

PROPOSITION SOMMAIRE D'ASSURANCE VIE ENTIÈRE ÉQUIMAX

La présente proposition sommaire d'assurance vie Équimax doit être utilisée pour les contrats avec une somme assurée allant jusqu'à 500 000 \$ inclusivement. Pour toute autre demande, veuillez utiliser le formulaire *Proposition d'assurance vie ou d'assurance maladies graves (n° 350FR)*. Si les questions sont posées par une conseillère ou un conseiller, elles doivent être posées tel quel, mot pour mot, sans être paraphrasées.

À conserver avec la proposition d'assurance n° _____

PERSONNE À ASSURER - DANS LE CAS DES CONTRATS D'ASSURANCE VIE CONJOINTE, SUR PLUSIEURS TÊTES ET DES AVENANTS DE CONJOINT OU DE PROTECTION POUR ENFANTS, VEUILLEZ REMPLIR LE FORMULAIRE *PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES (n° 350FR)*.

M. Mme Dre ou Dr Autre _____

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Date de naissance (jj/mmm/aaaa) : _____ Âge (âge au plus proche anniversaire) : _____ Sexe : Homme Femme

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____ Date d'expiration pour les numéros commençant par 9 (jj/mmm/aaaa) : _____

Pays de naissance : _____ Emploi : _____ Revenu annuel : _____

Êtes-vous de citoyenneté américaine ou résidez-vous aux États-Unis aux fins de l'impôt? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le numéro d'identification-impôt en tant que contribuable aux États-Unis (TIN) : _____

Adresse personnelle :

Numéro : _____ Rue : _____ Ville : _____ Province : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone (domicile) : _____ Téléphone (travail) : _____

INSCRIVEZ-VOUS AU SITE ACCÈS À LA CLIENTÈLE!

Visualisez les renseignements sur votre compte en ligne 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

En fournissant une adresse courriel, l'Assurance vie Équitable enverra un lien par courriel à la titulaire ou au titulaire de contrat afin qu'il puisse s'inscrire à notre site Web sécurisé Accès à la clientèle.

Statut canadien :

Citoyenneté canadienne Statut de résident permanent Autre : nature du visa ou permis d'exercice _____

(veuillez fournir une copie des pièces justificatives)

Date de l'arrivée au Canada : _____

Vérification de l'identité de la personne assurée - 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 (jj/mmm/aaaa)

PROPOSANT/TITULAIRE - PERSONNE À ASSURER SAUF INDICATION CONTRAIRE CI-DESSOUS

AUTRE PERSONNE AUTRE TITULAIRE CONJOINT ENTREPRISE

AUTRE PERSONNE TITULAIRE

M. Mme Dre ou Dr Autre _____

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Lien avec la personne à assurer : _____ Emploi : _____

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____ Date d'expiration pour le numéro commençant par 9 (jj/mmm/aaaa) : _____

Sexe : Homme Femme Date de naissance (jj/mmm/aaaa) : _____ Pays de naissance : _____

Êtes-vous de citoyenneté américaine ou résidez-vous aux États-Unis aux fins de l'impôt? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le numéro d'identification-impôt (NII) en tant que contribuable aux États-Unis (TIN) : _____

PROPOSANT/TITULAIRE (SUITE)

Adresse postale et coordonnées :

Numéro : _____ Rue : _____ Ville : _____ Province : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone : _____

INSCRIVEZ-VOUS AU SITE ACCÈS À LA CLIENTÈLE!

Visualisez les renseignements sur votre compte en ligne
24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

En fournissant une adresse courriel, l'Assurance vie Équitable enverra un lien par courriel à la titulaire ou au titulaire de contrat afin qu'il puisse s'inscrire à notre site Web sécurisé Accès à la clientèle.

Statut canadien :

Citoyenneté canadienne Statut de résident permanent Autre : nature du visa ou permis d'exercice _____

(veuillez fournir une copie des pièces justificatives)

Date de l'arrivée au Canada : _____

Vérification de l'identité - 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). Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité, veuillez fournir DEUX autres pièces d'identité (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 (jj/mmm/aaaa)

AUTRE TITULAIRE CONJOINT

M. Mme Dre ou Dr Autre _____

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Lien avec la personne à assurer : _____ Emploi : _____

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____ Date d'expiration pour le numéro commençant par 9 (jj)mmm/aaaa) : _____

Sexe : Homme Femme Date de naissance (jj/mmm/aaaa) : _____ Pays de naissance : _____

Êtes-vous de citoyenneté américaine ou résidez-vous aux États-Unis aux fins de l'impôt? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir le numéro d'identification-impôt (NII) en tant que contribuable aux États-Unis (TIN): _____

Adresse postale et coordonnées :

Numéro : _____ Rue : _____ Ville : _____ Province : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Adresse courriel : _____

Téléphone : _____

INSCRIVEZ-VOUS AU SITE ACCÈS À LA CLIENTÈLE!

Visualisez les renseignements sur votre compte en ligne
24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

En fournissant une adresse courriel, l'Assurance vie Équitable enverra un lien par courriel à la titulaire ou au titulaire de contrat afin qu'il puisse s'inscrire à notre site Web sécurisé Accès à la clientèle.

Citoyenneté canadienne Statut de résident permanent Autre : nature du visa ou permis d'exercice _____

(veuillez fournir une copie des pièces justificatives)

Date de l'arrivée au Canada : _____

Vérification de l'identité - 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). Si vous ne possédez pas une de ces pièces, veuillez fournir DEUX autres pièces d'identité (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 (jj/mmm/aaaa)

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 2 du formulaire *Mise à jour des renseignements sur le client* (n° 1027FR).

- Chèque soumis avec la Proposition d'assurance (CAP DISPONIBLE AVEC CETTE OPTION)
- Service de débit préautorisé lors de la réception de la proposition d'assurance (DISPONIBLE AVEC CETTE OPTION)
- Chèque remis à la délivrance de la police (NON DISPONIBLE EN AVEC CETTE OPTION)
- Service de débit préautorisé lors de l'établissement du contrat (CAP NON DISPONIBLE AVEC CETTE OPTION)

Primes ultérieures réglées 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 Excelérateur)

Service de débit préautorisé (DPA) :

L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (L'Équitable) et mon établissement financier ou notre établissement financier ont reçu des directives et sont autorisés à effectuer mensuellement des débits de mon ou de notre compte bancaire, sous réserve des dispositions 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 du paiement initial joint à la proposition
 - Le numéro de compte indiqué sur le chèque ANNULÉ ou dans la lettre d'instructions de la banque (le nom de la payeuse ou du payeur doit figurer sur le chèque)
 - Le chèque ou la lettre d'instructions de la banque sera fourni à la délivrance de la police

Renseignements généraux

Nom des payeurs : _____ (si autre que les titulaires de contrat, veuillez remplir le formulaire

Renseignements sur le tiers (n° 31FR))

Renseignements sur les débits

Tout défaut de paiement pour insuffisance de fonds fera l'objet d'une nouvelle tentative de débit dans les deux à dix jours ouvrables suivant la date de la première tentative de débit. 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 »)

\$ Faire correspondre avec la date d'établissement

Date d'échéance de prélèvement désirée _____

(du 1^{er} au 28^e jour de chaque mois)

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 au 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'Assurance vie Équitable. Nota : pour que l'annulation prenne effet avant le prochain retrait, l'Assurance vie Équitable doit recevoir tout avis d'annulation fait par téléphone, par lettre, par courriel ou par télécopieur, à son siège social, au moins dix (10) jours ouvrables avant le prochain retrait. L'annulation de cette entente de service de 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.

Recours et remboursement

Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits de recours, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visiter le site Web www.cdapay.ca. J'ai ou nous avons certains droits de recours si un retrait n'est pas conforme avec les dispositions de la présente entente de service de DPA. 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 1603 Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7
Tél. s. f. : 1 800 668-4095 • Téléc. : 519 883-7404 • Courriel : customer-service@equitable.ca

SOURCE DES FONDS

Veillez sélectionner toutes les options qui s'appliquent :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Salaire ou revenu gagné | <input type="checkbox"/> Revenu d'entreprise |
| <input type="checkbox"/> Vente d'une propriété | <input type="checkbox"/> Fonds empruntés |
| <input type="checkbox"/> Dons | <input type="checkbox"/> Produit d'une prestation de décès ou de la succession |
| <input type="checkbox"/> Épargne des proposant ou des titulaires | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

