infarctus du myocarde, et présentant au moins une des manifestations suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none">• des symptômes de crise cardiaque;• de nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde;• l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne. Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste. <p>Exclusions : aucune prestation ne sera payable en vertu de cette affection dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• élévation des marqueurs biochimiques cardiaques résultant d'une intervention cardiaque intra-artérielle incluant, mais sans s'y limiter, une angiographie coronarienne et une angioplastie coronarienne et en l'absence d'une onde Q; ou• découverte de changements à l'ECG suggérant un ancien infarctus du myocarde, lequel ne satisfait pas à la définition de crise cardiaque (infarctus du myocarde) donnée précédemment.
Accident vasculaire cérébral :	<p>est défini comme « un diagnostic définitif d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose ou hémorragie intracrânienne ou par une embolie de source extracrânienne, avec :</p> <ul style="list-style-type: none">• apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et• nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique. » Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. Le diagnostic d'un accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.<p>Exclusions : aucune prestation ne sera payable en vertu de cette affection dans les cas suivants :</p><ul style="list-style-type: none">• accidents ischémiques transitoires;• accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;• infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment. »
Cécité :	<p>est définie comme « un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux yeux mise en évidence par :</p> <ul style="list-style-type: none">• une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux;• un champ visuel moins de 20 degrés dans les deux yeux. » <p>Le diagnostic de cécité doit être confirmé par un spécialiste ou un spécialiste.</p>
Surdité :	<p>est définie comme « un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles avec un seuil d'audition de 90 décibels ou plus à l'intérieur d'un seuil d'intensité vocale de 500 à 3 000 hertz. » Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p>
Perte de la parole :	<p>est définie comme « un diagnostic de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique et persistant pendant une période continue d'au moins cent quatre-vingts (180) jours ». Le diagnostic de perte de la parole doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste. Exclusions : aucune prestation ne sera payable pour cette affection pour toute cause psychiatrique.</p>
Paralysie :	<p>est définie comme « un diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux membres ou plus résultant d'un traumatisme ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, durant une période d'au moins quatre-vingt-dix (90) jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p>
Perte de membres :	<p>est définie comme « un diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux membres ou plus au niveau ou au-dessus de l'articulation du poignet ou de la cheville résultant d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. » Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p>
Coma :	<p>est défini comme « un diagnostic définitif d'un état d'inconscience avec absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pour une période continue d'au moins quatre-vingt-seize (96) heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant cette période. » Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p> <p>Exclusions : aucune prestation ne sera payable en vertu de cette affection dans les cas suivants :</p> <ul style="list-style-type: none">• un coma médicalement provoqué;• un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue;• un diagnostic de mort cérébrale.
Brûlures sévères :	<p>sont définies comme « un diagnostic définitif de brûlures au troisième degré sur au moins 20 % de la surface du corps. » Le diagnostic de brûlures sévères doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.</p>

**SECTION 21 – CONVENTION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE**

5. Exclusions et restrictions : si une ou l'autre des neuf affections graves découlent directement ou indirectement d'une des causes suivantes, elles ne constitueront pas une affection grave couverte en vertu de la présente convention et aucune assurance maladies graves provisoire ne s'appliquera :
- une tentative de suicide ou une blessure infligée à soi-même, peu importe l'état de santé mentale de la personne à assurer;
 - mauvais usage de médicaments ou la consommation par la personne assurée de drogues illégales ou de substances intoxicantes;
 - omission d'obtenir et de suivre les conseils d'un médecin ou d'un médecin autorisé à pratiquer la médecine;
 - guerre ou acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, actes d'hostilité des forces armées d'un pays ou d'organismes internationaux;
 - terrorisme;
 - le fait de commettre ou de tenter de commettre un acte criminel;
 - conduite d'un véhicule motorisé alors que le taux d'alcool est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
 - consommation ou inhalation de substances ou de gaz toxiques.
6. Période de survie : la période de survie commence à la date du diagnostic d'une des affections graves couvertes ou de l'intervention chirurgicale pour une des affections graves couvertes en vertu de la présente convention et prend fin trente (30) jours après la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale pour une maladie couverte en vertu de la présente convention, sauf indication contraire dans la section intitulée « Définition des affections graves couvertes ». La personne ou les personnes assurées doivent être en vie à la fin de la période de survie et ne pas avoir subi d'arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales durant la période de survie.

S'il y a un arrêt irréversible des fonctions cérébrales, AUCUNE prestation d'assurance maladies graves provisoire ne sera versée. Si le maintien artificiel des fonctions vitales est utilisé pour maintenir la personne ou les personnes assurées en vie pendant la période de survie, la date à laquelle la personne ou les personnes assurées subissent un arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales sera considérée la date du décès de la personne ou des personnes assurées en vertu de la présente convention d'assurance maladies graves provisoire. L'arrêt irréversible des fonctions cérébrales sera déterminé en fonction des critères médicaux généralement acceptés.

7. Toute assurance offerte en vertu de cette convention d'assurance maladies graves provisoire ne sera versée qu'une seule fois pour une seule affection grave couverte en vertu de cette convention, peu importe le nombre d'affections graves couvertes pour lesquelles toute personne assurée reçoit un diagnostic et AUCUN contrat d'assurance maladies graves ne sera établi par la Compagnie.
8. Aucune représentante ou représentant de la Compagnie n'est autorisé à modifier la présente convention.
9. TOUTE FAUSSE DÉCLARATION OU DÉCLARATION ERRONÉE QUANT AUX RÉPONSES DONNÉES DANS LA DEMANDE D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE OU DANS LA PROPOSITION, Y COMPRIS TOUT RENSEIGNEMENT DE LA PARTIE II ET TOUTE DÉCLARATION ÉCRITE DONNÉE COMME PREUVE D'ASSURABILITÉ RENDRA TOUTE ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE ET LA PRÉSENTE CONVENTION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE ANNULABLES PAR LA COMPAGNIE.

