

## Proposition d'assurance vie

# assureRAPID<sup>MC</sup> et assureRAPID<sup>MC</sup> Plus

**Directives :**

- assureRAPID** est un plan d'assurance temporaire pour des clients âgés de 18 à 49 avec des primes et une garantie d'assurance vie se terminant à l'âge de 65.
- assureRAPID Plus** comporte de plus un paiement unique d'une partie de la prestation en cas de décès et ce, jusqu'à l'âge de 65 ans, dans un cas où un diagnostic de l'une des maladies graves garanties est émis ou si vous devenez invalide (tel que défini dans la police) suite à une blessure accidentelle. Le montant de la garantie d'assurance vie est conséquemment réduit du montant du paiement unique ainsi payé et la prime payable jusqu'à l'âge de 65 ans est ajustée.
- Prestation Vie prolongée** peut être ajoutée au plan **assureRAPID** ou **assureRAPID Plus**. Cette prestation réduit votre garantie d'assurance vie à l'âge de 65 ans et la garantie continue à vie et sans qu'aucune autre prime ne soit payable.
- Les réponses aux questions d'admissibilité et aux questions relatives à votre santé et à vos habitudes de vie détermineront si vous êtes admissible à soumettre une proposition pour une telle garantie. Aucun examen médical n'est requis au moment de la proposition.
- Les propositions sont assujetties à une analyse et approbation par BMO Société d'assurance vie.
- Options d'assurance – Capital assuré à partir de 50 000 \$ jusqu'à un maximum de 250 000 \$.

Prestations	assureRAPID	assureRAPID Plus – option 1	assureRAPID Plus – option 2
<b>Assurance vie</b>	100 % du capital assuré	100 % du capital assuré	100 % du capital assuré
<b>Maladie grave</b>	n/a	50 % du capital assuré	25 % du capital assuré
<b>Invalidité</b>	n/a	15 % du capital assuré	7,5 % du capital assuré
<b>Prestation Vie prolongée</b>	25 % du capital assuré à l'âge de 65 ans, garantie à vie	25 % du capital assuré à l'âge de 65 ans, garantie à vie	25 % du capital assuré à l'âge de 65 ans, garantie à vie

### Section 1 Questions d'admissibilité

1. Êtes-vous un résident permanent du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu? Oui  Non



**Si vous avez répondu "NON" à la question 1, vous n'êtes pas admissible aux plans assureRAPID. Ne soumettez pas cette Proposition.**



**Si vous répondez "OUI" à l'une des questions 2 à 11, vous n'êtes pas admissible aux plans assureRAPID. Ne soumettez pas cette Proposition.**

**S'il vous plaît, consultez votre conseiller afin qu'il vous informe des autres plans d'assurance offerts par BMO Assurance.**

2. L'assurance proposée est-elle destinée à remplacer ou modifier toute police individuelle d'assurance vie ou d'assurance contre la maladie grave en vigueur (autre qu'une assurance collective) détenue auprès de la présente ou de toute autre compagnie?
3. Durant les deux dernières années, avez-vous présenté une proposition d'assurance vie, invalidité ou pour maladie grave qui a été refusée, reportée ou modifiée?

### Section 2 Questions d'admissibilité relatives à la santé et aux habitudes de vie

4. Est-ce que votre grandeur et votre poids dérogent des paramètres de la charte décrits ci-dessous?

Grandeur en pieds et en pouces	Grandeur en CM	Poids maximal en livres	Poids maximal en KG	Grandeur en pieds et en pouces	Grandeur en CM	Poids maximal en livres	Poids maximal en KG
4 pi 8 po	142	174	79	5 pi 8 po	173	256	116
4 pi 9 po	145	180	82	5 pi 9 po	175	264	120
4 pi 10 po	147	186	85	5 pi 10 po	178	272	124
4 pi 11 po	150	193	88	5 pi 11 po	180	279	127
5 pi	152	199	90	6 pi	183	287	130
5 pi 1 po	155	206	94	6 pi 1 po	185	295	134
5 pi 2 po	157	213	97	6 pi 2 po	188	304	138
5 pi 3 po	160	220	100	6 pi 3 po	191	312	142
5 pi 4 po	163	227	103	6 pi 4 po	193	320	145
5 pi 5 po	165	234	106	6 pi 5 po	196	329	150
5 pi 6 po	168	241	110	6 pi 6 po	198	337	153
5 pi 7 po	170	249	113				

