

PROPOSITION SOMMAIRE D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE SUR UNE TÊTE



assurances vie et maladie complémentaire

PROPOSITION SOMMAIRE D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE SUR UNE TÊTE
VEUILLEZ APOSER L'AUTOCOLLANT ICI

La présente proposition sommaire d'assurance vie 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, MULTIASSURANCE 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/mm/aaaa) : _____ Âge (au plus proche anniversaire) : _____ Sexe : Homme Femme

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____ Lieu de naissance : _____

Emploi : _____ Revenu annuel : _____

Adresse personnelle :

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

Pays : _____ Code postal : _____ Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone (domicile) : _____ Numéro de téléphone (travail) : _____

Statut canadien :

Citoyenneté canadienne Statut de résident permanent Autre : nature du visa ou permis d'exercice _____
 (veuillez fournir une copie des pièces justificatives)

Date d'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 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/mm/aaaa)

TITULAIRE - SI AUTRE QUE LA PERSONNE À ASSURER.

Si la proposante ou le proposant, ou encore la titulaire ou le titulaire du contrat, est une société par actions ou un groupement sans personnalité morale, le formulaire *Renseignements sur l'entreprise* (n° 594FR) doit être dûment rempli.

La proposante ou le proposant, ou encore la titulaire ou le titulaire de contrat agit-il au nom d'un tiers? (Un tiers consiste en une personne autre que la personne assurée, ou encore la titulaire ou le titulaire qui paie ou paiera les primes, ou bien a ou aura une participation financière dans ce contrat.)

Non Oui - dans l'affirmative, le formulaire *Renseignements sur le tiers* (n° 31FR) doit être dûment rempli.

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____ Lien : _____

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____ Emploi : _____

Adresse personnelle :

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

Pays : _____ Code postal : _____ Adresse courriel : _____

Numéro de téléphone (domicile) : _____ Numéro de téléphone (travail) : _____

PRIME ET MODE DE PAIEMENT

PRIME INITIALE DE _____ **\$**
RÉGLÉE PAR :

- Chèque soumis avec la Proposition d'assurance (CAP disponible avec cette option)
- Service de débit préautorisé lors de la réception de la proposition (CAP disponible avec cette option)
- Chèque à la délivrance de la police (CAP non disponible 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 (remplir la section relative au DPA)
- Chèque sur livraison - primes annuelles de _____ \$

SERVICE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) :

L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (l' « Assurance vie 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 :

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° : _____ (chèque annulé non requis)
- Établir une nouvelle entente de service de DPA : **(Chèque annulé requis - le nom préimprimé de la titulaire ou du titulaire du compte doit figurer sur le chèque)**
 - le même numéro de compte indiqué sur le premier chèque joint à la proposition
 - 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 figurer sur le chèque)
- Modifiez l'entente de service de DPA actuelle 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 figurer sur le chèque)

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 retrait dans les deux à dix 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.

Entente relative aux débits préautorisés

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

Date d'échéance de tout débit

- faire correspondre avec la date d'établissement
- date d'échéance désirée _____ (du 1^{er} – 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, à l'adresse 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 débit, 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 débit. L'annulation de cette entente de service DPA n'affectera pas votre contrat ou vos contrats d'assurance de l'Équitable pourvu que la prime soit réglée au moyen d'un autre mode de paiement selon la période précisée dans la police ou les polices d'assurance.

Recours et remboursement

Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos 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 ce 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

SECTIONS SANTÉ ET STYLE DE VIE PAGES 4 ET 5

DÉCLARATION RELATIVE À L'USAGE DU TABAC

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

Au cours des douze derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou consommé d'autres produits à base de tabac ou de nicotine? 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 cm Poids : _____ lb kg Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? Oui Non

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

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX - VEUILLEZ FOURNIR DES PRÉCISIONS POUR LES RÉPONSES AFFIRMATIVES DANS L'ESPACE FOURNI CI-DESSOUS.

