

## PROPOSITION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES ÉQUIVIVRE POUR ENFANTS

Ce formulaire est à utiliser pour les propositions d'assurance maladies graves sur une tête pour les personnes assurées âgées de 30 jours à 17 ans. Pour toute autre proposition d'assurance, veuillez utiliser notre *Proposition d'assurance vie ou d'assurance maladies graves* (n° 350FR).

### SECTION 1 - PERSONNE À ASSURER

#### PERSONNE ASSURÉE 1

(enfant âgé(e) de 30 jours à l'âge de 17 ans au plus proche anniversaire)

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Nom de famille antérieur (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_  Homme  Femme

Date d'expiration pour les numéros commençant par 9 : \_\_\_\_\_  
ij/mm/aaaa

M.  Mme  Mlle  Ou \_\_\_\_\_

Date de naissance Jour/Mois/Année      Âge (au plus proche anniversaire)      Lieu de naissance Province, État ou Pays




Adresse personnelle (rue, ville, province)

Code postal

L'enfant à assurer habite-elle ou habite-il avec la proposante ou le proposant?  Oui  Non

Dans la négative veuillez fournir la date de la dernière visite : \_\_\_\_\_  
ij/mm/aaaa

Fréquence des visites : \_\_\_\_\_

#### PERSONNE ASSURÉE 2

(à remplir pour l'avenant d'exonération de primes en cas de décès ou d'invalidité de la proposante ou du proposant)

Nom de famille : \_\_\_\_\_

Nom de famille antérieur (le cas échéant) : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_  Homme  Femme

Date d'expiration pour les numéros commençant par 9 : \_\_\_\_\_  
ij/mm/aaaa

M.  Mme  Mlle  Ou \_\_\_\_\_

Date de naissance Jour/Mois/Année      Âge (au plus proche anniversaire)      Lieu de naissance Province, État ou Pays




Adresse personnelle (rue, ville, province)

Code postal

Nom et adresse de l'employeur

Code postal

Nature de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Emploi et fonctions : \_\_\_\_\_

Adresse postale :  Domicile  Employeur  Autre (veuillez préciser)

	Code postal
--	-------------

N° de téléphone :

Travail : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_      Domicile : ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Adresse courriel : \_\_\_\_\_

#### VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

(requis pour toutes les personnes assurées âgées exactement de 16 ans et plus) : Veuillez fournir une pièce d'identité actuelle et originale avec photo délivrée par le gouvernement canadien (p. ex. permis de conduire, passeport, carte de citoyenneté ou carte de résident permanent), ou si vous n'avez pas une de ces pièces d'identité, deux autres pièces d'identité sont requises (p. ex. acte de naissance **et** l'un des documents suivants : passeport étranger, carte d'identité d'employé, carte NAS, carte de crédit ou carte de santé provinciale, à l'exception des provinces de l'Ontario, du Manitoba et de l'Île-du-Prince-Édouard).

Type de pièce d'identité : \_\_\_\_\_

Numéro : \_\_\_\_\_

Lieu de délivrance : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
ij/mm/aaaa

Vérification des données ci-dessus : \_\_\_\_\_  
(initiales de la conseillère ou du conseiller, ou encore de la courtière ou du courtier)

Type de pièce d'identité : \_\_\_\_\_

Numéro : \_\_\_\_\_

Lieu de délivrance : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
ij/mm/aaaa

Vérification des données ci-dessus : \_\_\_\_\_  
(initiales de la conseillère ou du conseiller, ou encore de la courtière ou du courtier)

## LA PROPOSANTE OU LE PROPOSANT, OU ENCORE LA TITULAIRE OU LE TITULAIRE DU CONTRAT

PERSONNE ASSURÉE 1    PERSONNE ASSURÉE 2    AUTRE (veuillez inclure l'adresse et les preuves d'identité de la personne assurée)

### 1) PERSONNE ASSURÉE (SI AUTRE)

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_ Date de naissance :

Lien : \_\_\_\_\_ Profession : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Date d'expiration pour les numéros commençant par 9 : \_\_\_\_\_  
ij/mm/aaaa

**VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DE LA TITULAIRE OU DU TITULAIRE DU CONTRAT** : Veuillez fournir une pièce d'identité actuelle et originale avec photo délivrée par le gouvernement canadien (p. ex. permis de conduire, passeport, carte de citoyenneté ou carte de résident permanent), ou si vous n'avez pas une de ces pièces d'identité, deux autres pièces d'identité sont requises (p. ex. acte de naissance **et** un des documents suivants : passeport étranger, carte d'identité d'employé, carte NAS, carte de crédit ou carte de santé provinciale, à l'exception des provinces de l'Ontario, du Manitoba et de l'Île-du-Prince-Édouard).

Type de pièce d'identité : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_

Lieu de délivrance : \_\_\_\_\_ Date d'expiration : \_\_\_\_\_ Vérification des données ci-dessus : \_\_\_\_\_  
ij/mm/aaaa (initiales de la conseillère ou du conseiller, ou encore de la courtière ou du courtier)

**2) TIERS** – La titulaire ou le titulaire du contrat agit-il au nom d'un tiers? (Votre réponse doit être affirmative dans le cas où une troisième personne associée à l'assurance, autre que la personne assurée, ou encore la titulaire ou le titulaire, acquitte ou acquittera les primes, ou encore a ou aura une participation financière dans ce contrat.)