5. Durant les 10 dernières années, avez-vous déjà été traité, reçu des conseils, avez été diagnostiqué, nécessité tout suivi ou présenté des symptômes d'hypertension ou de taux de cholestérol élevé?
6. Avez-vous déjà été traité, reçu des conseils, avez été diagnostiqué, nécessité tout suivi ou présenté des symptômes pour:
- a) Accident vasculaire cérébral ou CIT (crise ischémique transitoire), maladie coronarienne, maladie cardiovasculaire, crise cardiaque, chirurgie cardiaque ou toute autre maladie cérébrovasculaire ou ECG anormal?
- b) Diabète?
- c) Cancer ou autre affection maligne, tumeur, lésions ou grains de beauté de forme irrégulière, polypes du colon ou toute autre croissance pour laquelle vous n'avez pas encore reçu d'examen ou vous êtes en attente de résultat?

- d) Affection ou trouble aux seins, masse ou kyste aux seins, mammographie anormale, mammographie ou résultat d'une biopsie aux seins anormal, ou affection à la prostate, nodule à la prostate ou APS ou résultats d'échographie anormaux?
- e) SIDA, VIH, ganglions lymphatiques enflés de façon persistante (lymphadénopathie généralisée persistante - LGP), troubles sanguins ou tout trouble immunologique?
- f) Hépatite B ou C (incluant l'état de porteur de l'hépatite B) ou tests anormaux de la fonction hépatique?
- g) Arthrite rhumatoïde, sclérose en plaques, paralysie ou toute autre condition neurologique atteignant le système central nerveux?
- h) Dépression majeure, tentative de suicide, trouble bipolaire ou schizophrénie?
7. a) Durant les cinq dernières années, avez-vous souffert d'un problème médical pour lequel vous avez été ou vous êtes présentement examiné, sous observation ou traité ou pour lequel vous êtes actuellement dans l'attente de résultats d'examens ou de tests? (Exclure une grossesse normale, le rhume, la grippe ou tout examen pour une foulure ou une entorse mineure.)
- b) Présentez-vous tout symptôme ou trouble incluant de la douleur persistante ou pour laquelle aucun diagnostic n'a été émis, essoufflement, étourdissement, engourdissement, perte d'équilibre, saignements rectaux, bosse ou masse (non seulement concernant les seins) prostate ou tout autre problème concernant votre santé pour lequel vous n'avez pas encore consulté un médecin ou été traité?
8. a) Durant les 5 dernières années, avez-vous été traité, ou consulté ou conseillé de consulter une organisation en raison de votre consommation d'alcool ou de drogue?
- b) Durant les 7 dernières années, avez-vous consommé de la cocaïne, de l'héroïne, du LSD, des hallucinogènes, des amphétamines, des stupéfiants, des barbituriques, des tranquillisants ou toute autre drogue qui crée une dépendance et non prescrite par un médecin?
- c) Dans les derniers 12 mois, avez-vous consommé de la marijuana ou du haschisch plus d'une fois par mois jusqu'à un maximum de 12 fois?
9. Durant les 2 dernières années, avez-vous participé à une activité ou sport dangereux, tel que l'escalade d'une montagne à plus de 15,000 pieds, la plongée sous-marine dans des profondeurs plus élevées que 100 pieds, le ski hors-piste (back country) ou l'héli-ski, le parachutisme ou saut à l'élastique (bungee), ou la course automobile?
10. Durant les 5 dernières années, avez-vous fait l'objet d'une suspension de permis de conduire ou avez-vous fait l'objet d'accusations de conduite avec facultés affaiblies, de refus d'effectuer un test d'alcoolémie, de conduite dangereuse, de conduite dangereuse causant un accident ou de conduite au-dessus des limites de vitesse soit plus de 40 km à l'heure au-dessus de la limite permise?
11. Recevez-vous présentement des prestations d'assurance sociale ou travaillez-vous dans l'une ou l'autre des occupations/industries suivantes: secteur minier, réparateur de hautes cheminées ou de clochers, dynamitage ou travailleur manipulant des explosifs, travailleur sur des ponts, travailleur de structures en acier ou travailleur ferronnier, travailleur extracôtier dans l'industrie du pétrole, plongeur professionnel, travailleur humanitaire à l'étranger, journaliste à l'étranger, diplomate, travailleur forestier à titre de dynamiteur ou manipulant des matières explosives, sur des barrages, sur des hautes structures, cageur/flotteur, gréeur/monteur-régleur, conducteur ou gabier, militaire, ou travailleur à l'étranger?



**Si vous avez répondu "OUI" à la question 1 et "NON" aux questions 2 à 11, vous êtes admissible à assureRAPIDE, sous réserve d'une analyse et une approbation finales par BMO Société d'assurance vie.**

**Vous êtes aussi admissible à souscrire à assureRAPIDE Plus, en répondant à la question 12.**

12. Avant qu'ils aient 60 ans, est-ce que 2 membres ou plus de votre famille immédiate liés par le sang (mère, père, frère ou sœur) ont reçu un diagnostic ou ont été traités pour un taux de cholestérol élevé, une maladie cardiaque, une chirurgie cardiaque, un anévrisme, un accident vasculaire cérébral, un cancer, du diabète de type 1, la polykystose rénale, la maladie de Huntington, la sclérose latérale amyotrophique (SLA ou la maladie de Lou Gehrig), la sclérose en plaques ou la maladie du motoneurone?



**Si vous avez répondu "OUI" à la question 12, vous n'êtes pas admissible à assureRAPIDE Plus.**

### Section 3 Renseignements Personnels

Personne à assurer – (La personne à assurer est le titulaire de la police.)

Nom légal (prénom, second prénom et nom de famille)			Nom de jeune fille (si applicable)	
Date de naissance (jour/mois/année)	Âge	Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	Lieu de naissance (Pays)	(Si Canada, indiquer la province)
Adresse (Rue, App., R.R.)			Numéro de téléphone	
Ville		Province	Code Postal	

**Statut de fumeur** Durant les 12 derniers mois, avez-vous consommé toute forme de tabac, y compris de la marijuana ou du haschisch (à l'exception d'une moyenne d'un gros cigare par mois), des produits ou substituts de nicotine?  Oui  Non

Je demande à ce que la police à laquelle j'ai souscrit soit émise en:  Anglais  Français

### Section 4 Vérification d'identité

Pour la personne à assurer, choisir l'un des formulaires appropriés d'identification valide émis par le gouvernement pour vérifier l'identité de la personne responsable d'acquitter la prime. Pièce d'identité avec photo, par exemple, passeport, permis de conduire, carte d'assurance maladie provinciale (sauf au Manitoba, en Ontario et à l'Î.-P.-É.).

	Type de Document (Pièce d'identité avec Photo)	Document #	Lieu d'établissement	Date d'expiration (jour, mois, année)
<b>Personne à assurer</b>				

## Section 5 Renseignements sur la police – Le type et le montant de l'assurance à laquelle vous souscrivez.

5.1 Capital assuré  \$ (50 000 \$ jusqu'à un maximum de 250 000 \$)

5.2  assureRAPIDE **ou**  assureRAPIDE Plus\* – Si vous avez choisi assureRAPIDE Plus, choisissez l'une des deux options suivantes:

**Option 1** un paiement unique de **soit** 50 % du capital assuré lors d'un diagnostic d'une maladie grave **ou** 15 % du capital assuré en cas d'invalidité causée par une blessure accidentelle),

**ou**

**Option 2** (un seul paiement unique de **soit** 25 % du capital assuré lors du diagnostic d'une maladie grave **ou** 7,5 % du capital assuré en cas d'invalidité causée par une blessure accidentelle).

\* Une période d'exclusion existe à la garantie relative en cas de cancer. Aucune prestation ne sera versée si la personne à assurer présente des signes ou symptômes ou encore fait l'objet d'examen qui donnent lieu à l'émission d'un diagnostic de cancer, peu importe le moment où le diagnostic est émis, ou si le diagnostic de cancer est émis dans les 90 jours suivant la date d'établissement de la police. Référez-vous au spécimen comprenant le texte de la police pour les dispositions, limitations et exclusions complètes concernant les maladies graves et la garantie en cas d'invalidité accidentelle.

5.3  **Ajouter la Prestation Vie prolongée à assureRAPIDE ou à assureRAPIDE Plus** - après l'âge de 65 ans, la Prestation Vie prolongée prévoit un montant d'assurance vie réduit sans qu'aucune prime ne soit payable. Le capital assuré sera réduite pour représenter 25 % du capital assuré en vigueur à la date d'anniversaire de la police où la personne assurée atteint l'âge d'assurance de 65 ans.

Directives particulières

## Section 6 Bénéficiaire

Identifier la (les) personne(s) à (aux) laquelle vous désirez que la prestation décès soit versée. L'option prestation du vivant (si applicable) sera payée à la personne assurée.

### Succession à titre de bénéficiaire

- Si vous désignez votre "Succession" à titre de bénéficiaire, s'il vous plaît assurez-vous d'avoir un testament avec un exécuteur testamentaire dûment nommé puisque ce testament sera requis avant de procéder au traitement de toute réclamation en cas de décès. Si cela ne rencontre pas vos besoins, s'il vous plaît, désignez un bénéficiaire nommé.

### Bénéficiaires révocables/Irrévocables

- Dans toutes les provinces à l'exception du Québec, les bénéficiaires principaux sont révocables sauf indication contraire.
- Au Québec, si le conjoint marié ou uni civilement est nommé à titre de bénéficiaire, la désignation est irrévocable sauf indication contraire.
- **Un mineur ne devrait pas être désigné à titre de bénéficiaire irrévocable.** Un bénéficiaire irrévocable mineur ne peut consentir à une modification de désignation de bénéficiaire et ni un parent, ni le tuteur ne peut signer à cette fin au nom d'un enfant mineur.

### Mineurs

- À l'extérieur du Québec, vous devriez désigner un fiduciaire à qui verser les prestations pendant que le bénéficiaire est toujours mineur.
- Au Québec, les prestations seront versées aux parents ou au tuteur légal du bénéficiaire.

Nom légal (prénom, second prénom et nom de famille)	Lien de parenté avec la personne à assurer/titulaire	Date de naissance bénéficiaire mineur (jour/mois/année)	Nom du fiduciaire/administrateur	Pourcentage de la part (%)
	Succession			%
	Conjoint <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable			%
	Enfant			%
	Enfant			%
	Enfant			%
	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable			%
<b>Total</b>				<b>100 %</b>

**Section 7 Méthode de paiement** – la fréquence et la méthode de paiement des primes. Tous les paiements doivent être effectués en monnaie canadienne, à l'aide d'un chèque émis par une institution financière canadienne et libellé au nom de BMO Société d'assurance vie.

**7.1 Fréquence des paiements** – ne cochez qu'une seule option

- Annuellement par chèque
- Prélèvement automatique mensuel (PAM) (Complétez la Section 7.2)
- Prélèvement automatique mensuel (PAM) incluant le prélèvement de la prime initiale. Sur approbation de la présente proposition, BMO Assurance commencera à effectuer des prélèvements en débutant par la première prime exigible pour la présente police. (Complétez la Section 7.2)

Jour du prélèvement (choisir une journée entre la 1<sup>re</sup> et la 28<sup>ème</sup> journée du mois)

**7.2 Autorisation du prélèvement bancaire automatique mensuel (PAM)**

J'aimerais établir de la manière suivante mon autorisation au prélèvement bancaire automatique mensuel :

- Créer une nouvelle entente PAM utilisant soit:
  - L'information bancaire sur le compte indiqué sur le premier chèque fourni avec la présente proposition; ou
  - L'information bancaire du compte indiqué sur le spécimen de chèque joint; ou
  - sur un Débit préautorisé de l'institution financière. (un compte marge de crédit ne peut être utilisé)

Ajouter à l'entente PAM actuelle – Police d'assurance BMO #:

J'autorise BMO Société d'assurance vie (BMO Assurance) à commencer en tout temps à prélever chaque mois conformément à mes directives les primes mensuelles de l'assurance visée par la présente proposition.

1. Aux fins de la présente entente, je conviens que tous les prélèvements automatiques effectués à mon compte seront réputés avoir été présentés par moi.
2. **Je renonce au droit de recevoir un préavis de 10 jours concernant toute augmentation ou toute réduction du montant du prélèvement automatique ou tout changement de la date de prélèvement.**
3. La présentation autorisation peut être révoquée en tout temps moyennant réception par BMO Assurance d'un avis écrit de ma part.
4. Aucune révocation de la présente autorisation de prélèvement automatique n'influera de quelque façon que ce soit sur l'entente conclue entre BMO Assurance et moi relativement à toute garantie d'assurance à condition d'avoir versé les primes par une méthode de rechange acceptable.
5. Je certifie que toutes les personnes ont apposé leur signature ci-dessous, y compris toute signature nécessaire d'un titulaire conjoint du compte en question.
6. Si la demande de prélèvement automatique est retournée avec la mention "fonds insuffisants", je comprends et conviens que BMO Assurance est autorisée à présenter une nouvelle demande de prélèvement dans les dix (10) jours ouvrables suivants.
7. Je suis conscient d'avoir certains droits de recours si un prélèvement n'est pas effectué conformément à la présente entente. J'ai le droit d'être remboursé pour tout prélèvement non autorisé ou non-conforme à la présente entente de PAM. Je peux me procurer un formulaire de révocation type où de plus amples renseignements sur mes droits de révoquer la présente autorisation en communiquant avec BMO Assurance ou en visitant le site suivant : [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Date de signature

Signature(s) (toutes les personnes dont les signatures sont requises relativement à ce compte doivent signer)  
**X**

**7.3 Autorisations de carte de crédit – VEUILLEZ IMPRIMER – AUTORISATION DE CARTE DE CRÉDIT (POUR LE PREMIER PAIEMENT ANNUEL SEULEMENT)**

Nom(s) de la (des) personne(s) à assurer

Master Card

Visa

Numéro de la carte

Date d'expiration (mois/année)

J'autorise BMO Société d'assurance vie (BMO Assurance) dans l'éventualité où ma proposition d'assurance est approuvée par BMO Assurance, à débiter le compte ci-dessus d'un montant de  \$ en considération de la présente proposition d'assurance.

Sur réception de la présente, BMO Assurance demandera l'autorisation nécessaire auprès de l'émetteur de votre carte. Si l'autorisation en question est obtenue de l'émetteur, votre compte sera débité en conséquence. Le paiement à BMO Assurance par l'émetteur conformément à la présente constituera et représentera le "montant payé" et, par conséquent, est régi par les dispositions de votre proposition.

Date

Signature  
**X**

Nom du détenteur de la carte

(en caractère d'imprimerie – doit être la personne à assurer)

## Section 8 Représentations, Confirmations, Autorisations et Signatures

### Représentations, Confirmations et Signatures

Je, soussigné(e), consens à l'établissement d'une police basée sur la présente proposition d'assurance (la proposition) et confirme que la déclaration effectuée ci-dessous est complète et véridique. De plus, je:

1. Confirme que les énoncés et les réponses fournis dans la présente proposition et dans tout document qui, par entente, en fait partie, sont complets et véridiques et correctement consignés.
2. Consens à ce que les énoncés et réponses en question fassent partie intégrante de toute police, si établie. Je comprends que toute déclaration ou toute réponse fautive, incomplète ou trompeuse de ma part pourra entraîner la résiliation de toute police établie par BMO Société d'assurance vie (BMO Assurance).
3. Convies que la police proposée n'entrera en vigueur que si les conditions suivantes sont respectées:
  - a) la présente proposition est approuvée par BMO Assurance, sous réserve de toute modification;
  - b) la prime intégrale est acquittée à la remise de la police; et
  - c) les réponses et les déclarations dans la présente proposition demeurent complètes et véridiques au moment de l'approbation de la police.
4. Convies que l'approbation de toute police établie en fonction de la présente proposition constitue l'acceptation des dispositions de la présente police et la ratification de tout ajout, tout avenant ou toute modification.
5. Autorise tout professionnel de la santé, hôpital, établissement de santé ou de services sociaux public ou privé, ou autre établissement médical ou paramédical, toute compagnie d'assurance, tout conseiller ou courtier, toute institution financière, tout autre organisme, établissement ou toute personne détenant tout dossier ou des renseignements sur moi ou sur ma santé à fournir et à échanger avec BMO Assurance ou ses réassureurs, toute tels informations et dossiers.
6. Autorise BMO Assurance ou tout agent de renseignements personnels, tout bureau d'enquête indépendant ou tout organisme retenu par BMO Assurance, à obtenir des renseignements à mon égard à des fins de tarification et d'étude d'une demande de règlement. J'accuse réception de l'avis de confidentialité de BMO Assurance.
7. Autorise BMO Assurance à échanger les renseignements personnels obtenus dans le cadre de ma proposition d'assurance ou de toute demande de règlement en vertu de la police établie sur la base de cette proposition, avec les conseillers et les courtiers de BMO Assurance ou ses sociétés affiliées et ses réassureurs. J'autorise également BMO Assurance et ses réassureurs à ajouter ces renseignements personnels à d'autres dossiers que BMO Assurance et ses réassureurs possèdent actuellement à mon égard ou qu'ils pourraient éventuellement posséder. J'autorise également BMO Assurance et ses réassureurs à consulter tout dossier existant à mon égard, qu'il soit ouvert ou fermé, et qui est en leur possession.
8. Je consens à ce que BMO Assurance divulgue tout renseignement personnel recueilli à mon égard à ses réassureurs s'ils sont impliqués dans l'évaluation du risque ou l'évaluation des demandes de règlement et d'exiger que ce soit pour l'appréciation du risque et l'évaluation d'une demande de règlement.
9. Déclare que la personne ou le cabinet me conseillant relativement à l'achat du présent produit m'a fourni les documents de publicité écrits sur les compagnies qu'ils représentent actuellement, qu'ils ont reçu une rémunération (telles que des commissions) sur la vente de produits d'assurance vie et maladie, qu'ils pourraient recevoir une rémunération complémentaire sous forme de bonis, de congrès ou d'autres incitatifs, et sur tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.

**Une police d'assurance est basée sur la confiance. L'omission de divulguer des renseignements essentiels dans le cadre de la présente proposition peut entraîner la résiliation de la police.**

#### Langue de la police

Comprenez-vous la langue dans laquelle la présente proposition d'assurance est rédigée?  Oui  Non

**Dans la négative**, est-ce que tous les détails de la présente proposition vous ont été expliqués dans la langue de votre choix et ont-ils été compris?

Oui  Non

**Dans la négative**, veuillez s'il vous plaît ne pas soumettre la présente proposition.

**Dans l'affirmative**, veuillez s'il vous plaît décrire les démarches entreprises afin de s'assurer que vous compreniez les questions et les autorisations de la présente proposition d'assurance. La police d'assurance à laquelle vous souscrivez ne sera émise que dans une seule langue officielle du Canada (anglais ou français, tel que requis). Vous êtes responsable de prendre les mesures nécessaires afin de bien comprendre les modalités et conditions de la police.

Je, soussigné(e), confirme avoir lu et compris les présentes représentations, confirmations et autorisations.

**Signature** Signé à  ce  jour de , 20 .

Personne à assurer   (La personne à assurer est le titulaire de la police)

Témoïn Nom du témoin (si ce dernier n'est pas le conseiller)



**BMO Société d'assurance vie**

60, rue Yonge, Toronto, Ontario, Canada M5E 1H5

Tél 416-596-3900 • Télécopieur 416-596-4143 • Sans frais 1-877-742-5244

[www.bmoinsurance.com/conseiller](http://www.bmoinsurance.com/conseiller)

MD Marque de commerce déposée de la Banque de Montréal, utilisée sous licence.

## Section 9 Rapport du conseiller

### 9.1 Renseignements généraux

1. Lien de parenté avec la personne à assurer? S'il s'agit d'un parent:  Conjoint  Parent  Enfant/Personne à charge  Frère ou sœur  
 Autre
2. Qui a sollicité la présente proposition?  Conseiller  Personne à assurer
3. Avez-vous personnellement rencontré le proposant?  Oui  Non

### 9.2 Attestation du conseiller

Les réponses précédentes sont, au meilleur de ma connaissance, exactes. En signant la présente, je confirme être le conseiller réalisateur et détenir un permis en règle m'autorisant à remplir la présente proposition dans le territoire de compétence où la transaction s'est déroulée. Je confirme qu'au moment de la demande, j'ai rencontré la personne à assurer, et que j'ai vu l'original valide du document délivré par le gouvernement qu'a présenté la personne à assurer aux fins de confirmation d'identité. Je confirme également avoir déclaré à la personne à assurer et informé des éléments suivants:

- le nom des compagnies que je représente actuellement;
- que je reçois une rémunération (telles que des commissions) pour la vente de produits d'assurance vie et maladie;
- que je pourrais recevoir une rémunération complémentaire sous forme de bonis, congrès, ou d'autres incitatifs; ou
- de tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.

Nom du conseiller réalisateur (en caractères d'imprimerie)

Signature du conseiller réalisateur

Date (jour/mois/année)

### 9.3 Renseignements sur le conseiller

Nom complet (Conseiller de services)  
(caractères d'imprimerie)

No de Code  
du conseiller

Pourcentage %

Nom de l'AGP et

No code de l'AGP

Nom complet (Conseiller de services)  
(caractères d'imprimerie)

No de Code  
du conseiller

Pourcentage %

Nom de l'AGP et

No code de l'AGP



**BMO Société d'assurance vie**

**60, rue Yonge, Toronto, Ontario, Canada M5E 1H5**

**Tél 416-596-3900 • Télécopieur 416-596-4143 • Sans frais 1-877-742-5244**

**[www.bmoinsurance.com/conseiller](http://www.bmoinsurance.com/conseiller)**

<sup>MD</sup> Marque de commerce déposée de la Banque de Montréal, utilisée sous licence.

## Section 10 Renseignements juridiques S'il vous plaît, détacher et remettre aux personnes à assurer

### AVIS DE DIVULGATION

La transaction visée par la présente proposition est conclue entre le proposant et BMO Société d'assurance vie (BMO Assurance). Le conseiller qui a souscrit la présente proposition d'assurance est un courtier indépendant et la personne ou la société qui vous a conseillé sur la souscription du présent produit vous a remis des documents écrits vous renseignant sur : les compagnies qu'elle représente actuellement, le fait qu'elle recevra une rémunération (telles que des commissions) sur la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie, sur le fait qu'elle pourrait recevoir une rémunération complémentaire sous forme de bonis, de congrès ou d'autres incitatifs ou sur tout autre conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction. Le proposant n'est pas tenu de souscrire tout autre produit auprès de BMO Assurance pour être admissible à remplir la présente proposition.

### AVIS SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET SUR LA CONFIDENTIALITÉ de BMO Assurance

BMO Société d'assurance vie (BMO Assurance) a demandé des renseignements personnels dans votre proposition d'assurance. BMO Assurance utilisera ces renseignements et ceux de ses dossiers existants pour étudier votre admissibilité, traiter votre proposition, administrer toute police d'assurance éventuellement établie et étudier les demandes de règlement. En outre, BMO Assurance pourrait obtenir d'autres renseignements de tierces parties et les utiliser pour étudier les demandes de règlement. BMO Assurance conservera vos renseignements dans un dossier à ses bureaux et ne divulguera aucun renseignement conservé dans ledit dossier, sauf à ses employés, à ses représentants, à ses filiales, à ses gestionnaires ou à ses réassureurs qui doivent consulter le dossier à des fins de tarification et d'étude de demande de règlement. De temps à autre, BMO Assurance pourrait vous offrir des mises à jour de votre programme d'assurance ou d'autres produits et services. Vous pouvez communiquer par écrit avec notre responsable de la protection des renseignements personnels et l'aviser que vous ne désirez pas recevoir d'autres offres ou renseignements de notre part. Vous pouvez également demander par écrit, sous présentation d'une preuve justificative d'identité, d'examiner les renseignements personnels que nous possédons à votre égard et si vous doutez de leur exactitude, demander qu'une rectification y soit apportée. Vous pouvez faire parvenir votre demande à l'adresse suivante :

**Le responsable de la protection des renseignements personnels, BMO Société d'assurance vie**

**60, rue Yonge, Toronto, Ontario, Canada M5E 1H5**