1. Détenez-vous une assurance en vigueur ou en suspens?
Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de la compagnie, l'année d'établissement du contrat, le type de régime, la somme assurée et s'il s'agit d'une assurance personnelle ou pour une entreprise.
2. Si un contrat d'assurance vie est établi, remplacera-t-il un contrat d'assurance vie déjà en vigueur?
(Dans l'affirmative, veuillez remplir les énoncés de divulgation de renseignements. Si le contrat en vigueur est un contrat établi par l'Assurance vie Équitable, veuillez indiquer le numéro de contrat.)
3. Avez-vous déjà présenté une proposition pour une assurance vie, une assurance invalidité, une assurance maladies graves ou une assurance collective sur votre tête, qu'elle ait été différée, refusée, assujettie à une surprime ou modifiée de quelque façon que ce soit? . . .
4. Au cours des dix dernières années, vous a-t-on déjà accusée ou accusé, ou encore reconnue ou reconnu coupable d'une infraction criminelle ou de toute autre infraction criminelle en suspens?
5. Résidez-vous au Canada depuis moins de vingt-quatre mois?
(Dans l'affirmative, veuillez indiquer votre pays de résidence précédent, votre statut d'immigration et la date de votre arrivée au pays.)
6. Au cours des douze prochains mois, envisagez-vous de voyager hors de l'Amérique de Nord pour plus de six semaines, ou de changer votre pays de résidence?
7. Au cours des dix dernières années, vous a-t-on déjà accusée ou accusé, ou encore reconnue ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies par l'alcool ou la drogue, ou avez-vous refusé de subir un alcootest?
(Dans l'affirmative, veuillez fournir votre numéro de permis de conduire et les dates pertinentes.)
8. Au cours des trois dernières années, vous a-t-on déjà accusée ou accusé, ou encore reconnue ou reconnu coupable pour toute autre infraction de la route (à l'exception des billets de stationnement) ou votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué?
(Dans l'affirmative, veuillez fournir votre numéro de permis de conduire, des précisions et toute date pertinente. Pour les condamnations pour excès de vitesse, veuillez indiquer le nombre de kilomètres à l'heure au-dessus de la limite de vitesse.)
9. Au cours des deux dernières années, avez-vous pratiqué ou envisagez-vous de pratiquer l'une des activités suivantes :
a) voler à bord d'un avion sans en être un passager payant?
(Dans l'affirmative, veuillez remplir le *Questionnaire sur l'aviation* (n° 1322FR).)
b) participer à un sport ou à un passe-temps dangereux? (par ex. la plongée sous-marine, le deltaplane, le parachutisme, la course d'engins motorisés, l'escalade)?
(Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire relatif au passe-temps approprié.)
10. Y a-t-il des membres de votre famille (vivants 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 chorée de Huntington, de sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), ou de toute autre maladie héréditaire? (Veuillez indiquer l'âge au moment du diagnostic et l'affection.)
11. Avez-vous déjà déclaré faillite, que ce soit une faillite personnelle ou commerciale, pour laquelle vous avez reçu une libération ou non? . . .
(Dans l'affirmative, veuillez indiquer le type, la date de déclaration, la date de libération et si le syndic est au courant de cette proposition d'assurance.)

	OUI	NON
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS ET MÉDICAUX - VEUILLEZ FOURNIR DES PRÉCISIONS POUR LES RÉPONSES AFFIRMATIVES DANS L'ESPACE FOURNI CI-DESSOUS.

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 inexpliquées?	<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 à 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 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, blessure, chirurgie ou subi 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 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) Consomez-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).)

PRÉCISIONS SUR LES RÉPONSES AFFIRMATIVES - POUR LES QUESTIONS 1 À 25 CI-DESSUS, VEUILLEZ INDIQUER LE NUMÉRO DE LA QUESTION ET FOURNIR DES PRÉCISIONS COMME LES DATES, LES DIAGNOSTICS, LE NOM DES MÉDECINS ET DES HÔPITAUX, LES TRAITEMENTS, ETC.

(Empty space for providing details for affirmative answers to questions 1-25)

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, ou encore à la conseillère ou au conseiller en ventes, ou encore à 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 l'assurance approuvée par l'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (la « Compagnie ») n'entrera en vigueur que si : c) aucun changement dans l'assurabilité de la personne à assurer ou des personnes à assurer ne s'est produit entre la date où cette proposition a été signée par la personne à assurer et : i) la date de la livraison 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 ii) la date d'approbation de la proposition d'assurance vie, et ce, sans modification, par la Compagnie 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 un 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 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 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 d'un tel contrat ou de tels contrats; et 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 votre médecin traitante ou traitant, ou encore à vos médecins traitantes ou traitants, à des professionnels du service de santé et au MIB, Inc., aux fins de la présente 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 soit signalé à l'autorité de santé publique appropriée. Vos renseignements personnels, recueillis par un laboratoire, seront traités et stockés par ce laboratoire au Canada ou aux États-Unis, et pourront, du fait même, faire l'objet de divulgation aux gouvernements canadien et américain et aux agences, en vertu des lois et traités passés entre ces deux pays.
- 4) Autorisent tout service provincial des véhicules automobiles à fournir une copie des renseignements qu'elle détient relatifs à tout dossier de conduite pertinent à cette proposition à la Compagnie ou à tout organisme d'enquête agissant en son nom.
- 5) Autorisent toute médecin et tout médecin, toute praticienne ou tout praticien, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou 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) Consentent qu'une photocopie de ces autorisations ait la même valeur que le document original.