SECTION 22 – AVIS DE DIVULGATION DU CONSEILLER OU DU COURTIER

Le produit d'assurance vie qui fait l'objet de votre demande est souscrit et géré par l'Assurance vie Équitable du Canada, laquelle est autorisée à exercer ses affaires dans toutes les provinces et les territoires canadiens. La conseillère ou le conseiller, ou encore la courtière ou le courtier qui sollicite la présente proposition d'assurance est un courtier indépendant représentant l'Assurance vie Équitable du Canada par l'entremise d'une agence indépendante et recevra une rémunération de l'Assurance vie Équitable du Canada lorsqu'un contrat est établi et entre en vigueur et continuera de toucher une rémunération si vous maintenez votre contrat en vigueur. Il est possible que le conseiller ou le courtier soit admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis et indemnités de déplacement, selon le volume de contrats de l'Assurance vie Équitable du Canada qu'il fait souscrire et le taux de conservation de ces contrats dans une période donnée. Vous n'êtes pas tenue ou tenu de traiter toute autre affaire avec l'Assurance vie Équitable du Canada, le conseiller, le courtier, toute autre personne ou entité comme une condition de la proposition.

SECTION 23 - AVIS RELATIF AU MIB, INC.

Les renseignements concernant l'assurabilité de toute personne à assurer seront traités en toute confidentialité. L'Assurance vie Équitable ou ses réassureurs pourraient toutefois soumettre un bref rapport au MIB Inc., connu auparavant sous le nom Medical Information Bureau (Bureau des renseignements médicaux). Le MIB Inc. est un organisme sans but lucratif, formé de compagnies d'assurance vie, qui permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si toute personne à assurer présente une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance maladie à une autre compagnie membre du MIB, ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur vous. En tant que compagnie américaine, le MIB se conforme au droit relatif au respect de la vie privée des États-Unis. Le MIB protège les renseignements personnels d'une façon semblable au droit relatif au respect de la vie privée du Canada.

À la réception d'une demande de votre part, le MIB Inc. vous permettra de prendre connaissance de tous les renseignements qu'il détient à votre sujet. Si vous mettez en doute l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander leur correction en communiquant avec le MIB. Le bureau de renseignements du MIB est situé à l'adresse suivante : 330 University Avenue, bureau 501, Toronto (Ontario), M5G 1R7; numéro de téléphone : 416 597-0590 ou privacy@mib.com pour toute question relative au respect de la vie privée.

L'Assurance vie Équitable ou ses réassureurs pourraient également fournir des renseignements figurant dans ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles la personne à assurer présenterait une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance maladie complémentaire et, ou auxquelles une demande de réclamation pourrait être soumise. Des renseignements au sujet du MIB Inc. destinés aux consommateurs sont disponibles à l'adresse www.mib.com.

SECTION 24 - REÇU DU PAIEMENT JOINT À LA PROPOSITION

AUCUN PAIEMENT NE DOIT ÊTRE JOINT À LA PRÉSENTE PROPOSITION SI :

- le montant total de l'assurance MALADIES GRAVES de toutes les propositions d'assurance maladies graves demandée auprès de la Compagnie dépasse 250 000 \$;
- la personne à assurer ou l'une des personnes à assurer, dans le cas d'une assurance vie conjointe, a répondu par l'affirmative ou n'a pas répondu à l'une des questions portant sur la demande d'assurance vie provisoire ou sur la demande d'assurance temporaire maladies graves provisoire;

LA PROPOSITION DOIT ÊTRE PAYABLE À LA LIVRAISON.

L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada accuse réception du paiement de _____ \$

joint à la proposition d'assurance sur la tête de ou les têtes de _____

Signé à _____ le _____ 20____.

(ville) (province) (jour) (mois)

Signature du conseiller _____

Tout à fait pour moi.^{MD}

Grâce à un service personnalisé, une gamme de produits supérieurs et un engagement continu envers le principe de mutualité, l'Équitable peut vous aider à atteindre vos objectifs financiers. Qu'il s'agisse de votre premier placement financier, d'élaborer votre planification financière ou de trouver des moyens de protéger ce qui vous importe le plus, nous avons les produits qui vous conviennent. Avec notre personnel orienté vers les besoins de notre clientèle, et une stratégie prudente de placement axée sur la stabilité, la croissance et la rentabilité à long terme, nous possédons la compétence et le savoir-faire que vous recherchez. Peu importe le stade de votre vie, nous nous engageons à vous aider à réaliser l'avenir financier que vous désirez, en faisant de vous notre priorité.

Même si l'Assurance vie Équitable a pris toutes les dispositions nécessaires pour garantir la précision des renseignements contenus dans le présent document, le contrat prévaut dans tous les cas.



Assurance vie
Équitable du Canada^{MD}

One Westmount Road North
Waterloo (Ontario) N2J 4C7

Veillez visiter notre site Web à l'adresse www.equitable.ca/fr

^{MD} indique une marque déposée de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.