Non    Oui   Dans l'affirmative, veuillez répondre aux questions suivantes :

M.    Mme    Mlle

Nom (prénom, second prénom, nom de famille) \_\_\_\_\_ Date de naissance (jj/mm/aaaa) \_\_\_\_\_

Adresse (numéro, rue et n° d'appartement) \_\_\_\_\_ Ville ou municipalité \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Personne retraitée ou  Profession (veuillez préciser) \_\_\_\_\_ Lien avec le tiers \_\_\_\_\_

**3) TITULAIRE SUBROGÉE OU TITULAIRE SUBROGÉ** (dans le cas du décès de la proposante ou du proposant, ou encore de la titulaire ou du titulaire du contrat actuel)

Nom de famille : \_\_\_\_\_ Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_ N° d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

## Renseignements sur l'assurance maladies graves ÉquiVivre pour enfants

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

**Type de couverture** :  Assurance sur une tête

**Type de régime** :    10 ans renouvelable jusqu'à l'âge de 75 ans    Uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans    Uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans

**Somme assurée** : \_\_\_\_\_ \$

### Avenants :

- Remboursement des primes en cas de rachat ou à l'expiration
- Remboursement des primes au décès
- Avenant d'exonération de primes en cas de décès ou d'invalidité de la proposante ou du proposant

## PRIME ET MODE DE PAIEMENT

a) PRIME INITIALE DE \_\_\_\_\_ \$ RÉGLÉE PAR :

- Chèque joint à la proposition
- Chèque remis à la délivrance de la police (CAT non disponible en vertu de cette option)
- Service de débit préautorisé à l'établissement du contrat (CAT non disponible en vertu de cette option)

Pour les primes et dépôts d'au moins 100 000 \$ (pour les contrats d'assurance vie universelle seulement), le formulaire **Questionnaire à l'intention du tiers, d'une société par actions ou d'une personne politiquement vulnérable (n° 345FR)** doit être dûment rempli.

b) PRIMES ULTÉRIEURES ACQUITTÉES PAR :

- service de débit préautorisé mensuel le formulaire – *Demande de débit préautorisé* doit être dûment rempli
  - service de débit préautorisé mensuel (à venir) – le formulaire *Demande de débit préautorisé* doit être dûment rempli
  - service de débit préautorisé mensuel (actuel) – le formulaire *Demande de débit préautorisé* doit être dûment rempli
- primes annuelles \_\_\_\_\_ \$  
(Comprend le montant de l'option de dépôt Excélérateur)

c) SERVICE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (OU « DPA ») :

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

i) Renseignements généraux

Nom de la payeuse ou des payeuses, ou encore du payeur ou des payeurs (si autre que la titulaire ou le titulaire, ou encore les titulaires du contrat) : \_\_\_\_\_

ii) 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.

- Veuillez utiliser le DPA actuel pour le contrat de l'Équitable n° \_\_\_\_\_  
(chèque annulé non requis)
- Veuillez utiliser un nouveau DPA :
  - portant le numéro de compte indiqué sur le chèque initial joint à la proposition.
  - portant le numéro de 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 être indiqué sur le chèque)
- Veuillez modifier le DPA actuel en utilisant :
  - le numéro de 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 être indiqué sur le chèque).

iii) Renseignements sur les retraits

Nota : Tout défaut de paiement pour insuffisance de fonds fera l'objet d'une nouvelle tentative de retrait dans les deux (2) à dix (10) jours ouvrables suivant la date de la première tentative de retrait. La payeuse ou le payeur est responsable des frais imposés par son établissement financier pour les chèques sans provision.

Convention relative aux retraits

Échéance des retraits

Montant (\$) \_\_\_\_\_  
(cette somme est considérée comme « fixe »)

Échéance désirée :  
le \_\_\_\_\_ (1<sup>er</sup> au 28 de chaque mois)

iv) Type de service

Aux fins de la présente convention, tous les DPA effectués à mon ou 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](http://www.cdnpay.ca).

v) Renonciations

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

vi) 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 au [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).) J'ai ou nous avons le droit de faire annuler ce DPA en tout temps. Ce DPA demeurera en vigueur jusqu'à ce que j'en demande ou nous en demandions l'annulation à l'Équitable.

**Nota : Pour que l'annulation prenne effet avant le prochain retrait, l'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 retrait.**

L'annulation de ce 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.

vii) Recours et remboursement

Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits de recours, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visiter le [www.cdapay.ca](http://www.cdapay.ca).

J'ai ou nous avons certains droits de recours si un retrait n'est pas conforme avec les dispositions de ce DPA. J'ai ou nous avons le droit de recevoir le remboursement de tout retrait qui n'est pas autorisé ou n'est pas conforme aux dispositions de ce DPA.

viii) Comment communiquer avec nous

L'Assurance vie Équitable du Canada

One Westmount Road North, P.O. Box 1603 Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7

Tél. S.F. : 1 800 668-4095 Téléc. 519 883-7404

Courriel : [service-clientele@equitable.ca](mailto:service-clientele@equitable.ca)

## BÉNÉFICIAIRE

### BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE MALADIES GRAVES

Titulaire / proposante ou proposant

Personne assurée

Autre :

Nom de famille

Prénom(s)

Lien

Remboursement des primes au décès

Titulaire

Autre :

Nom de famille

Prénom(s)

Lien

Fiduciaire pour toutes les personnes bénéficiaires mineures nommées ci-dessus (sans objet au Québec)

Nom de famille

Prénom(s)

Nom de famille

Prénom(s)

Lien

### DIRECTIVES SPÉCIALES DE LA PROPOSANTE OU DU PROPOSANT, OU ENCORE DE LA TITULAIRE OU DU TITULAIRE

### RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

Nota : La proposante ou le proposant doit remplir la section intitulée « Renseignements personnels ».

#### RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

1. Revenu annuel gagné .....
2. Autre revenu — Montant .....
- Source .....
3. Avoir net .....

#### La proposante ou le proposant ou encore la titulaire ou le titulaire

### SANTÉ ET STYLE DE VIE

#### ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

Existe-t-il d'autres contrats d'assurance en vigueur sur la tête de l'enfant?

Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom de l'entreprise	Année d'émission	Somme assurée	
		Personnelle	Maladies graves
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

Existe-t-il des contrats d'assurance vie ou d'assurance maladies graves en vigueur, ou encore des propositions d'assurance en suspens sur la tête des parents de l'enfant?

Oui  Non (Dans l'affirmative, veuillez indiquer le type d'assurance ainsi que leurs montants. Dans la négative, veuillez en expliquer les raisons.)

Existe-t-il des contrats d'assurance vie ou d'assurance maladies graves en vigueur, ou encore des propositions d'assurance en suspens sur la tête des frères et sœurs de l'enfant?

Oui  Non (Dans l'affirmative, veuillez indiquer le type d'assurance ainsi que leurs montants. Dans la négative, veuillez en expliquer les raisons.)

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

### SI LA RÉPONSE À (A) OU (B) CI-DESSOUS EST AFFIRMATIVE, VEUILLEZ REMPLIR LE QUESTIONNAIRE RELATIF AU PASSE-TEMPS APPROPRIÉ.

A) Au cours des deux dernières années, avez-vous fait des vols aériens autres qu'en tant que passagère ou passager payant d'une compagnie aérienne régulière ou avez-vous l'intention d'en faire? .....

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

B) Au cours des deux dernières années, avez-vous pratiqué un sport ou un passe-temps dangereux, comme la plongée sous-marine, le deltaplane, le parachutisme, etc. ou avez-vous l'intention d'en pratiquer un? .....

(Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire relatif au passe-temps approprié.)

### SI UNE OU CERTAINES DES RÉPONSES AUX QUESTIONS C À K SONT AFFIRMATIVES, VEUILLEZ REMPLIR LA SECTION INTITULÉE « DÉTAILS » CI-DESSOUS.

C) Au cours des trois dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu à tout moment ou avez-vous commis deux infractions ou plus aux règles de la circulation? (Dans l'affirmative, veuillez fournir votre numéro de permis de conduire, les raisons, les dates, la vitesse excessive en km/heure (le cas échéant), dans la section intitulée « Détails » ci-dessous.)

D) Vous a-t-on déjà accusée ou accusé, ou encore reconnue ou reconnu coupable d'une infraction criminelle? .....

E) Résidez-vous au Canada depuis moins de 24 mois? .....

(Dans l'affirmative, veuillez indiquer votre pays de résidence précédent, votre statut d'immigration et la date de votre arrivée au pays.)

F) Dans les 12 prochains mois, avez-vous l'intention de changer de pays de résidence? .....

G) Au cours des 24 derniers mois, avez-vous voyagé hors de l'Amérique du Nord? .....

(Dans l'affirmative, veuillez remplir le *Questionnaire sur les voyages à l'étranger* (n° 1327).)

H) Au cours des 12 prochains mois, prévoyez-vous voyager hors de l'Amérique du Nord? .....

(Dans l'affirmative, veuillez remplir le *Questionnaire sur les voyages à l'étranger* (n° 1327).)

I) Avez-vous déjà présenté une proposition pour une assurance VIE, INVALIDITÉ, COLLECTIVE ou MALADIES GRAVES sur votre tête, qui a été différée, refusée, supprimée ou modifiée de quelque façon que ce soit? .....

J) Avez-vous actuellement une proposition d'assurance VIE, INVALIDITÉ, COLLECTIVE ou MALADIES GRAVES en suspens avec une autre compagnie? .....

K) Êtes-vous actuellement en procédure de faillite ou avez-vous fait faillite et n'en avez pas obtenu de libération? .....

PERSONNE ASSURÉE 1 (l'enfant à assurer)		PERSONNE ASSURÉE 2 (pour l'avenant d'exonération de primes en cas de décès ou d'invalidité de la proposante ou du proposant)	
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"/>

## DÉTAILS SUR LES RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

N° de la question	N° de la personne assurée	Détails pertinents

## DÉCLARATION RELATIVE À L'USAGE DU TABAC

1) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé des cigarettes ou de la marijuana?

Oui  Non

Oui  Non

2) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé d'autres produits à base de tabac ou de nicotine, ou encore de produits d'abandon du tabac?

Oui  Non

Oui  Non

(Dans l'affirmative, veuillez indiquer les types de produit et la fréquence.)

PERSONNE Types : \_\_\_\_\_

PERSONNE Types : \_\_\_\_\_

ASSURÉE 1 Fréquence : \_\_\_\_\_ Date de la dernière utilisation : \_\_\_\_\_

ASSURÉE 2 Fréquence : \_\_\_\_\_ Date de la dernière utilisation : \_\_\_\_\_

## DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ SANS EXAMEN MÉDICAL

**QUESTIONS NÉCESSITANT DES RÉPONSES DE LA PART DE LA PERSONNE OU DES PERSONNES À ASSURER ÂGÉES EXACTEMENT DE 16 ANS OU PLUS, OU ENCORE DE LA TUTRICE OU DU TUTEUR LÉGAL DES ENFANTS DE MOINS DE 16 ANS EXACTEMENT.**

### PERSONNE À ASSURER – PERSONNE ASSURÉE 1

(l'enfant à assurer)

Nom de famille :		Prénom(s) :	
Taille :	<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> po	Poids :	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année?	Gain :	Perte :	
	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
Raison de cette variation :			
Nom et adresse de votre médecin praticienne habituelle ou médecin praticien habituel (SI VOUS N'EN AVEZ PAS, VEUILLEZ INDIQUER LE NOM DE CELLE OU DE CELUI QUE VOUS AVEZ CONSULTÉ LORS DE VOTRE DERNIÈRE VISITE) :			
Date de votre dernière consultation :		Raison/Symptômes :	
Avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.)		Durée de la maladie :	
Un suivi vous a-t-il été recommandé (p. ex. des tests, une chirurgie, une hospitalisation) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.)?			

### PERSONNE À ASSURER – PERSONNE ASSURÉE 2

(pour l'avenant d'exonération de primes en cas de décès ou d'invalidité de la proposante ou du proposant)

Nom de famille :		Prénom(s) :	
Taille :	<input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> po	Poids :	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année?	Gain :	Perte :	
	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	
Raison de cette variation :			
Nom et adresse de votre médecin praticienne habituelle ou médecin praticien habituel (SI VOUS N'EN AVEZ PAS, VEUILLEZ INDIQUER LE NOM DE CELLE OU DE CELUI QUE VOUS AVEZ CONSULTÉ LORS DE VOTRE DERNIÈRE VISITE) :			
Date de votre dernière consultation :		Raison/Symptômes :	
Avez-vous reçu un diagnostic ou un traitement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.)		Durée de la maladie :	
Un suivi vous a-t-il été recommandé (p. ex. des tests, une chirurgie, une hospitalisation) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.)?			

## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX (Les antécédents familiaux sont requis pour les grand-parents de la personne assurée lorsque l'un de ses parents ou les deux sont âgés de moins de 40 ans.)

Avez-vous des membres de votre famille (vivantes ou vivants, ou encore décédées ou décédés) qui souffrent ou ont déjà souffert d'hypertension artérielle, de cardiopathie, d'accident vasculaire cérébral, de cancer (veuillez préciser le type), de diabète, de troubles rénaux, de troubles mentaux, de chorée de Huntington, de sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), de maladie du neurone moteur, de sclérose en plaques, de maladie d'Alzheimer, de maladie de Parkinson ou de toute autre maladie héréditaire?

PERSONNE ASSURÉE 1  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Membre de la famille	Maladie	Âge au diagnostic	Âge actuel si en vie	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frère(s)					
Sœur(s)					
Grands-parent(s)					

PERSONNE ASSURÉE 2  Oui  Non Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous :

Membre de la famille	Maladie	Âge au diagnostic	Âge actuel si en vie	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frère(s)					
Sœur(s)					
Grands-parent(s)					

## ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Avez-vous déjà souffert de symptômes, reçu un traitement, une investigation ou un examen, ou vous a-t-on recommandé de recevoir un traitement, une investigation ou un examen pour l'une des affections énoncées dans les questions 1 à 9 ci-dessous?

	PERSONNE ASSURÉE 1 (l'enfant à assurer)		PERSONNE ASSURÉE 2 (pour l'avenant d'exonération de primes en cas de décès ou d'invalidité de la proposante ou du proposant)	
	OUI	NON	OUI	NON
1. Crise cardiaque, angine, douleurs thoraciques, rhumatisme articulaire aigu, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT), hypertension artérielle (dernière lecture et date), cholestérol, souffle ou autre maladie ou trouble cardiovasculaire? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Asthme, troubles respiratoires, apnée du sommeil ou autres troubles pulmonaires? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Dans l'affirmative, veuillez remplir le <i>Questionnaire sur les maladies respiratoires</i> (n° 1331).)				
3. Déficiences auditive ou visuelle? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Diabète, colite, hépatite ou état de porteuse ou porteur de l'hépatite, trouble prostatique, troubles intestinaux, rénaux, vésicaux, goutteux, ou urinaires, ou encore des anomalies sanguine ou endocrine? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Troubles thyroïdien ou glandulaires, lupus, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA), épilepsie, troubles musculaires ou osseux? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cancer, tumeur, kyste, polype, grain de beauté, bosse ou autre excroissance, trouble mammaire, ou encore mammographie ou échographie anormale? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Angoisse, fatigue, stress, tentative de suicide, dépression nerveuse, troubles de l'alimentation ou autre trouble du système nerveux? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Dans l'affirmative, veuillez remplir le <i>Questionnaire sur les troubles nerveux</i> (n° 1330).)				
8. Névrite optique, engourdissements, fourmillements, perte d'équilibre, faiblesse des extrémités des membres, trouble visuel ou perte de sensation? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Troubles cutanés, musculaires, osseux et articulaires, p.ex. arthrite, maux de dos, maux de cou, paralysie, difformité, lésions cutanées inhabituelles, infections inexplicables ou transplantation d'un organe vital? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. a) Avez-vous déjà reçu un diagnostic de trouble du système immunitaire ou reçu un traitement pour ce type d'affection, ou avez-vous déjà été dans une situation d'un risque possible d'exposition au virus du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), au complexe lié au SIDA ou à tout autre trouble du système immunitaire?...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous déjà subi des tests dont les résultats ont révélé que vous pourriez avoir été exposée ou exposé au virus du SIDA? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous eu des signes d'une infection transmissible sexuellement? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous déjà subi :				
a) un électrocardiogramme (ECG) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) une radiographie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) d'autres tests diagnostiques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Dans l'affirmative, veuillez indiquer les types, les dates, les raisons et les résultats.)				
12. a) Avez-vous déjà eu des symptômes, une maladie, une blessure, une chirurgie, un traitement, un examen ou une investigation? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Vous a-t-on recommandé de subir une chirurgie, un traitement, un examen ou une investigation? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous déjà subi une chirurgie, un traitement, un examen ou une investigation dont les résultats vous sont encore inconnus ou qui n'ont pas été mentionnés dans les questions 1 à 11 ci-dessus? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Si l'enfant a moins de 2 ans, sa naissance était-elle plus de quatre semaines avant-terme ou y a-t-il une indication quelconque de retard staturo-pondéral? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.)				
14. Prenez-vous régulièrement des médicaments? (Dans l'affirmative, veuillez préciser le type, la posologie, quand ils ont été prescrits et par qui.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Au cours des cinq dernières années, vous est-il déjà arrivé de vous absenter du travail pendant au moins cinq jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté un médecin ou un médecin pour toute autre raison que celles énoncées dans les questions ci-dessus ou dans cette proposition? (Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Avez-vous des symptômes ou des préoccupations concernant votre santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou un médecin? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Vous a-t-on recommandé de subir une chirurgie, un traitement ou un test qui n'a pas encore été effectué? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. a) Consommez-vous des boissons alcoolisées? (Dans l'affirmative, veuillez préciser le type et la quantité en millilitres par semaine.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous déjà reçu des conseils, un traitement ou du counseling concernant votre consommation d'alcool? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous déjà fait l'essai de marijuana, de cocaïne ou d'autres drogues illicites ou créant une dépendance? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Avez-vous déjà reçu des conseils, un traitement ou du counseling concernant votre consommation de marijuana, de cocaïne ou d'autres drogues illicites ou créant une dépendance? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Si la réponse à la question 18(b), (c), ou (d) est affirmative, veuillez remplir le formulaire <i>Questionnaire relatif à la consommation d'alcool</i> (n° 1327) ou le <i>Questionnaire relatif à l'usage de drogues</i> (n° 1326).)				

### Détails sur les réponses affirmatives :

N° de la question	N° de la personne assurée	Date	Détails pertinents

## INFORMATION JURIDIQUE

### LA PROPOSANTE OU LE PROPOSANT OU ENCORE LA TITULAIRE OU LE TITULAIRE, AINSI QUE TOUTE PERSONNE À ASSURER, DÉCLARENT ET CONVIENNENT QUE :

1. Les renseignements personnels que j'ai ou nous avons fournis de plein gré à la courtière ou au courtier indépendant, ou à la conseillère ou au conseiller en ventes ou encore à la Compagnie, qui figurent dans cette proposition et qui seront conservés en 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 cette proposition, à toute assurance qui en découle ainsi qu'à tout autre document complémentaire. Je comprends et accepte ou nous comprenons et acceptons que les renseignements personnels contenus dans les documents soient accessibles pour les besoins mentionnés ci-dessus, et qu'ils puissent être transmis au personnel autorisé de la Compagnie, aux tiers engagés par la Compagnie, à son réseau de distribution, à des réassureurs participants, à d'autres compagnies ainsi qu'à toute autre personne ou partie que j'autorise ou nous autorisons.
2. Toutes les déclarations et réponses dans toutes les sections de la présente proposition sont complètes, exactes et correctement inscrites.
3. L'assurance faisant l'objet de cette 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 i), ii), ou iii); et
  - b) la prime initiale est payée; et
  - c) aucun changement dans l'assurabilité de toute personne à assurer ne s'est produit entre la date où cette proposition a été signée par toute personne à assurer et i) la date de la délivrance de la police d'assurance maladies graves à la proposante ou au proposant, ou encore à la titulaire ou au titulaire; ou ii) la date de la délivrance de la police d'assurance vie à la proposante ou au proposant, ou encore à la titulaire ou au titulaire résidant dans une province ou 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 proposante ou le proposant, ou encore la titulaire ou le titulaire résidant au Québec.
4. Toute connaissance et avis donné sont nuls s'ils ne font pas partie de la présente proposition présentée à la Compagnie. 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 émis d'après cette proposition sera considérée comme une ratification de toute modification, correction ou ajout à cette proposition, et pourrait être indiquée par la Compagnie dans la section intitulée « Modifications du siège social ».
6. Si la proposition est effectuée par une proposante ou un proposant, ou encore une titulaire ou un titulaire (autre que la personne à assurer) :
  - a) et si un contrat ou des contrats sont émis en vertu de cette proposition, ce contrat ou ces contrats, y compris tous les droits qu'ils renferment, seront sous l'autorité intégrale de la proposante ou du proposant, ou encore de la titulaire ou du titulaire, sous réserve des dispositions dudit contrat ou desdits contrats; et
  - 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.

### LA PROPOSANTE OU LE PROPOSANT, OU ENCORE LA TITULAIRE OU LE TITULAIRE ET TOUTE PERSONNE À ASSURER :

1. Accusent réception de l'avis relatif au MIB, Inc. et autorisent la Compagnie à obtenir des renseignements du MIB.
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, notamment, 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 du 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 traitants 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 tout médecin et tout médecin, praticienne ou praticien, hôpital, clinique ou tout autre établissement médical, compagnie d'assurance, le MIB ou tout autre organisme, établissement ou personne ayant des dossiers ou des renseignements sur la santé de toute personne faisant l'objet de cette proposition, à fournir lesdits renseignements, y compris tout antécédent médical antérieur, à la Compagnie ou à ses réassureurs.
6. Consentent que cette proposition puisse être transmise à la Compagnie par voie électronique et considérée par la Compagnie comme l'original de la proposition d'assurance de la proposante ou du proposant, ou encore de la titulaire ou du titulaire.
7. Consentent qu'une photocopie de ces autorisations ont la même valeur que le document original.

TOUTE OMISSION DE DIVULGUER TOUS LES FAITS DONT LA PROPOSANTE OU LE PROPOSANT, OU ENCORE LA TITULAIRE OU LE TITULAIRE ET TOUTE PERSONNE À ASSURER ONT CONNAISSANCE ET QUI SONT ESSENTIELS À L'ASSURANCE DEMANDÉE OU À L'ASSURABILITÉ DE TOUTE PERSONNE À ASSURER, OU TOUTE DÉCLARATION INEXACTE OU ERRONÉE QUANT AUX FAITS, DÉCLARATIONS, RÉPONSES OU RENSEIGNEMENTS DONNÉS ET FAISANT PARTIE DE CETTE PROPOSITION, INCLUANT TOUT RENSEIGNEMENT DE LA PARTIE II, REND TOUTE ASSURANCE ÉMISE LIÉE À CETTE PROPOSITION ANNULABLE PAR LA COMPAGNIE.

**A) L'Équitable est autorisée à utiliser les renseignements fournis dans cette proposition et dans ses dossiers pour me ou nous fournir des renseignements sur ses autres produits et services, à moins d'indication contraire.**  Non

**B) J'accuse ou nous accusons réception de l'avis de divulgation de la conseillère ou du conseiller, ou encore de la courtière ou du courtier.**  Oui

**C) Je demande ou nous demandons que toute correspondance future me ou nous soit transmise en**  français  anglais

**D) Toutes les signatures requises pour les retraits de compte sont fournies dans cette proposition, et les conditions du DPA de la section 11 sont comprises et acceptées.**

**Nota : Si les retraits sont faits d'un compte conjoint, les deux titulaires du compte doivent fournir leur signature si votre banque ou institution financière exige les deux signatures.**

Signé à \_\_\_\_\_ (ville) \_\_\_\_\_ (province) \_\_\_\_\_ (jour) \_\_\_\_\_ (mois) \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_ .