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 INDIQUÉES DANS LA PRÉSENTE PROPOSITION, Y COMPRIS TOUTE PARTIE DE LA PRÉSENTE PROPOSITION, RENDRA TOUTE ASSURANCE ÉMISE EN RELATION AVEC LA PRÉSENTE PROPOSITION, ANNULABLE PAR LA COMPAGNIE.

- A. 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
- B. 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
- C. 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.**
- D. Je demande ou nous demandons que toute correspondance future me soit ou nous soit transmise en** Français Anglais
- E. Toutes les signatures requises pour les retraits de compte sont fournies dans la présente proposition, et les conditions établies dans la section intitulée « Service de débit préautorisé (DPA) » de la page 3 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 _____ le _____ 20____.

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

Signature de toute personne proposante ou titulaire

Signature de la personne à assurer

Signature de la conseillère ou du conseiller/témoin de toutes les signatures

Signature de toute personne payeuse en vertu du DPA, si autre que 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.)

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER

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

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

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

Toute correspondance à la conseillère ou au conseiller en Français Anglais

Adresse électronique de la conseillère ou du conseiller _____

Adresse électronique de la superviseuse ou du superviseur _____

Signature de la conseillère ou du conseiller _____

Signature de la conseillère ou du conseiller superviseur _____

_____ Date (jj/mmm/aaaa)

_____ Date (jj/mmm/aaaa)

Avez-vous connaissance de : 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?

Tout renseignement supplémentaire pouvant aider dans l'évaluation de la présente proposition?

La proposante ou le proposant, ou encore la titulaire ou le titulaire, et les personnes 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 précisions dans la section intitulée « Directives spéciales ».

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.

Signature de la productrice ou du producteur : _____ Date : _____

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"/>

351FR(2015/10/10) page 7 de 8

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 (voir au verso) 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 :

- 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
- le paiement d'au moins un douzième de la prime annuelle de l'assurance demandée dans la présente proposition est joint à la proposition au moyen d'un chèque ou d'une entente de service de DPA; et
- le chèque ou la traite bancaire est honoré à sa première présentation pour paiement; et
- la personne à assurer a moins de 65 ans; et
- la somme assurée demandée est inférieure à 500 000 \$.

TOUTE FAUSSE REPRÉSENTATION OU DÉCLARATION ERRONÉE EFFECTUÉE QUANT AUX RÉPONSES DONNÉES DANS LA PRÉSENTE PROPOSITION, Y COMPRIS TOUTE PARTIE DE CETTE DERNIÈRE, RENDRA TOUTE ASSURANCE VIE TEMPORAIRE, AINSI QUE LA PRÉSENTE CONVENTION D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE, ANNULABLE PAR LA COMPAGNIE.

351FR(2015/10/10) page 7 de 8

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.

EXIGENCES

VEUILLEZ APOSER L'AUTOCOLLANT ICI

Nom du fournisseur de services : _____

Exigences de tarification commandées :

sans examen médical

urine (VIH)

examen médical

examen paramédical

ECG

profil sanguin

commander preuve commune de : _____

autre : _____

351FR(2015/10/10) page 8 de 8

CONDITIONS DE LA CONVENTION D'ASSURANCE PROVISOIRE

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 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 dans la proposition.

351FR(2015/10/10) page 8 de 8

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.

Tout à fait pour moi.^{MD}

Depuis 1920, les Canadiens se sont tournés vers l'Assurance vie Équitable pour protéger ce qui leur importe le plus. Nous travaillons de concert avec votre conseillère ou conseiller financier dans le but d'offrir des solutions en matière d'assurance vie individuelle, d'épargne-retraite et d'assurance collective qui procurent une grande valeur et répondent à vos besoins - maintenant et pour les années à venir.

Mais nous sommes plus qu'une compagnie typique de services financiers. Nous possédons la connaissance, l'expérience et la compétence afin de trouver des solutions qui vous conviennent. Nous sommes sympathiques, attentionnés et intéressés à vous aider. Nous sommes la propriété de nos titulaires de contrat et non d'actionnaires. Alors nous pouvons nous concentrer sur vos intérêts et vous fournir un service personnalisé, la sécurité et le mieux-être.

Bien que les renseignements de ce document se veuillent le plus à jour possible, les modalités de la police prévalent dans TOUS les cas.



Assurance vie
Équitable du Canada^{MC}

One Westmount Road North
Waterloo (Ontario) N2J 4C7

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

^{MC} et ^{MD} indiquent respectivement une marque de commerce et une marque déposée de L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada.