



Proposition d'assurance vie et d'assurance contre la maladie grave

	Directives aux conseillers	A1
Section 1	Renseignements généraux	1
Section 2	Vérification de l'identité	2
Section 3	Renseignements sur la police	2
Section 4	Méthodes de paiement	3
Section 5	Renseignements sur le bénéficiaire	4
Section 6	Antécédents d'assurance	6
Section 7	Commentaires	6
Section 8	Renseignements personnels	7
Section 9	Renseignements médicaux	8
Section 10	Objet de l'assurance et source des fonds	10
Section 11	Renseignements financiers	10
Section 12	Avenant d'assurance temporaire pour les enfants et garantie d'exonération des primes du titulaire	11
Section 13	Représentations, confirmations, autorisations et signatures	12
Section 14	Rapport du conseiller	14
Section 15	Commentaires généraux	15
Section 16	Proposition d'assurance provisoire	16
Section 17	Certificat et récépissé d'assurance provisoire	17
Section 18	Renseignements juridiques	17

Directives importantes au conseiller

A) POUR ACCÉLÉRER L'ÉTABLISSEMENT

1. Répondez à TOUTES les questions sur la demande. Les questions auxquelles vous n'aurez pas répondu et les réponses incomplètes peuvent entraîner des modifications à la police ou un retard quant à l'établissement de l'assurance pour votre client.
2. **Vous ne devez utiliser le présent formulaire que si vous le remplissez en présence des personnes à assurer et du ou des titulaires de police.**
3. Consigner toutes les réponses en MAJUSCULES à l'encre noire ou bleue foncée.
4. DÉTACHER le feuillet des **Renseignements juridiques – Section 18** et le remettre aux personnes à assurer.
5. Une ILLUSTRATION doit accompagner toutes les propositions d'assurance vie universelle.
6. Si la garantie D'EXONÉRATION DES PRIMES DU TITULAIRE est demandée, remplir les sections pertinentes à la Section 12.
7. S'assurer que tous les CHANGEMENTS apportés à la proposition soient paraphés par la personne qui RÉPOND aux questions.
8. Si l'espace est insuffisant dans toute section, utiliser les sections COMMENTAIRES. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez annexer une feuille distincte portant la signature des personnes à assurer et la date courante.
9. Veuillez vous assurer que toutes les SIGNATURES appropriées ont été apposées.
10. Sauf pour les sections 17 et 18, vous NE DEVEZ PAS retirer d'autres sections du présent formulaire.

B) QUESTIONS MÉDICALES

Section 9 - Renseignements médicaux

Si la tarification exige au moins un examen paramédical, vous pouvez choisir de ne PAS remplir la Section 9. Ne pas retirer cette section.

Les exigences de tarification médicale figurent à toutes les illustrations créées à l'aide du logiciel d'illustration La Vague.

Vous trouverez les exigences de tarification médicale en consultant les Lignes directrices de tarification (formulaire 319F) dans le logiciel d'illustration La Vague et en accédant à la section du Soutien au conseiller de notre site Internet à l'adresse suivante : www.bmoassurance.com/soutienconseiller.

C) PRÉSENTER UNE PROPOSITION D'ASSURANCE PROVISOIRE

Section 16 et Section 17

TOUTES les conditions suivantes doivent être respectées avant que le **Certificat et récépissé d'assurance provisoire – Section 17** puisse être établi :

1. Les personnes à assurer doivent répondre à toutes les questions de la **Proposition d'assurance provisoire – Section 16**.
2. La **Proposition d'assurance provisoire – Section 16** dûment remplie doit accompagner la présente proposition.
3. Les personnes à assurer ne doivent PAS être âgées de plus de 65 ans.
4. La prime intégrale ou une partie de la prime tel qu'énoncé dans le **Certificat et récépissé d'assurance provisoire – Section 17** doit être versée (les chèques postdatés sont inadmissibles).

NE RECUEILLIR LA PRIME QUE SI TOUTES LES CONDITIONS PRÉCÉDENTES SONT RESPECTÉES ET SI LA RÉPONSE À TOUTES LES QUESTIONS DE LA Proposition d'assurance provisoire – Section 16 EST « NON ».

D) LOI SUR LE RECYCLAGE DES PRODUITS DE LA CRIMINALITÉ ET LE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS TERRORISTES

Si la demande vise l'assurance vie universelle, vous devez y joindre les formulaires suivants :

NOM DU FORMULAIRE	NUMÉRO DU FORMULAIRE	EXIGENCES
Identification du titulaire de la police – Recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes	576F	Doit être soumis avec toutes les demandes d'assurance vie universelle.
Questionnaire pour les étrangers politiquement vulnérables (EPV)	420F	Doit être soumis avec toutes les demandes d'assurance vie universelle si un dépôt de 100 000 \$ ou plus sera fait ou a été illustré.

Sachez que ces formulaires ont une incidence sur le processus de souscription; ainsi, un retard dans la soumission des formulaires requis avec la demande peut retarder l'établissement de l'assurance pour votre client.

Le logiciel d'illustration La Vague de BMO Assurance imprimera automatiquement le ou les formulaires pertinents avec chaque illustration concernant une assurance vie universelle.

Section 1 – Renseignements généraux

Proposition n° _____

**** Cette proposition est pour **** Une nouvelle police Le remplacement d'une police de BMO Assurance no _____
 Un ajout à la couverture d'une police de BMO Assurance no _____

Section 1.1 – Personne à assurer

Nom légal (prénom, second prénom et nom de famille)			Nom de jeune fille (si cela s'applique)		
Quelle est la citoyenneté de la personne à assurer ? <input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent (préciser la date d'entrée au Canada (jj/mmm/aaaa)) <input type="checkbox"/> Autre (préciser)					
Date de naissance (jj/mmm/aaaa) / /		Âge	Lieu de naissance (province/pays)		Êtes-vous résident du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Homme <input type="checkbox"/>	Je demande que la police soit établie en		Catégorie	Numéro d'assurance sociale	
Femme <input type="checkbox"/>	Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/>		Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/>	- -	
Adresse (rue, app., RR)				Nombre d'années	Numéro de téléphone (résidence) : ()
Ville		Prov.	Code postal		Numéro de téléphone où vous joindre de préférence ()
Emploi/tâches					Nombre d'années chez l'employeur actuel
Nom de l'employeur					Type d'entreprise
Adresse (rue, app., RR)					
Ville		Prov.	Code postal		

Section 1.2 – Autre personne à assurer (Ne remplir la présente section que si le titulaire n'est pas la personne à assurer.)

Nom légal (prénom, second prénom et nom de famille)					
Nom de jeune fille (si cela s'applique)				Lien de parenté avec la personne à assurer	
Quelle est la citoyenneté de la personne à assurer ? <input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent (préciser la date d'entrée au Canada (jj/mmm/aaaa)) <input type="checkbox"/> Autre (préciser)					
Date de naissance (jj/mmm/aaaa) / /		Âge	Lieu de naissance (province/pays)		Êtes-vous résident du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Homme <input type="checkbox"/>	Je demande que la police soit établie en		Catégorie	Numéro d'assurance sociale	
Femme <input type="checkbox"/>	Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/>		Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/>	- -	
Adresse (rue, app., RR)				Nombre d'années	Numéro de téléphone (résidence) : ()
Ville		Prov.	Code postal		Numéro de téléphone où vous joindre de préférence ()
Emploi/tâches					Nombre d'années chez l'employeur actuel
Nom de l'employeur					Type d'entreprise
Adresse (rue, app., RR)					
Ville		Prov.	Code postal		

Section 1.3 - Titulaire (Ne remplir la présente section que si le titulaire n'est pas la personne à assurer.)

- Si le titulaire est une entreprise, veuillez indiquer la raison sociale de l'entreprise et le nom de la personne-ressource à qui adresser la correspondance.
- Dans le cas d'un propriétaire unique, le titulaire sera la personne responsable d'exploiter l'entreprise.
- Si plusieurs personnes seront titulaires de la présente police, la police sera établie sur la base de la propriété conjointe avec un droit de survie, sauf au Québec.

Nom légal (prénom, second prénom et nom de famille)					
Nom de jeune fille (si cela s'applique)				Lien de parenté avec la personne à assurer	
Date de naissance (jj/mmm/aaaa) / /					
Date de naissance (jj/mmm/aaaa) / /		Âge	Lieu de naissance (province/pays)		Êtes-vous résident du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Homme <input type="checkbox"/>	Je demande que la police soit établie en		Catégorie	Numéro d'assurance sociale	
Femme <input type="checkbox"/>	Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/>		Fumeur <input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/>	- -	
Adresse (rue, app., RR)				Nombre d'années	Numéro de téléphone (résidence) : ()
Ville		Prov.	Code postal		Numéro de téléphone où vous joindre de préférence ()
Emploi/tâches					Nombre d'années chez l'employeur actuel
Nom de l'employeur					Type d'entreprise
Adresse (rue, app., RR)					
Ville		Prov.	Code postal		

Section 2 - Vérification de l'identité de la personne à assurer

Remplir pour toutes les propositions sauf pour les propositions d'assurance vie universelle. Dans le cas des propositions d'assurance vie universelle, remplir le formulaire d'identification du propriétaire de la police - Recyclage des produits de la criminalité et financement des activités terroristes (576F).

Pour CHAQUE personne assurée, choisir l'un (1) des formulaires appropriés d'identification valides émis par le gouvernement pour vérifier l'identité de la personne responsable d'acquitter la prime. Pièce d'identité avec photo – par ex., passeport, permis de conduire, carte d'assurance maladie provinciale (sauf au Manitoba, en Ontario et à l'Î.-P.-É.)

Personne à assurer	Type de document (pièce d'identité avec photo)	N° du document	Lieu de délivrance	Date d'expiration (jj/mmm/aaaa)
Titulaire (s'il est différent de la personne à assurer)	Type de document (pièce d'identité avec photo)	N° du document	Lieu de délivrance	Date d'expiration (jj/mmm/aaaa)
Autre personne à assurer	Type de document (pièce d'identité avec photo)	N° du document	Lieu de délivrance	Date d'expiration (jj/mmm/aaaa)

Section 3 – Renseignements sur la police d'assurance

Cocher l'une des cases : Illustration annexée Aucune illustration préparée (Vous devez présenter une illustration avec toutes les propositions d'assurance vie universelle.)

Veillez choisir une date d'entrée en vigueur de la police Date pour conserver l'âge : Personne à assurer Autre personne à assurer
 Date du jour

Section 3.1 – Options d'assurance vie unique

Remplir la présente section si vous désirez une (1) police d'assurance individuelle ou deux (2) polices d'assurance individuelles.

Type de produit	Personne à assurer		Autre personne à assurer	
	Nom de la police	Capital assuré	Nom de la police	Capital assuré
<input type="checkbox"/> Assurance vie universelle				
<input type="checkbox"/> Assurance vie temporaire				
<input type="checkbox"/> Assurance vie entière classique				
<input type="checkbox"/> Assurance contre la maladie grave				

Section 3.2 – Options de polices conjointes/multi-garanties

Remplir la présente section si vous désirez une police d'assurance établie au nom de deux personnes ou plus et qui prévoit le versement des prestations, tel que stipulé à la section 5, Renseignements sur le bénéficiaire.

Type de produit	Nom de la police	Type d'assurance	Capital assuré
<input type="checkbox"/> Assurance vie universelle		<input type="checkbox"/> Conjointe premier décès <input type="checkbox"/> Conjointe dernier décès <input type="checkbox"/> Multi-garanties	
<input type="checkbox"/> Assurance vie temporaire		Conjointe premier décès	
<input type="checkbox"/> Temporaire Pure à 100 ans		<input type="checkbox"/> Conjointe premier décès <input type="checkbox"/> Conjointe dernier décès	

Section 3.3 – Garanties/avenants supplémentaires

Avenant	Personne à assurer	Capital assuré	Autre personne à assurer	Capital assuré
Garantie d'exonération des primes	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Avenant de Temporaire	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Garantie d'assurance en cas de décès accidentel	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Avenant d'assurance temporaire pour les enfants	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Avenant d'assurance contre la maladie grave	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
Autre, préciser :				

Section 3.4 – Demande de police optionnelle

<input type="checkbox"/> Personne à assurer	<input type="checkbox"/> Illustration(s) requise(s) annexée(s)
<input type="checkbox"/> Autre personne à assurer	<input type="checkbox"/> Illustration(s) requise(s) annexée(s)

Section 4 - Méthodes de paiement

Section 4.1 - Fréquence 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.

Mode de paiement (ne cocher qu'une seule option) :

- Annuellement par chèque \$
- Semestriellement par chèque \$
- Prélèvement automatique mensuel \$
- Prélèvement automatique mensuel y compris le prélèvement de la première prime** \$

- Si cette option est retenue, la convention d'assurance provisoire ne s'applique pas.
- Dès que l'approbation et tous les documents requis pour le règlement de la présente proposition auront été reçus, BMO Assurance commencera à effectuer des prélèvements en commençant par la première prime pour la présente police, et ensuite pour toutes les primes exigibles en raison du choix d'une date d'entrée en vigueur particulière à la Section 3.

Renseignements sur le prélèvement automatique mensuel

Jour du prélèvement (choisir une journée entre la 1^{re} et la 28^e journée du mois)

Veillez noter que dans tous les cas de polices d'assurance vie universelle, la date d'émission doit être la même que la date du prélèvement. Si nous ne pouvons effectuer de prélèvements le jour que vous avez choisi, nous vous aviserons en conséquence.

Section 4.2 - Autorisation de prélèvement bancaire automatique mensuel (P.A.M.)

J'aimerais établir ma convention de prélèvements automatiques de la manière suivante :

- Créer une nouvelle convention de prélèvements automatiques au moyen :
- des renseignements du compte qui figurent sur le premier chèque fourni avec cette demande; ou
 - des renseignements du compte qui figurent sur le spécimen de chèque ci-joint ou sur un Débit préautorisé de l'institution financière (un compte de marge de crédit ne peut être utilisé).
- Ajouter à une convention de prélèvements automatiques existante – No de la police de BMO Assurance :

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 présente 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 moi et BMO Assurance relativement à toute protection d'assurance à condition d'avoir versé les primes par une méthode de rechange acceptable.
5. Je certifie que toutes les personnes devant apposer leur signature pour ce compte ont apposé leur signature ci-dessous, y compris toute signature nécessaire d'un titulaire conjoint du compte en question.
6. Si un prélèvement automatique est retourné 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 avec la présente entente de P.A.M. Je peux me procurer un formulaire de révocation type ou 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.

Date de signature

Signature(s) (dans le cas d'un compte conjoint, tous les déposants doivent signer)

X

X

Section 4.3 - Autorisation de carte de crédit

ÉCRIRE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE - AUTORISATION DE CARTE DE CRÉDIT (PREMIÈRE PRIME ANNUELLE SEULEMENT, JUSQU'À CONCURRENCE DE 50 000 \$)

Noms des personnes à assurer

Master Card Numéro de la carte

Date d'expiration (mm/aaaa)

Visa

J'autorise BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance) à porter au compte ci-dessus, le montant de

\$ en considération d'une proposition d'assurance.

À la 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 (caractères d'imprimerie)

Section 5 – Renseignements sur le bénéficiaire

Si vous présentez une proposition d'assurance vie

- Remplir les sections 5.1, 5.2 et 5.3 (au besoin).

Si vous présentez une proposition d'assurance contre la maladie grave

- Toutes les prestations d'assurance contre la maladie grave prévues par la police de base sont versées au titulaire de la police, sauf si un bénéficiaire a été désigné ou si une directive de paiement a été remplie.
- Dans le cas des propositions signées et des polices établies dans l'une des provinces suivantes : Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba ou Québec, les bénéficiaires peuvent être désignés à la section 5.1.
- Dans le cas des propositions signées et des polices d'assurance contre la maladie grave établies dans toute autre province ou tout autre territoire du Canada, la formule directives de paiement pour les polices d'assurance contre les maladies graves (630F) peut être remplie.
- Toutes les prestations d'assurance contre la maladie grave prévues par l'avenant de remboursement des primes à la résiliation sont versées au titulaire de la police, sauf si un bénéficiaire a été désigné ou si une directive de paiement a été remplie.
- Toutes les prestations d'assurance contre la maladie grave prévues par l'avenant de remboursement des primes au décès sont versées au titulaire de la police, ou à la succession de celui-ci, sauf si un bénéficiaire a été désigné ou si une directive de paiement a été remplie.
- Dans le cas des propositions signées et des polices établies dans l'une des provinces suivantes : Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba ou Québec, les bénéficiaires de l'avenant de remboursement des primes au décès ou de l'avenant de remboursement des primes à la résiliation peuvent être désignés à la section 5.3.
- Dans le cas des propositions signées et des polices d'assurance contre la maladie grave établies dans toute autre province ou tout autre territoire du Canada, la section D de la formule directives de paiement pour les polices d'assurance contre les maladies graves (630F) peut être remplie pour le remboursement des primes au décès et la section C peut être remplie pour le remboursement des primes à la résiliation.

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Bénéficiaires principaux/subsidiaires

- Le bénéficiaire est le Bénéficiaire principal tel qu'indiqué dans le tableau ci-dessous.
- Le Bénéficiaire subsidiaire (Bénéficiaire subrogé au Québec) devient le bénéficiaire si tous les Bénéficiaires principaux désignés sont décédés avant la personne à assurer, ou s'ils sont devenus inadmissibles.
- Le Bénéficiaire subsidiaire (Bénéficiaire subrogé au Québec) est toujours révocable.

Bénéficiaires irrévocables/révocables

- Sauf indication contraire, le Bénéficiaire principal est révocable dans toutes les provinces, sauf au Québec.
- Au Québec, si le conjoint marié ou uni civilement est désigné à titre de bénéficiaire, la désignation est irrévocable, sauf indication contraire.
- Vous ne devriez pas désigner un mineur à titre de bénéficiaire irrévocable.
- Un bénéficiaire irrévocable mineur ne peut consentir à une modification de désignation de bénéficiaire et ni les parents, ni le tuteur ne peuvent 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 sont versées aux tuteurs, sauf si vous avez désigné un administrateur ou établi une fiducie en bonne et due forme.

La somme des pourcentages à verser aux bénéficiaires doit toujours correspondre à 100 %.

Section 5.1 – Personne à assurer

		Nom légal (prénom, second prénom et nom de famille)	Lien de parenté avec la personne à assurer (au Québec, lien de parenté avec le titulaire)	Date de naissance du bénéficiaire mineur (jj/mmm/aaaa)	Nom du fiduciaire/ administrateur	Pourcentage de la part (%)
Bénéficiaire Principal	<input type="checkbox"/> Révocable					
	<input type="checkbox"/> Irrévocable					
Bénéficiaire Subsidiaire (subrogé au Québec)	<input type="checkbox"/> Révocable					
	<input type="checkbox"/> Irrévocable					
Bénéficiaire Principal pour l'option de prestation de décès spéciale de l'assurance conjointe dernier décès, s'il est différent de la désignation ci-dessus	<input type="checkbox"/> Révocable					
	<input type="checkbox"/> Irrévocable					
Bénéficiaire Subsidiaire (subrogé au Québec) pour l'option de prestation de décès spéciale de l'assurance conjointe dernier décès, s'il est différent de la désignation ci-dessus	<input type="checkbox"/> Révocable					
	<input type="checkbox"/> Irrévocable					

Section 5 – Renseignements sur le bénéficiaire (suite)

Section 5.2 – Autre personne à assurer

		Nom légal (prénom, second prénom et nom de famille)	Lien de parenté avec la personne à assurer (au Québec, lien de parenté avec le titulaire)	Date de naissance du bénéficiaire mineur (jj/mmm/aaaa)	Nom du fiduciaire/ administrateur	Pourcentage de la part (%)
Bénéficiaire Principal	<input type="checkbox"/> Révocable					
	<input type="checkbox"/> Irrévocable					
Bénéficiaire Principal	<input type="checkbox"/> Révocable					
	<input type="checkbox"/> Irrévocable					
Bénéficiaire Subsidiaire (subrogé au Québec)	<input type="checkbox"/> Révocable					
	<input type="checkbox"/> Irrévocable					
Bénéficiaire Subsidiaire (subrogé au Québec)	<input type="checkbox"/> Révocable					
	<input type="checkbox"/> Irrévocable					
Bénéficiaire Principal pour l'option de prestation de décès spéciale de l'assurance conjointe dernier décès, s'il est différent de la désignation ci-dessus	<input type="checkbox"/> Révocable					
	<input type="checkbox"/> Irrévocable					
Bénéficiaire Principal pour l'option de prestation de décès spéciale de l'assurance conjointe dernier décès, s'il est différent de la désignation ci-dessus	<input type="checkbox"/> Révocable					
	<input type="checkbox"/> Irrévocable					
Bénéficiaire Subsidiaire (subrogé au Québec) pour l'option de prestation de décès spéciale de l'assurance conjointe dernier décès, s'il est différent de la désignation ci-dessus	<input type="checkbox"/> Révocable					
	<input type="checkbox"/> Irrévocable					
Bénéficiaire Subsidiaire (subrogé au Québec) pour l'option de prestation de décès spéciale de l'assurance conjointe dernier décès, s'il est différent de la désignation ci-dessus	<input type="checkbox"/> Révocable					
	<input type="checkbox"/> Irrévocable					

Section 5.3 – Garanties et avenants facultatifs

Les bénéficiaires pour tout avenant sont ceux désignés ci-dessus, sauf indication contraire au tableau ci-dessous.

	Nom légal (prénom, second prénom et nom de famille)	Lien de parenté avec la personne à assurer (au Québec, lien de parenté avec le titulaire)	Pourcentage de la part (%)
Avenants d'assurance temporaire			
Garantie d'assurance en cas de décès accidentel			
Avenant d'assurance temporaire pour les enfants			
Avenant de remboursement des primes de l'assurance contre la maladie grave à la résiliation			
Avenant de remboursement des primes de l'assurance contre la maladie grave au moment du décès			
Autre, préciser			

Section 9 - Renseignements médicaux

Section 9.1 - Médecin

Si la tarification exige au moins un examen paramédical, vous pouvez choisir de ne PAS remplir la présente section.

Si vous avez besoin de plus d'espace, utiliser la section Commentaires à la page 7.

1. Nom du médecin personnel et de tout spécialiste consulté ou auquel vous avez été référé
2. Adresse du médecin
3. Numéro de téléphone du médecin
4. Date de la dernière consultation (jj/mmm/aaaa)
5. Raison de la dernière consultation
6. Traitement ou médicaments prescrits
7. Résultats

Personne à assurer

Autre personne à assurer

Section 9.2 - Taille et poids

1. Taille
2. Poids
 - a) Dans la dernière année
 - b) Raison du changement
 - c) Combien de poids gagné ou perdu

Personne à assurer

<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> pi/po	
<input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> lb	
<input type="checkbox"/> Même	<input type="checkbox"/> Gain	<input type="checkbox"/> Perte

Autre personne à assurer

<input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> pi/po	
<input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> lb	
<input type="checkbox"/> Même	<input type="checkbox"/> Gain	<input type="checkbox"/> Perte

3. Si la personne assurée est âgée de moins de 6 mois, indiquer le poids à la naissance kg lb

--

Section 9.3 - Antécédents médicaux

Si la tarification exige au moins un examen paramédical, vous pouvez choisir de ne PAS remplir la présente section.

Si vous avez besoin de plus d'espace, annexer une feuille distincte signée et datée par la personne à assurer.

Encercler la maladie ou l'affection pertinente le cas échéant.

Veillez fournir des précisions pour toutes les questions auxquelles vous avez répondu « Oui » dans l'espace prévu à cette fin à la page 9.

1. Êtes-vous actuellement suivi par un médecin, vous a-t-on prescrit, actuellement ou antérieurement, une forme ou une autre de médicaments, de traitement ou de thérapie ou vous a-t-on déjà conseillé de subir des tests ou des examens, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués ?
2. Avez-vous déjà été traité, reçu des conseils, présenté des symptômes ou été diagnostiqué pour l'une ou l'autre des maladies ou affections suivantes.
 - a) Taux de cholestérol élevé, hypertension, douleur à la poitrine, souffle au coeur, palpitations, rhumatisme articulaire aigu, phlébite, varices ou autre trouble du coeur et des vaisseaux sanguins, ECG anormal, angine, maladie cérébro-vasculaire, pontage de l'artère coronaire, crise ischémique transitoire (CIT), accident vasculaire cérébral, acrosyndrome, toute intervention cardiaque, crise cardiaque ?
 - b) Épilepsie, évanouissements, étourdissements, convulsions, nevrite optique, engourdissements, picotements, perte d'équilibre, faiblesse des extrémités, troubles de la vue ou perte de sensation, maladies du motoneurone, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, paralysie, infirmité motrice cérébrale, syndrome de Down ou toute autre affection neurologique ?
 - c) Syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), séropositif pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou toute autre anomalie du système immunitaire ?
 - d) Maladie rénale chronique, diabète, cancer, tumeur ou autre croissance ?
 - e) Arthrite, névrite, sciatalgie, fibromyalgie, lupus ou autre trouble du dos, des muscles, des os ou des articulations ?
 - f) Anémie, goutte, ganglions lymphatiques, allergies, troubles de la peau ou de la thyroïde, saignements anormaux ou autres troubles endocriniens ?
 - g) Ulcères, hernies, colite, calculs biliaires, ictère, hépatite (y compris en tant que porteur de l'hépatite), maladie de Crohn ou autres troubles de l'estomac, du foie, du pancréas ou des intestins ?
 - h) Reins, vessie et organes génitaux, notamment du sucre, du sang, du pus ou des protéines dans l'urine, calculs rénaux, prostate, maladies vénériennes ou troubles de reproduction ? Toute forme de maladie ou de trouble des seins - notamment les bosses, les kystes ou autres changements de nature physique, les clichés mammaires ou les biopsies anormaux ?
 - i) Asthme, bronchites, emphysème, pleurésie, pneumonie, tuberculose, apnée du sommeil, essoufflement, toux chronique ou autres troubles du nez, de la gorge ou des poumons ?
 - j) Angoisse, stress, « épuisement professionnel », dépression, fatigue, fatigue chronique, idées suicidaires ou troubles émotifs, mentaux, nerveux ou du comportement ?
 - k) Yeux, oreilles ou gorge, y compris perte de la parole ?
3. Avez-vous déjà subi ou vous a-t-on déjà conseillé de subir un tomodensitogramme, y compris une tomodensitométrie cardiaque (scoring du calcium), un test d'imagerie par résonance magnétique ou tout autre test que les précédents ?

	Personne à assurer		Autre personne à assurer	
	Oui	Non	Oui	Non
1. Êtes-vous actuellement suivi par un médecin, vous a-t-on prescrit, actuellement ou antérieurement, une forme ou une autre de médicaments, de traitement ou de thérapie ou vous a-t-on déjà conseillé de subir des tests ou des examens, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà été traité, reçu des conseils, présenté des symptômes ou été diagnostiqué pour l'une ou l'autre des maladies ou affections suivantes.				
a) Taux de cholestérol élevé, hypertension, douleur à la poitrine, souffle au coeur, palpitations, rhumatisme articulaire aigu, phlébite, varices ou autre trouble du coeur et des vaisseaux sanguins, ECG anormal, angine, maladie cérébro-vasculaire, pontage de l'artère coronaire, crise ischémique transitoire (CIT), accident vasculaire cérébral, acrosyndrome, toute intervention cardiaque, crise cardiaque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Épilepsie, évanouissements, étourdissements, convulsions, nevrite optique, engourdissements, picotements, perte d'équilibre, faiblesse des extrémités, troubles de la vue ou perte de sensation, maladies du motoneurone, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, paralysie, infirmité motrice cérébrale, syndrome de Down ou toute autre affection neurologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), séropositif pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou toute autre anomalie du système immunitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Maladie rénale chronique, diabète, cancer, tumeur ou autre croissance ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Arthrite, névrite, sciatalgie, fibromyalgie, lupus ou autre trouble du dos, des muscles, des os ou des articulations ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Anémie, goutte, ganglions lymphatiques, allergies, troubles de la peau ou de la thyroïde, saignements anormaux ou autres troubles endocriniens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Ulcères, hernies, colite, calculs biliaires, ictère, hépatite (y compris en tant que porteur de l'hépatite), maladie de Crohn ou autres troubles de l'estomac, du foie, du pancréas ou des intestins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Reins, vessie et organes génitaux, notamment du sucre, du sang, du pus ou des protéines dans l'urine, calculs rénaux, prostate, maladies vénériennes ou troubles de reproduction ? Toute forme de maladie ou de trouble des seins - notamment les bosses, les kystes ou autres changements de nature physique, les clichés mammaires ou les biopsies anormaux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Asthme, bronchites, emphysème, pleurésie, pneumonie, tuberculose, apnée du sommeil, essoufflement, toux chronique ou autres troubles du nez, de la gorge ou des poumons ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Angoisse, stress, « épuisement professionnel », dépression, fatigue, fatigue chronique, idées suicidaires ou troubles émotifs, mentaux, nerveux ou du comportement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Yeux, oreilles ou gorge, y compris perte de la parole ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà subi ou vous a-t-on déjà conseillé de subir un tomodensitogramme, y compris une tomodensitométrie cardiaque (scoring du calcium), un test d'imagerie par résonance magnétique ou tout autre test que les précédents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Section 9.3 - Antécédents médicaux (Suite)

Si la tarification exige au moins un examen paramédical, vous pouvez choisir de ne PAS remplir la présente section.

Si vous avez besoin de plus d'espace, annexer une feuille distincte signée et datée par la personne à assurer.

Encercler la maladie ou l'affection pertinente le cas échéant.

Veillez fournir des précisions pour toutes les questions auxquelles vous avez répondu « Oui » dans l'espace prévu à cette fin ci-dessous.

- | | Personne à assurer | | Autre personne à assurer | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| 4. a) Avez-vous présenté des symptômes ou été traité pour toute condition médicale pour laquelle vous avez été hospitalisé (sauf pour un accouchement normal) au cours des 2 dernières années ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Vous êtes-vous absenté du travail pendant plus de 7 jours dans les 6 derniers mois en raison d'une maladie ou d'une blessure ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | | | | |
| c) Vous êtes-vous absenté du travail pendant plus de 2 semaines en raison d'une invalidité dans les deux (2) dernières années ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | | | | |
| 5. Consommez-vous de l'alcool ? (Dans l'affirmative, préciser le type et la fréquence.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | | | | |
| 6. Avez-vous été traité ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement ou de consulter un médecin en raison de consommation de drogue ou d'alcool ? (Dans l'affirmative, remplir le questionnaire approprié sur l'usage de drogue ou la consommation d'alcool.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Avez-vous consommé des drogues qui créent une dépendance (y compris sans s'y limiter de la marijuana, du LSD, de la cocaïne, des barbituriques, du haschish, des stimulants, des hallucinogènes ou autres stupéfiants) sauf sur ordonnance d'un médecin ? (Dans l'affirmative, remplir le questionnaire sur l'usage de drogue.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Outre les questions auxquelles vous avez répondu par l'affirmative, au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous : | | | | |
| a) Consulté un médecin, un chiropraticien, un thérapeute ou un travailleur de la santé ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Été admis dans un hôpital, une clinique ou tout autre établissement médical ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Été hospitalisé ou subi une intervention chirurgicale, des tests ou des examens ou vous a-t-on conseillé de le faire et vous n'y avez pas donné suite ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Subi un électrocardiogramme, des radiographies, des tests sanguins ou d'autres tests de diagnostic ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Souffert de maladies ou de troubles physiques ou mentaux qui n'apparaissent pas dans les questions précédentes ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Présenté des symptômes ou des plaintes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou été traité ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Préciser les ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX pour les questions (1 à 8) auxquelles vous avez répondu « Oui ». | | | | |

Question n°	Nom de la personne assurer	Nom du médecin si différent du nom indiqué à la section 9.1	Détails (y compris les dates pertinentes, les traitements, les symptômes, les recommandations et les résultats)

Section 9.4 - Antécédents familiaux

Si la tarification exige au moins un examen paramédical, vous pouvez choisir de ne PAS remplir la présente section.

1. Vos parents, vos frères et vos sœurs ont-ils déjà souffert du cancer, d'hypertension, de maladie du cœur ou des reins, de maladie polykystique des reins, de diabète, de troubles mentaux ou nerveux (y compris la maladie d'Alzheimer), d'un accident vasculaire cérébral, de sclérose en plaques, de maladies du motoneurone, de sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), de maladie de Parkinson ou de toute autre affection héréditaire ?
2. Préciser les **ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX** pour tous vos parents, vos frères et vos sœurs dans l'espace prévu ci-dessous. Si le diagnostic ou la cause du décès était un cancer ou une cause connexe, préciser le ou les types de cancer le cas échéant.)

Personne à assurer	Autre personne à assurer	Lien de parenté avec la personne à assurer	Maladie ou trouble, le cas échéant	Âge si vivant	Âge au début de la maladie	Cause du décès	Âge au décès
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Section 10 - Objet de l'assurance et source des fonds

Section 10.1 - Objet de l'assurance - À remplir obligatoirement dans toutes les demandes.

1. But de l'assurance : Personnel Personne clé Achat-vente
 Rachat d'actions Autre
2. Existe-t-il une entente en vigueur ou prévue en vertu de laquelle une personne autre que la personne à assurer ou le titulaire désigné aux sections 1.1, 1.2 ou 1.3 obtiendrait un intérêt légal dans toute police établie en vertu de la présente proposition d'assurance ?
 Oui Non Si oui, veuillez préciser.

Section 10.2 - Source des fonds - À remplir obligatoirement dans toutes les demandes. (Sélectionner toutes les réponses pertinentes)

1. Source des fonds
- Revenu d'un travail autonome Revenu d'emploi Revenu de retraite/pension Subventions/bourses d'études
 Indemnités d'assurance Revenu d'entreprise Revenu de placement/d'épargne Vente d'actifs
 Fiducie/héritage Cadeau Prêt Gains à la loterie
 Gains d'un procès ou d'un recours judiciaire Autre

Section 11 - Renseignements financiers

Section 11.1 - À remplir obligatoirement dans toutes les demandes.

	Personne à assurer	Autre personne à assurer	Titulaire (ne remplir que si le titulaire n'est pas la personne à assurer)
1. Actif total	\$	\$	\$
2. Passif total	\$	\$	\$
3. Avoir net	\$	\$	\$
4. Revenu annuel gagné	\$	\$	\$
5. Autres revenus Fournir la source des produits perçus d'avance	\$	\$	\$
6. Si vous n'exercez pas un emploi rémunéré, quel est le montant du revenu familial brut ?	\$	\$	\$
7. Si vous n'exercez pas un emploi rémunéré, quel montant de capital assuré en vigueur votre conjoint qui travaille détient-il ?	\$	\$	\$

Section 11.2 - Pour l'assurance commerciale, remplir le tableau apparaissant ci-dessous.

1. Raison sociale légale au complet (y compris les mots Compagnie, Limitée, Inc., etc.)
2. Numéro d'entreprise
3. Type d'entreprise Incorporation Société de personnes Entreprise à propriétaire unique
4. Nature de l'entreprise
5. Juste valeur marchande \$
6. Bénéfice net après impôts Dernière année \$ Année précédente \$
7. Pourcentage des parts détenues dans l'entreprise %
8. Détails de l'assurance commerciale détenue sur les autres associés de l'entreprise
9. De quelle façon a-t-on déterminé le montant du capital assuré ?

Section 11.3 - La présente section doit être remplie si la personne à assurer est âgée de moins de 16 ans.

1. La personne à assurer est-elle un enfant âgé de moins de 16 ans ? Oui Non

(Dans l'affirmative, préciser le capital d'assurance vie ou d'assurance contre la maladie grave en vigueur pour les parents et les autres frères et sœurs.)

Section 12 - Avenant d'assurance temporaire pour les enfants et garantie d'exonération des primes du titulaire

Avenant d'assurance temporaire pour les enfants * Garantie d'exonération des primes du titulaire

* La présente section doit être remplie pour tous les enfants âgés de 15 jours à 17 ans inclusivement qui seront couverts par l'assurance temporaire. Le bénéficiaire de la présente garantie est le titulaire, sauf indication contraire.

Remplir une Section 12 distincte si vous demandez l'avenant d'assurance temporaire pour les enfants et la garantie d'exonération des primes du titulaire.

Personne à assurer

Prénom et nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer	Date de naissance (jj/mmm/aaaa)	Taille	Poids
			cm <input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/>	kg <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/>
			cm <input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/>	kg <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/>
			cm <input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/>	kg <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/>
			cm <input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/>	kg <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/>

1. Au cours des cinq dernières années, l'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées a-t-elle :
- a) consulté un médecin pour quelque raison que ce soit; subi un électrocardiogramme ou tout autre test de diagnostic; été admise à une clinique, à un hôpital ou à un établissement médical pour observation ou traitement ? Oui Non
- b) été conseillée de subir un test de diagnostic, une intervention chirurgicale ou une hospitalisation qui n'ont pas encore été effectués ? Oui Non
2. L'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées a-t-elle déjà présenté des symptômes ou souffert de l'une ou l'autre des maladies ou des affections suivantes :
- a) cancer, accident vasculaire cérébral, crise cardiaque ou maladie du cœur ? Oui Non
- b) diabète, troubles des glandes ou de la glande thyroïde, adénopathie, épilepsie, troubles mentaux, nerveux ou neurologiques ? Oui Non
- c) douleurs à la poitrine, angine, hypertension, souffle au cœur ou autres troubles des systèmes circulatoires ou sanguins ? Oui Non
- d) troubles des reins, du système urinaire ou des organes reproductifs ou toute maladie transmise sexuellement ? Oui Non
- e) troubles hépatiques ou gastro-intestinaux, hépatite ou porteur de l'hépatite ? Oui Non
- f) asthme, emphysème ou autre trouble respiratoire ? Oui Non
- g) perte de la vue, amputation, difformité, arthrite ou autre trouble musculo-squelettique ? Oui Non
3. L'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées a-t-elle déjà contracté ou reçu un diagnostic de l'une ou l'autre des affections suivantes : syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), séropositivité pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou toute autre anomalie du système immunitaire ? Oui Non
4. L'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées prend-elle actuellement des médicaments ? Oui Non
5. L'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées :
- a) a-t-elle déjà présenté une proposition d'assurance vie ou d'assurance invalidité qui a été refusée, tarifée, reportée ou modifiée de quelque façon que ce soit ? Oui Non
- b) a-t-elle, au cours des deux dernières années, effectué des vols en tant que pilote ou apprenti pilote, participé à des activités dangereuses telles que la course, la plongée sous-marine ou le parachutisme, le deltaplane ou d'autres activités semblables ou prévoit-elle le faire ? Oui Non
- c) a-t-elle, au cours des cinq dernières années, consommé des amphétamines, des stupéfiants, des barbituriques, des hallucinogènes ou de la marijuana ou été traitée pour toxicomanie ou alcoolisme ? Oui Non
- d) a-t-elle fait l'objet d'une révocation de permis, d'un permis restreint ou commis trois infractions ou plus au code routier au cours des trois dernières années ? Dans l'affirmative, indiquer le numéro de permis de conduire. Oui Non
-
- e) prévoit-elle résider ou voyager à l'extérieur du Canada pour une période de plus de quatre semaines consécutives ? Oui Non

Préciser toutes les réponses affirmatives (« Oui ») aux questions 1 à 5. Préciser les dates, le traitement, la durée de la maladie, ainsi que le nom et l'adresse de tous les médecins traitants et des établissements médicaux.

Question n°	Prénom et nom de famille	Détails

Section 13 - Représentations, confirmations, autorisations et signatures

Section 13.1 - Représentations, confirmations, et signatures

Par « nous », nous entendons également « je ». Nous, les soussignés, consentons à l'établissement d'une police basée sur la présente proposition d'assurance (la proposition) et confirmons que la déclaration effectuée ci-dessous est complète et véridique. En outre, nous :

1. Confirmons que les énoncés et les réponses inclus dans la présente proposition et dans tout document qui en fait partie sont complets et véridiques et correctement consignés.
2. Consentons à ce que les énoncés et les réponses en question fassent partie intégrante de toute police établie. Nous comprenons que toute déclaration ou toute réponse fautive, incomplète ou trompeuse de notre part entraînera la résiliation de toute police établie par BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance).
3. Convenons que la police proposée n'entrera en vigueur, nonobstant l'assurance établie en vertu du certificat d'assurance provisoire, 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.
 - c) Les réponses et les déclarations de la présente proposition sont complètes et véridiques au moment de l'approbation de la police.
4. Convenons que l'approbation de toute police établie en fonction de la présente proposition est réputée constituer l'acceptation des dispositions de la présente police et la ratification de tout ajout, tout avenant ou toute modification.
5. Autorisons par la présente tout professionnel de la santé, tout hôpital, tout établissement de santé public, privé ou de services sociaux, ainsi que le Bureau de renseignements médicaux et tout autre établissement médical ou paramédical, toute compagnie d'assurance, tout conseiller ou tout courtier, ou ses courtiers affiliés, toute institution financière, tout organisme, établissement ou personne possédant un dossier ou des renseignements sur mon compte ou sur ma santé à les divulguer à BMO Assurance ou à ses réassureurs.
6. Autorisons également BMO Assurance et tout agent de renseignements personnels, tout bureau d'enquête indépendant ou tout organisme retenu par BMO Assurance à obtenir des renseignements sur mon compte à des fins de tarification ou d'étude d'une demande de règlement. J'accuse réception de l'avis concernant le Bureau des renseignements médicaux et de l'avis de confidentialité de BMO Assurance.
7. Autorisons 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 la présente proposition, avec les conseillers ou les courtiers de BMO Assurance ou ses sociétés affiliées et ses réassureurs. Nous autorisons également BMO Assurance et ses réassureurs à ajouter ces renseignements personnels à d'autres dossiers que BMO Assurance et ses réassureurs possèdent actuellement sur mon compte ou qu'ils pourrait éventuellement posséder. Nous autorisons également BMO Assurance ou ses réassureurs à consulter tout dossier existant sur mon compte qu'ils ont en leur possession, qu'il soit ouvert ou fermé.
8. Autorisons BMO Assurance à consigner et à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins de tenue de livres, de tarification et de traitement des demandes de règlement.
9. Consentons à l'analyse des échantillons prélevés, notamment un test de dépistage des anticorps/antigènes antiviral de l'immunodéficience humaine (VIH). Nous consentons à ce que BMO Assurance communique les résultats d'examen, les rapports et les renseignements personnels obtenus sur mon compte à ses réassureurs, si ces derniers participent au processus de la tarification ou à l'étude des demandes de règlements, ainsi qu'à mon médecin personnel, au Bureau des renseignements médicaux et autres assureurs autorisés. Nous autorisons également BMO Assurance à obtenir des renseignements d'eux à des fins de tarification ou d'étude d'une demande de règlement.
10. Convenons qu'en plus de la présente proposition, nous pourrions avoir à remplir un questionnaire complémentaire d'ordre médical et sur les habitudes de vie soit directement avec le conseiller, soit au cours d'un entretien par téléphone avec un professionnel de la santé, soit au cours d'une visite chez un tel professionnel. Nous consentons à ce que l'étude de la présente proposition tienne compte desdits renseignements. Nous convenons également d'examiner les présents renseignements à la remise de la police et d'aviser immédiatement BMO Assurance si certains des renseignements sont inexacts ou faux.
11. Déclarons que la personne ou la société nous ayant conseillé(s) sur la souscription du présent produit nous a fourni des documents écrits pour nous renseigner sur : la compagnie qu'elle représente actuellement; le fait qu'elle touchera une rémunération (comme des commissions) sur la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie; qu'elle pourrait toucher une rémunération complémentaire sous forme de bonis, de conférences ou d'autres incitatifs; ou sur tout conflit d'intérêt 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.

Section 13.1 - Représentations, confirmations, et signatures (suite)

Nous, les soussignés, confirmons que nous avons lu et comprenons les représentations, confirmations et autorisations précédentes.

Signatures

Signé à	<input type="text"/>	ce	<input type="text"/>	jour de	<input type="text"/>	20	<input type="text"/>
Personne à assurer, parent consentant ou tuteur. (tout enfant âgé de 16 ans ou plus, âgé de 18 ans ou plus au Québec, doit signer la proposition)	<input type="text"/>						
Autre personne à assurer	<input type="text"/>						
Titulaire (si ce dernier n'est pas l'une des personnes à assurer)	<input type="text"/>						
Si le titulaire est une entreprise, 2 signatures et titres ou 1 signature et le sceau de l'entreprise	<input type="text"/>						
Payeur (s) (s'il ne s'agit pas de l'une des personnes à assurer ou si la garantie d'exonération de primes du titulaire a été retenue)	<input type="text"/>						
Témoin	<input type="text"/>						
Nom du témoin (si autre que le conseiller)	<input type="text"/>						

Section 13.2 - Commentaires

Section 13.3 - Autorisation - Remplir pour toutes les propositions - *Ne pas détacher*

(Valide en Alberta pour une période de douze (12) mois, mais en aucun cas pour plus de vingt-quatre (24) mois.)

J'autorise tout professionnel de la santé, tout hôpital, tout établissement de santé public, privé ou de services sociaux ou tout autre établissement, toute compagnie d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux et tout autre établissement médical ou paramédical, ainsi que tout conseiller ou tout courtier, ou ses courtiers affiliés, toute institution financière, tout organisme, établissement ou personne possédant un dossier ou des renseignements de nature médicale ou autre sur mon compte à les communiquer à BMO Société d'assurance-vie ou à ses réassureurs et à échanger de tels renseignements avec eux. Cette autorisation vaut également pour les membres de ma famille visés par la présente proposition. Remarque : le père, la mère ou le tuteur qui signe au nom d'un mineur doit indiquer son lien de parenté. (Une photocopie de la présente autorisation a valeur d'original.)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date (jj/mmm/aaaa)	Témoin	Nom du témoin (si autre que le conseiller)	Personne à assurer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date (jj/mmm/aaaa)	Témoin	Nom du témoin (si autre que le conseiller)	Autre personne à assurer
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date (jj/mmm/aaaa)	Témoin	Nom du témoin (si autre que le conseiller)	Personne à assurer, parent ou tuteur et lien de parenté (si la personne à assurer est un mineur)

Section 14 - Rapport du conseiller

Section 14.1 - Renseignements généraux

1. Depuis quand connaissez-vous les personnes à assurer ?
- Lien avec la personne à assurer ? Bien connue Peu connue Récemment rencontrée
- Lien de parenté, le cas échéant: Conjoint Parent Enfant/personne à charge Frère ou soeur Autre
2. Qui a sollicité la présente proposition ? Conseiller Personne à assurer Titulaire
3. Avez-vous rencontré en personne la ou les personnes à assurer et le ou les titulaires de la police ? Oui Non
4. Exigences de tarification commandées :
- Urine-VIH Paramédical ECG au repos Salive-VIH
- Examen médical ECG à l'effort Profil sanguin RMT
- Rapport d'enquête Autre
- RMT (si commandé, nom du médecin)
- Nom de l'organisme de services paramédicaux ou du médecin-examineur

Section 14.2 - Attestation du conseiller

Les réponses précédentes sont exactes au meilleur de mes connaissances. En signant les présentes, 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 avoir vu l'original valide du document délivré par le gouvernement présenté par la personne à assurer et l'autre personne à assurer, s'il y a lieu, aux fins de confirmation d'identité. Je confirme également que j'ai fourni au titulaire une Déclaration de divulgation du conseiller, l'informant :

- au sujet de la ou des compagnies que je représente actuellement;
- que je touche une rémunération (comme des commissions) sur la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie;
- que je pourrais toucher une rémunération complémentaire sous forme de bonis, de conférences ou d'autres incitatifs; ou
- de tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.

Nom du conseiller réalisateur (caractères d'imprimerie) Signature du conseiller réalisateur Date

Section 14.3 - Renseignements sur le conseiller

1. %
- Nom au complet (caractères d'imprimerie) (conseiller de service) N° de code du conseiller Pourcentage
2. %
- Nom au complet (caractères d'imprimerie) N° de code du conseiller Pourcentage Nom de l'AGP (en caractères d'imprimerie) et code de l'AGP ici.



BMO Société d'assurance-vie
60, rue Yonge, Toronto, Ontario, Canada M5E 1H5
Tél. : (416) 596-3900 • Téléc. : (416) 596-4143 • Sans frais : 1 877 742-5244
www.bmoinsurance.com

Section 16 - Proposition d'assurance provisoire

Les personnes à assurer principales et toute autre personne à assurer doivent répondre aux questions suivantes.

Dans le cas d'une proposition d'assurance vie seulement, répondre à la question 1, et aux questions 2 a) à 2 e).

Dans la cas d'une proposition d'assurance contre la maladie grave, répondre aux questions 1, 2 et 3.

	Personne à assurer		Autre personne à assurer	
	Oui	Non	Oui	Non
1. Êtes-vous âgé de plus de 65 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. L'une ou l'autre des personnes à assurer principales ou toute autre personne à assurer :				
a) a-t-elle déjà été traitée ou présentée des symptômes de l'une ou l'autre des maladies ou des affections suivantes : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, chorée de Huntington, maladie du coeur ou du système circulatoire, crise cardiaque, douleurs à la poitrine, ECG anormal, hypertension, perte de la parole, brûlures graves, diabète, cancer ou tumeurs, accident vasculaire cérébral, crise ischémique transitoire (CIT), maladie chronique du rein, du foie ou des poumons, sclérose en plaques, paralysie, cécité, surdité, symptômes ou traitement pour le cancer ou des tumeurs, SIDA ou infection par le VIH ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) a-t-elle d�j�t�t� incapable d'exercer ses activités habituelles pendant plus de 7 jours consécutifs au cours des 6 derniers mois en raison d'une maladie ou d'une blessure ou suit-elle actuellement un traitement quelconque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) au cours des 2 derniers mois (sauf pour une grossesse ou un accouchement), a-t-elle été admise à un hôpital ou à tout autre établissement médical ou lui a-t-on conseillé de le faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) a-t-elle d�j�t�t� conseillée de subir des tests, un examen ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) a-t-elle d�j�t�t� avisée qu'elle n'était pas admissible à de l'assurance vie ou a-t-elle présenté une proposition d'assurance de ce type qui a été acceptée moyennant une surprime ou une modification quelconque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. L'une des personnes à assurer principales ou toute autre personne à assurer a-t-elle été avisée qu'elle n'était pas admissible à de l'assurance maladie ou de l'assurance contre la maladie grave ou a-t-elle présenté une proposition d'assurance de ce type qui a été acceptée moyennant une surprime ou une modification quelconque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si toute personne à assurer principale ou toute autre personne à assurer a répondu par « Oui » à l'une ou l'autre des questions précédentes, **NE PAS** recueillir de prime ni détacher la note d'assurance provisoire. Toute prime recueillie pour une CAP invalide sera remboursée. L'assurance provisoire n'est offerte que si toutes les personnes à assurer ont répondu par « Non » à toutes les questions précédentes et l'assurance n'est valide et en vigueur que si lesdites réponses sont véridiques.

Prime versée avec la proposition

 \$

Outre les confirmations à la section Représentations, confirmations, autorisations et signatures, nous confirmons spécifiquement avoir lu et reçu le Certificat et récépissé d'assurance provisoire.

Dat e à ce jour de de l'année

Témoin

Nom du témoin (si autre que le conseiller)

Personne à assurer, parent ou tuteur si la personne à assurer est un mineur.

Témoin

Nom du témoin (si autre que le conseiller)

Autre personne à assurer

Témoin

Nom du témoin (si autre que le conseiller)

Titulaire de la police (si ce dernier n'est pas la personne à assurer)

Section 17 - Certificat et récépissé d'assurance provisoire

Veillez ne détacher et ne remettre au titulaire que si une demande d'assurance provisoire a été présentée.

Important : aucune protection d'assurance provisoire n'entrera en vigueur sauf celle stipulée à la section du Certificat d'assurance provisoire.