Signature de la proposante ou du proposant, ou encore de la titulaire ou du titulaire

(Si la proposante ou le proposant, ou encore la titulaire ou le titulaire est une société par actions, veuillez apposer son sceau, si possible, et obtenir la signature et le titre de l'autorisatrice ou l'autorisateur - si autre que la personne à assurer.)

PERSONNE ASSURÉE 1	
--------------------	--

\* Signature de la personne à assurer

Autre	
-------	--

\* Signature de la personne à assurer

\*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 encore de la tutrice ou du tuteur de toute enfant ou tout enfant âgé de moins de 16 ans (de moins de 18 ans au Québec) en date de la présente.

Signature de toute personne payeuse en vertu du DPA de la section 11, si autre que la proposante ou le proposant, ou encore la titulaire ou le titulaire.

\*Si autre que la personne assurée 1 ou la personne assurée 2

PERSONNE ASSURÉE 2	
--------------------	--

\* Signature de la personne à assurer

CONSEILLÈRE OU CONSEILLER	
---------------------------	--

\* Signature de la témoin ou du témoin de toutes les signatures



## DEMANDE D'ASSURANCE TEMPORAIRE SUR LA VIE OU D'ASSURANCE TEMPORAIRE POUR MALADIES GRAVES

### Demande d'assurance temporaire maladies graves

La proposante ou le proposant, ou encore la titulaire ou le titulaire et toute personne à assurer indiquée dans la proposition demandent une couverture d'assurance temporaire pour maladies graves, mais comprennent que cette assurance ne prendra PAS effet SI:

- la personne à assurer répond dans l'affirmative ou ne répond pas à une des questions ci-dessous relatives à l'assurance maladies graves; ou
- le paiement d'au moins 1/12 de la prime annuelle de l'assurance maladies graves demandée dans la proposition n'est pas joint à la proposition; ou
- une traite bancaire ou un chèque n'est pas honoré à sa première présentation pour paiement; ou
- le montant total de la couverture d'assurance maladies graves de toutes les propositions d'assurance maladies graves demandée auprès de la Compagnie dépasse 250 000 \$.

Si l'une de ces conditions s'applique, l'assurance temporaire maladies graves ne sera pas accordée et la convention d'assurance temporaire maladies graves (CAT MG) sera NULLE.

L'admissibilité en vertu de l'une ou l'autre des conventions temporaires d'assurance est assujettie aux conditions de la convention d'assurance temporaire sur la vie et de la convention d'assurance temporaire maladies graves.

La personne à assurer :

1. a-t-elle 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, ou a-t-elle déjà eu des signes de ces affections? .....
  - le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou le complexe lié au SIDA, ou tout autre trouble du système immunitaire? .....
2. a-t-elle, dans les 90 derniers jours, été admise dans un établissement médical ou lui a-t-on recommandé 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 subi un tel test ou une chirurgie? .....
3. a-t-elle déjà présenté une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladies graves qui lui a été refusée, différée, surprimée ou modifiée de quelque façon que ce soit? .....
4. s'est-elle absentée de son travail, de son emploi habituel, ou a-t-elle été incapable de s'acquitter d'activités journalières régulières pendant au moins 15 jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure, et ce, au cours des 12 derniers mois? .....
5. a-t-elle moins de 30 jours? .....
6. a-t-elle déjà reçu un traitement pour :
  - une maladie cardiovasculaire, y compris l'hypertension artérielle, ou a-t-elle déjà eu des signes de cette affection? .....

CAT MG	
PERSONNE ASSURÉE 1 (l'enfant à assurer)	
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"/>

TOUTE DÉCLARATION INEXACTE OU ERRONÉE DANS LES RÉPONSES FOURNIES CI-DESSUS OU DANS CETTE PROPOSITION, INCLUANT TOUT RENSEIGNEMENT DE LA PARTIE II, REND TOUTE ASSURANCE TEMPORAIRE SUR LA VIE OU ASSURANCE TEMPORAIRE MALADIES GRAVES ANNULABLE PAR LA COMPAGNIE.

La proposante ou le proposant, ou encore la titulaire ou le titulaire et toute personne à assurer qui demandent une couverture d'assurance temporaire reconnaissent avoir lu les dispositions de la demande ou des demandes, et les conditions associées à la convention d'assurance temporaire sur la vie ou à la convention d'assurance temporaire maladies graves, ou aux deux, qu'ils les comprennent et les acceptent.

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

Signature de la proposante ou du proposant, ou encore de la titulaire ou du titulaire
---

(Si la proposante ou le proposant, ou encore la titulaire ou le titulaire est une société par actions, veuillez apposer son sceau, si possible, et obtenir la signature et le titre de l'autorisatrice ou l'autorisateur - si autre que la personne à assurer.)

PERSONNE ASSURÉE 1	
--------------------	--

\* Signature de la personne à assurer

PERSONNE ASSURÉE 2	
--------------------	--

\* Signature de la personne à assurer

AUTRE	
-------	--

\* Signature de la personne à assurer (Signature d'un des parents, ou encore de la tutrice ou du tuteur de toute enfant ou de tout enfant âgé de moins de 16 ans (de moins de 18 ans au Québec) en date de la présente)

CONSEILLÈRE OU CONSEILLER	
---------------------------	--

\* Signature de la témoin ou du 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.

## AVIS RELATIF AU MIB, INC

Les renseignements concernant l'assurabilité de la personne ou des personnes à assurer seront traités en toute confidentialité. La Compagnie 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, ou présente une demande de réclamation, à une autre compagnie membre du MIB, ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur vous.

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 remettez en question l'exactitude de ces renseignements, vous pourrez demander leurs corrections 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.

La Compagnie 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, ou auxquelles une demande de réclamation est soumise. Des renseignements au sujet du MIB Inc. destinés aux consommatrices et consommateurs sont disponibles à l'adresse [www.mib.com](http://www.mib.com).