OBJET DE LA COUVERTURE D'ASSURANCE

Veillez indiquer l'objet du contrat :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Épargne à court terme | <input type="checkbox"/> Retraite / épargne à long terme |
| <input type="checkbox"/> Protection d'entreprise | <input type="checkbox"/> Protection d'une personne clé |
| <input type="checkbox"/> Convention de rachat | <input type="checkbox"/> Création d'un revenu |
| <input type="checkbox"/> Don | <input type="checkbox"/> Protection de revenu / familiale |
| <input type="checkbox"/> Patrimoine / héritage / protection de la succession | <input type="checkbox"/> Assurance hypothécaire / crédit |
| <input type="checkbox"/> Aux fins d'éducation | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |

SANTÉ ET STYLE DE VIE

DÉCLARATION RELATIVE À L'USAGE DU TABAC

POUR LES RÉPONSES AFFIRMATIVES, VEUILLEZ INDIQUER LE TYPE ET LA DERNIÈRE DATE D'USAGE.

Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou fait usage de toute forme de marijuana ou de hachisch? Oui Non

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

Oui Non Types : _____ Fréquence : _____

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX

Nom et adresse de la médecin ou du médecin praticien habituel. (Si vous n'avez pas de médecin habituel, veuillez indiquer « aucun ») :

Date et raison de la consultation : _____

Résultats/diagnostic et traitement/suivi recommandé : _____

Taille : _____ pi/po lb
 cm kg Poids : _____

Y-a-t-il eu un changement de poids au cours de la dernière année? Oui Non

Gain : _____ lb lb
 kg kg Perte : _____ Raison de cette variation : _____

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX (SUITE)

VEUILLEZ FOURNIR DES PRÉCISIONS POUR LES RÉPONSES AFFIRMATIVES DANS L'ESPACE FOURNI CI-DESSUS.

Avez-vous déjà souffert de symptômes ou reçu un traitement, ou vous a-t-on recommandé de recevoir un traitement ou de subir des examens pour l'une des conditions suivantes :

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 12. 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"/> |
| 13. Asthme, troubles respiratoires, apnée du sommeil ou autres troubles pulmonaires?
(Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire <i>Questionnaire sur les maladies respiratoires</i> (n° 1331FR).) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. 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"/> |
| 15. Troubles thyroïdiens ou glandulaires, lupus, sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique (SLA), épilepsie, troubles musculaires ou osseux? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Cancer, tumeur, kyste, polype, grain de beauté, bosse ou autre excroissance, trouble mammaire, ou encore mammographie anormale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Angoisse, fatigue, stress, tentative de suicide, dépression nerveuse, troubles de l'alimentation ou autre trouble du système nerveux?
(Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire <i>Questionnaire sur les troubles nerveux</i> (n° 1330FR).) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Troubles cutanés, musculaires, osseux et articulaires, p.ex. arthrite, maux de dos, maux de cou, paralysie, difformité, lésions cutanées inhabituelles ou infections inexplicables? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. 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 tout autre trouble du système immunitaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Avez-vous déjà subi des tests dont les résultats ont révélé que vous pourriez avoir été exposé(e) au virus du SIDA? | <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"/> |
| 20. Avez-vous déjà souffert d'une maladie, d'une blessure, subi une chirurgie ou un examen médical qui n'a pas déjà été mentionné ci-dessus? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. 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"/> |
| 22. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous consulté un médecin ou un médecin pour toute autre raison que celles énoncées dans les questions ci-dessus?
(Dans l'affirmative, veuillez donner des précisions.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. 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"/> |
| 24. 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"/> |
| 25. a) Consommez-vous des boissons alcoolisées? (Dans l'affirmative, veuillez préciser le type et la quantité par semaine.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Avez-vous déjà reçu des conseils ou un traitement concernant votre consommation d'alcool? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Avez-vous déjà fait usage de marijuana, de cocaïne ou d'autres drogues illicites ou créant une dépendance? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Avez-vous déjà reçu des conseils, un traitement ou obtenu une consultation concernant votre consommation de marijuana, de cocaïne ou d'autres drogues illicites ou créant une dépendance? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- (Si la réponse à la question 25(b), (c), ou (d) est affirmative, veuillez remplir le formulaire *Questionnaire relatif à l'usage de l'alcool* (n° 1325FR) ou *Questionnaire relatif à l'usage de drogues* (n° 1326FR).)

Détails sur les réponses affirmatives : pour les questions 12 à 25 ci-dessus; veuillez indiquer le numéro de la question et fournir des précisions comme les dates, diagnostics, noms des médecins et des hôpitaux, traitements, etc.

RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES

A. LES PROPOSANTS OU LES TITULAIRES ET LA PERSONNE 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 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 la présente 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 qui obtient mon autorisation ou notre autorisation.
- 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 la présente proposition ou une telle assurance approuvée par la Compagnie, ne prendra effet que si :
 - a) la police est délivrée ou acceptée de la façon indiquée au point 3 c); b) la prime initiale est payée; et c) aucun changement dans l'assurabilité de la personne à assurer ne s'est produit entre la date où la présente proposition a été signée par la personne à assurer et i) la date de la délivrance de la police 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 ii) 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) 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 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 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 proposante ou du proposant, ou encore de la titulaire ou du titulaire, sous réserve des dispositions du contrat ou des contrats; b) toute personne pour laquelle l'assurance est demandée consent à la souscription de l'assurance sur sa tête.
- 7) Cette personne ou ces personnes n'ont connaissance de l'omission d'aucun détail dans la présente proposition, qui pourrait avoir une incidence sur l'assurabilité de toute personne à assurer.

B. LES PROPOSANTS OU LES TITULAIRES ET LA 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, y compris, des examens, des radiographies, des électrocardiogrammes et des tests sanguins aux fins de l'évaluation de la présente proposition. 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 vos médecins 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 peuvent, 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 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 tous les antécédents médicaux antérieurs, à la Compagnie ou à ses réassureurs.
- 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 proposante ou du proposant, ou encore de la titulaire ou du titulaire.
- 7) Une photocopie de ces autorisations ont la même valeur que le document original.

RENSEIGNEMENTS JURIDIQUES

- C. LE DÉFAUT DE DIVULGUER CHACUN DES FAITS À LA CONNAISSANCE DE LA PROPOSANTE OU DU PROPOSANT, OU ENCORE À LA CONNAISSANCE DE LA PERSONNE ASSURÉE, QUI SONT IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURANCE DEMANDÉE, OU IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURABILITÉ DE LA PERSONNE À ASSURER, OU TOUTE FAUSSE REPRÉSENTATION OU DÉCLARATION ERRONÉE QUANT AUX FAITS, AUX RENSEIGNEMENTS OU AUX RÉPONSES DONNÉES ET INDICUÉES DANS LA PROPOSITION, Y COMPRIS CELLES DE LA PARTIE II ET TOUTE DÉCLARATION ÉCRITE COMME PREUVE D'ASSURABILITÉ RENDRA TOUTE ASSURANCE ÉTABLIE EN RELATION AVEC LA PRÉSENTE PROPOSITION, Y COMPRIS TOUTE ASSURANCE VIE PROVISOIRE 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, sauf indication contraire. 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.
 Oui Non
- 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 temporaire.
- G. Je demande ou nous demandons que toute correspondance future me soit ou nous soit transmise en Français Anglais
- H. Toutes les signatures requises pour les débits effectués sur le compte sont fournies dans la présente proposition, et les conditions établies dans la section intitulée « Service de débit préautorisé (DPA) » sont comprises et acceptées. Nota : si les débits sont effectués sur 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 proposante ou 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.)

	Conseiller
--	------------

***Signature de la personne à assurer**

****Témoin de toutes les signatures**

*Signature requise pour chaque personne à assurer âgée de **16 ans et 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 ne figure pas en tant que personne assurée, titulaire, payeur, bénéficiaire ou fiduciaire sur la proposition d'assurance.

Signature de toute personne payeuse en vertu de la section relative à l'entente de service de DPA si autre que toute personne proposante ou titulaire :	
---	--

EXIGENCES

Nom du fournisseur de services : _____ Code à barres : _____

Exigences de tarification commandées : Sans examen Urine (VIH) Salive (VIH) Examen médical Examen paramédical
 ECG Profil sanguin Commander preuve commune : _____
 Autre : _____

RAPPORT DU CONSEILLER

	Oui	Non
1. Les proposant ou 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 précisions dans les notes du conseiller ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. A-t-on déjà communiqué avec le siège social à propos de la 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Êtes-vous la personne à assurer, la proposante ou le proposant, la titulaire ou le titulaire, la payeur ou la payeuse, ou encore la personne bénéficiaire du présent contrat?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Êtes-vous une partie liée à la personne à assurer, aux proposant 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 précisions dans les notes du conseiller ci-dessous.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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, de la personne à assurer, des proposant ou des titulaires? b) tout renseignement supplémentaire pouvant aider dans l'évaluation de la présente proposition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Une analyse des besoins financiers est-elle à l'origine de cette vente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai tenu et vu la documentation fournie par la personne à assurer, les proposant ou les titulaires aux fins de vérification de leur identité et confirmation des renseignements fournis sur la présente proposition.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. J'ai révisé l'illustration des ventes avec les proposant ou les titulaires et leur en ai expliqué le contenu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je confirme que j'ai divulgué les renseignements suivants aux proposant : a) le contrat d'assurance vie, 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'intérêt que je pourrais avoir concernant la présente proposition.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. J'ai révisé les renseignements fournis dans la présente proposition avec la proposante ou le proposant, ou encore la titulaire ou le titulaire, qui, à ma connaissance, sont complets et véridiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONVENTION D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE

La présente convention avec L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (la « Compagnie ») fournit un MONTANT LIMITÉ de protection d'assurance vie pour une PÉRIODE LIMITÉE, sous réserve des conditions de cette convention décrites ci-dessous.

Conditions de la Convention d'assurance vie provisoire

L'assurance vie provisoire en vertu de la présente convention entre en vigueur à la date de la signature de la présente proposition par la titulaire ou le titulaire, ou encore la personne à assurer, si :

- a) la personne à assurer a répondu dans la négative aux questions 3, 12, 16, 19, 23 et 24 à la section intitulée « Antécédents personnels et médicaux »; et
- b) le paiement d'au moins 1/12 de la prime annuelle de l'assurance vie demandée dans la proposition est autorisé ou joint à la Proposition; et
- c) tout chèque, toute traite bancaire donnée ou toute autorisation de paiement est honorée à sa première présentation pour paiement; et
- d) la personne à assurer a moins de 65 ans, ou a atteint au moins l'âge de 15 jours; et
- e) la somme assurée demandée est inférieure à 500 000 \$.

Dispositions de la convention d'assurance vie temporaire

1. Si la personne à assurer décède pendant que la présente convention est en vigueur, la somme assurée en vertu de la présente convention correspondra au moindre des deux montants suivants : la somme assurée demandée dans la proposition (y compris la garantie supplémentaire en cas de décès accidentel, à la condition que le décès survienne par suite d'un accident couvert en vertu des conditions du contrat à établir), et 500 000\$. Peu importe le total de l'assurance temporaire sur la vie en vigueur au décès de la personne assurée 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 vie provisoire ne peut dépasser 500 000 \$.
2. Si la personne à assurer se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, la responsabilité de la Compagnie en vertu de la présente convention se limite au remboursement de la prime acquittée.
3. 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 proposante ou au proposant, ou encore à la titulaire ou au titulaire un avis écrit d'annulation de la présente convention; si la Compagnie établit un contrat d'assurance vie, le paiement autorisé ou joint à la proposition sera imputé à la prime initiale payable en vertu du contrat;
 - c) quatre-vingt-dix (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 à la proposante ou au proposant, ou encore à la titulaire ou au titulaire un avis de refus ou d'annulation de la proposition d'assurance vie; ou
 - e) la date à laquelle l'assurance en vertu de la présente convention devient payable. Les dispositions régiront l'assurance demandée et les paiements seront versés à la bénéficiaire ou au bénéficiaire désigné sur la proposition.

AVIS RELATIF AU MIB, INC.

Les renseignements concernant l'assurabilité de toute personne à assurer seront traités en toute confidentialité. Toutefois, nous (incluant nos réassureurs) pourrions rédiger un bref rapport à leur propos à l'intention du MIB, Inc., connu auparavant sous le nom Medical Information Bureau (Bureau des renseignements médicaux). Le MIB 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 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 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 ou privacy@mib.com pour toute question relative au respect de la vie privée.

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 consommateurs sont disponibles à l'adresse www.mib.com.

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. Le conseiller ou courtier peut être admissible à toucher une rémunération supplémentaire telle que des bonis et indemnités de déplacement, selon le volume de contrats de l'Assurance vie Équitable du Canada que le conseiller ou courtier souscrit et le taux de conservation de ces contrats dans une période donnée. Vous n'avez pas l'obligation de conclure d'autres affaires en matière d'assurance auprès de l'Assurance vie Équitable du Canada, du conseiller ou du courtier, ou encore de toute autre personne ou toute autre entité comme condition de la proposition.