La somme de \$ a été reçue de

dans le cadre de la proposition d'assurance vie (personne à assurer)
ou d'assurance contre la maladie grave visant

et datée le (jj/mmm/aaaa) / /

Cette note est établie à condition que tout chèque ou toute autorisation de paiement soit honorée sur première présentation contre paiement.

TOUS LES CHÈQUES DOIVENT ÊTRE PAYABLES À BMO SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE. N'ÉTABLIR AUCUN CHÈQUE AU NOM DU CONSEILLER ET NE PAS LAISSER LE NOM DU BÉNÉFICIAIRE EN BLANC. AUCUNE PERSONNE N'EST AUTORISÉE À RENONCER À DES DISPOSITIONS DE LA PRÉSENTE ENTENTE OU À LES MODIFIER.

/ /

Signé à

en date du (jj/mmm/aaaa)

/ /

Signature du conseiller

en date du (jj/mmm/aaaa)

Le présent certificat d'assurance provisoire prévoit une protection limitée (montant du capital d'assurance provisoire) tel qu'il a été stipulé ci-dessous pendant l'étude de votre proposition. L'assurance prévue en vertu du certificat d'assurance provisoire ne garantit pas l'approbation de votre proposition. Tout changement lié à votre assurabilité durant l'étude de votre proposition pourrait également affecter la décision d'accepter ou de refuser votre proposition.

Si l'une des personnes à assurer décède pendant que le présent certificat d'assurance provisoire est en vigueur et que la personne en question est admissible à l'assurance provisoire, BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance) versera le montant du capital d'assurance provisoire. La prestation sera versée conformément aux bénéficiaires désignés dans la proposition et, dans le cas de personnes à assurer conjointes, conformément à la police visée par la proposition.

Si une somme correspondant au moins à un douzième de la prime annuelle des polices proposées a été versée, BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance) accepte d'accorder l'assurance provisoire (TIA insurance) de l'assurance vie ou de l'assurance contre la maladie grave aux personnes assurées, sous réserve des dispositions, des conditions, des limites et autres dispositions stipulées ci-dessous :

Dispositions relatives à la résiliation :

1. La date d'expiration correspond à la 90^e journée suivant la date de signature de la présente proposition.
2. La présente entente est automatiquement résiliée à la date d'entrée en vigueur des polices proposées, à la date à laquelle une contre-offre est présentée à votre représentant ou à la date d'expiration, selon la première de ces éventualités.
3. BMO Assurance peut révoquer la présente entente en tout temps avant la date d'expiration susmentionnée. Un avis accompagné d'un remboursement des primes versées sera posté au titulaire, à l'adresse indiquée dans la présente proposition. La date de résiliation correspond à la date de la journée suivant l'envoi de l'avis par BMO Assurance.

Aucun représentant de BMO Société d'assurance-vie n'est autorisé à modifier la présente entente.

Date d'entrée en vigueur :

L'assurance temporaire prévue en vertu de la présente entente entrera en vigueur à la date à laquelle la présente proposition est dûment remplie si une somme correspondant au moins à un douzième de la prime annuelle est versée à cette date.

Protection temporaire d'assurance vie :

1. Le capital assuré maximal offert aux personnes à assurer en vertu de la présente entente et de tout autre certificat d'assurance provisoire accordé par BMO Assurance correspond à la moindre des sommes suivantes.
 - a) Le capital assuré proposé.
 - b) 1 000 000 \$ par personne assurée en vertu d'une proposition d'assurance vie (peu importe la somme versée avec la présente proposition).
 - c) 500 000 \$ par personne assurée en vertu d'une proposition d'assurance contre la maladie grave.
2. Aucune assurance n'est accordée en vertu d'un avenant d'assurance en cas de décès accidentel, d'une garantie d'exonération des primes, d'une garantie d'assurance temporaire pour les enfants ou d'une garantie d'exonération des primes du titulaire.
3. Si le décès de l'une ou l'autre des personnes à assurer est volontaire, que la personne soit saine d'esprit ou non, la responsabilité de BMO Assurance se limite au remboursement des primes versées.

Restrictions :

Aucune assurance n'entrera en vigueur en vertu de la présente entente, sauf si :

1. La personne à assurer est âgée d'au moins quinze (15) jours dans le cas de l'assurance vie, d'au moins 30 jours dans le cas de l'assurance contre la maladie grave et d'au plus 65 ans à la date d'entrée en vigueur du présent certificat d'assurance provisoire.
2. Tout chèque et toute traite utilisés pour acquitter des primes sont payables à BMO Société d'assurance-vie et sont honorés dès qu'ils sont présentés contre paiement.
3. En cas de diagnostic de cancer, aucune prestation d'assurance contre la maladie grave ne sera versée en vertu de la présente entente.
4. Si la personne assurée décède d'un trouble médical couvert dans les trente (30) jours suivant la date du diagnostic, aucune prestation d'assurance contre la maladie grave ne sera versée en vertu de la présente entente.
5. L'assurance contre la maladie grave prévue dans le cadre de la présente note d'assurance provisoire est régie conformément aux dispositions et aux exclusions standard de notre police d'assurance contre la maladie grave.

Section 18 - Renseignements juridiques *Détacher et remettre aux personnes à assurer*

AVIS RELATIF AU BUREAU DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités confidentiellement. BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance) ou ses réassureurs pourraient toutefois en communiquer des éléments au Bureau des renseignements médicaux, un organisme sans but lucratif regroupant des compagnies d'assurance vie ou maladie et ayant pour objet de favoriser l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement, à une autre des compagnies membres du Bureau, ce dernier fournira sur demande les renseignements qu'il possède sur vous à la compagnie en question.

BMO Assurance ou ses réassureurs pourraient également communiquer des renseignements à d'autres compagnies d'assurance vie ou maladie auxquelles vous avez présenté une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement. À la réception d'une demande de votre part, le Bureau prendra des dispositions pour vous communiquer tous les renseignements qui figurent à votre dossier. Si vous doutez de l'exactitude des renseignements figurant à votre dossier, vous pouvez communiquer avec le Bureau et demander une rectification. Voici l'adresse du Bureau des renseignements médicaux : Medical Information Bureau, 330 University Avenue, Toronto, Ontario M5G 1R7. Téléphone : (416) 597-0590, www.mib.com. BMO Assurance ou ses réassureurs pourraient également communiquer les renseignements figurant à leur dossier à d'autres compagnies d'assurance vie à qui vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement.

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 : la compagnie qu'elle représente actuellement; le fait qu'elle touchera une rémunération (comme des commissions) sur la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie; le fait qu'elle pourrait toucher une rémunération complémentaire sous forme de bonis, de conférences ou d'autres produits et services; ou sur tout 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

BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance) a demandé des renseignements personnels dans votre proposition d'assurance. BMO Assurance utilisera ces renseignements et les renseignements que renferment 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 demandes 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, sur présentation d'une preuve d'identité et d'admissibilité, d'examiner les renseignements personnels que nous possédons sur votre compte, et si vous doutez de leur exactitude, demander qu'une rectification y soit apportée. Vous pouvez faire parvenir votre demande à l'adresse suivante.

Responsable de la protection des renseignements personnels

BMO Société d'assurance-vie, 60, rue Yonge, Toronto, Ontario Canada M5E 1H5

Proposition n° _____



BMO Société d'assurance-vie
60, rue Yonge, Toronto, Ontario, Canada M5E 1H5
Tél. : (416) 596-3900 • Téléc. : (416) 596-4143 • Sans frais : 1 877 742-5244
www.bmoinsurance.com