**RAPPORT DE LA CONSEILLÈRE OU DU CONSEILLER**

	OUI	NON
1. La proposante ou le proposant, ou encore la titulaire ou le titulaire et toute personne à assurer parlent-ils et lisent-ils le français ou l'anglais? ..... Dans la négative, de quelle façon la proposition a-t-elle pu être dûment remplie? Veuillez fournir des détails dans la section 13 intitulée « Directives spéciales ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A-t-on déjà communiqué avec le siège social à propos de toute personne assurée? ..... Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates, le nom de toute personne assurée, la référence de la dernière lettre du siège social et la personne ou le service contacté dans la section 13 intitulée « Directives spéciales ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. 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, de toute personne assurée? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) tout renseignement supplémentaire pouvant aider dans l'évaluation de la présente proposition? ..... Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails dans la section 13 intitulée « Directives spéciales ».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je confirme que la cliente ou le client a reçu l'avis de divulgation de la conseillère ou du conseiller, ou encore de la courtière ou du courtier et que le contenu lui a été expliqué. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**RENSEIGNEMENTS SUR LA CONSEILLÈRE OU LE CONSEILLER (EN LETTRES MOULÉES S.V.P.) :**

Nom de l'AGG : \_\_\_\_\_ N° de l'AGG : \_\_\_\_\_

N° de téléphone de l'AGG : \_\_\_\_\_ N° de télécopieur de l'AGG : \_\_\_\_\_ Adresse courriel de l'AGG : \_\_\_\_\_

	Nom de la conseillère ou du conseiller	Agente ou agent de service	N° de la conseillère ou du conseiller	%	No de téléphone de la conseillère ou du conseiller	N° de télécopieur de la conseillère ou du conseiller
1.	_____	_____	_____	_____	( ) _____	( ) _____
2.	_____	_____	_____	_____	( ) _____	( ) _____

Signature de la conseillère ou du conseiller : \_\_\_\_\_

Adresse courriel de la conseillère ou du conseiller : \_\_\_\_\_

Langue de correspondance de la conseillère ou du conseiller :  Anglais  Français

**Avis de divulgation de la conseillère ou du conseiller, ou encore de la courtière ou du courtier**

Le contrat d'assurance vie ou d'assurance maladies graves souscrit est évalué et géré par l'Assurance vie Équitable du Canada, laquelle est autorisée à exercer ses activités dans toutes les provinces canadiennes. Je suis une courtière ou un courtier indépendant, ou encore une productrice ou un producteur, représentant l'Assurance vie Équitable du Canada par l'intermédiaire de \_\_\_\_\_ (nom de l'agence ou de l'AGG)

Je déclare par la présente avoir touché des commissions pour le contrat que vous avez souscrit et continuerai de recevoir des commissions de service et de renouvellement, si vous maintenez ce contrat en vigueur. Il est possible que je sois admissible à une rémunération supplémentaire, tels que 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 dans une période donnée. J'ai le devoir de vous divulguer, en votre qualité de cliente ou client, tout conflit d'intérêt; aussi, je confirme par la présente qu'il n'existe aucun conflit d'intérêt découlant de cette opération.

Convention de partage des commissions de ce contrat :

Nom de la conseillère ou du conseiller : \_\_\_\_\_ Pourcentage : \_\_\_\_\_

**Pour les conseillères et conseillers indépendants, ainsi que les courtières et courtiers en Colombie-Britannique et en Ontario :**

« Je suis une agente ou un agent général, une agente ou un agent d'assurance vie, ou encore une représentante ou un représentant d'assurance générale agréé par le *Insurance Council of British Columbia* et la Commission des services financiers de l'Ontario respectivement. »

Nom de la conseillère ou du conseiller : \_\_\_\_\_ Signature de la conseillère ou du conseiller : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Les conseillères et conseillers, ainsi que les courtières et courtiers de la Colombie-Britannique et de l'Ontario, doivent fournir la liste des compagnies qu'ils représentent :

## CONVENTION D'ASSURANCE TEMPORAIRE MALADIES GRAVES

La présente convention d'assurance temporaire maladies graves (la « convention ») conclue avec L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (la « Compagnie ») procure une couverture d'assurance maladies graves d'une somme limitée pour une période limitée pour neuf (9) maladies graves, sous réserve des conditions de la présente convention énoncées ci-dessous.

### CONDITIONS

L'assurance temporaire maladies graves en vertu de la présente convention prend effet à la date de la signature de la demande d'assurance temporaire maladies graves de la proposante ou du proposant, ou encore de la titulaire ou du titulaire et de toute personne à assurer, SI :

- la personne à assurer a répondu dans la négative à toutes les questions portant sur la demande d'assurance temporaire maladies graves; et
- le paiement d'au moins 1/12 de la prime annuelle de l'assurance maladies graves demandée dans la partie I de la proposition (la « proposition ») est joint à la proposition; et
- le chèque ou la traite bancaire est honoré à sa première présentation pour paiement; et
- le montant total de l'assurance maladies graves de toutes les propositions d'assurance maladies graves demandée auprès de la Compagnie par la personne à assurer ne dépasse pas 250 000 \$.

### CONDITIONS

- Si la convention d'assurance temporaire maladies graves est en vigueur lorsque toute personne assurée en vertu de la présente convention est atteinte d'une des neuf (9) 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 :
  - toutes les conditions ci-dessus s'appliquant à la présente convention temporaire d'assurance maladies graves soient satisfaites; et
  - 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
  - l'affection grave couverte doit répondre à toutes les exigences énoncées dans le paragraphe 5 de la section intitulée « Définitions des affections graves couvertes »; et
  - toute personne assurée en vertu de la présente convention a satisfait la période de survie décrite dans le paragraphe 7; et
  - 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.
- Peu importe le montant total de l'assurance temporaire maladies graves 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 la présente convention et de toute autre convention d'assurance temporaire maladies graves au nom de la personne à assurer, ne peut dépasser 250 000 \$.
- La couverture d'assurance en vertu de la présente convention prend fin à la première des dates suivantes :
  - la date d'entrée en vigueur de l'assurance maladies graves ÉquVivre demandée en vertu de la proposition;
  - la date à laquelle la Compagnie envoie à la proposante ou au proposant, ou encore à la titulaire ou au titulaire un avis de refus ou d'annulation de la proposition ou d'un avenant d'assurance maladies graves;
  - la date à laquelle l'assurance en vertu de la présente convention devient payable;
  - quatre-vingt-dix (90) jours après la date d'entrée en vigueur de l'assurance en vertu de la présente convention, à moins que toute personne assurée en vertu de la présente convention ait reçu un diagnostic d'une affection grave couverte en vertu de la présente convention et se trouve dans la période de survie prévue pour cette maladie (la convention prendra alors fin à la date à laquelle toute personne assurée en vertu de la présente convention ne peut plus satisfaire la période de survie pour cette affection grave couverte); ou
  - la date à laquelle la Compagnie envoie à la proposante ou au proposant, ou encore à la titulaire ou au titulaire un avis écrit d'annulation de la présente convention. Si la Compagnie émet un contrat d'assurance maladies graves ÉquVivre, le paiement joint à la proposition sera appliqué à la prime initiale payable en vertu du contrat.
- Si la Compagnie émet un contrat d'assurance maladies graves ÉquVivre, la somme indiquée sur le reçu de paiement joint à la proposition sera appliquée à la prime initiale payable en vertu du contrat.
- Définitions des affections graves couvertes :

Crise cardiaque :	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 et 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 : <ul style="list-style-type: none"><li>des symptômes de crise cardiaque,</li><li>de nouvelles modifications électrocardiographiques (ECG) qui indiquent un infarctus du myocarde;</li><li>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.</li></ul> Le diagnostic de crise cardiaque doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.
Accident vasculaire cérébral :	Exclusions : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>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</li><li>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 ».</li></ul> 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 : <ul style="list-style-type: none"><li>apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, et</li><li>nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de trente (30) jours suivant la date du diagnostic.</li></ul> 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.
Cécité :	Exclusions : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>accidents ischémiques cérébraux transitoires; ou</li><li>accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme; ou</li><li>infarctus lacunaire, lequel ne satisfait pas à la définition d'accident vasculaire cérébral décrite précédemment ».</li></ul> est définie comme « un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de la vision des deux (2) yeux mise en évidence par : <ul style="list-style-type: none"><li>une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux (2) yeux; ou</li><li>un champ visuel moins de 20 degrés dans les deux (2) yeux.</li></ul> Le diagnostic de cécité doit être confirmé par un spécialiste ou un spécialiste ».
Surdité :	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 ».
Perte de la parole :	est définie comme « un diagnostic définitif de la perte totale et irréversible de l'usage de la parole résultant d'une blessure ou maladie physique et démontré pour 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 condition pour toute cause psychiatrique ».
Paralysie :	est définie comme « un diagnostic définitif de la perte complète des fonctions musculaires de deux (2) 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 ».
Perte de membres :	est définie comme « un diagnostic définitif de la séparation irréversible et complète de deux (2) 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 ».
Coma :	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 quatre (4) ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste. Exclusions : Aucune prestation relative à cette affection ne sera payable dans les cas suivants : <ul style="list-style-type: none"><li>un coma médicalement provoqué; ou</li><li>un coma résultant directement de l'usage d'alcool ou de drogue; ou</li><li>un diagnostic de mort cérébrale ».</li></ul>
Brûlures sévères :	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 ».

## CONVENTION D'ASSURANCE TEMPORAIRE MALADIES GRAVES (suite)

6. Exclusions et restrictions : Si une des neuf (9) affections ci-dessus découle, directement ou non, d'une des causes suivantes, elle est automatiquement exclue des affections graves couvertes en vertu de la présente convention et aucune prestation d'assurance temporaire maladies graves ne sera versée :
- tentative de suicide ou blessure que la personne assurée s'est infligée intentionnellement, qu'elle soit saine d'esprit ou non;
  - 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.
7. Période de survie : La période de survie commence à la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale d'une des affections couvertes en vertu de la présente convention et prend fin trente (30) jours après la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale d'une affection couverte en vertu de la présente convention, à moins qu'il en soit indiqué autrement dans la section intitulée « Définitions des affections graves couvertes ». Toute personne assurée doit 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 ne sera versée en vertu de cette assurance temporaire maladies graves. Si toute personne assurée est maintenue en vie artificiellement durant la période de survie, la date à laquelle toute personne assurée aura subi un arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales sera considérée comme la date du décès de toute personne assurée aux fins de la présente convention d'assurance temporaire maladies graves. L'arrêt irréversible des fonctions cérébrales sera déterminé en fonction des critères médicaux généralement acceptés.
8. Toute assurance offerte en vertu de la présente convention d'assurance temporaire maladies graves ne sera versée qu'une seule fois pour une seule affection grave couverte en vertu de la présente convention, peu importe le nombre d'affections graves couvertes pour lesquelles toute personne assurée obtient un diagnostic et AUCUN contrat d'assurance maladies graves ne sera émis par la Compagnie.
9. Aucune représentante ou aucun représentant de la Compagnie n'est autorisé à modifier la présente convention.
10. TOUTE DÉCLARATION INEXACTE OU ERRONÉE DANS LES RÉPONSES FOURNIES DANS LA DEMANDE D'ASSURANCE TEMPORAIRE POUR MALADIES GRAVES OU DANS CETTE PROPOSITION, INCLUANT TOUT RENSEIGNEMENT DE LA PARTIE II, REND TOUTE ASSURANCE TEMPORAIRE POUR MALADIES GRAVES ET LA PRÉSENTE CONVENTION D'ASSURANCE TEMPORAIRE MALADIES GRAVES ANNULABLE PAR LA COMPAGNIE.

## REÇU DU PAIEMENT JOINT À LA PROPOSITION

AUCUN PAIEMENT NE DOIT ÊTRE JOINT À CETTE PROPOSITION SI :

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

LA PROPOSITION DOIT ÊTRE TRAITÉE COMME UNE VENTE CONTRE REMBOURSEMENT.

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

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

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

Signature de la représentante ou du représentant \_\_\_\_\_