

**1. PERSONNE À ASSURER**

Nom : \_\_\_\_\_  
Nom Prénom

Homme Date de naissance Âge (au dernier ann.)  
 Femme \_\_\_\_\_  
(MM/JJ/AA)

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Si autre que le Canada, indiquer la date d'obtention du statut d'immigrant reçu : \_\_\_\_\_

Total d'assurance vie actuellement en vigueur : \_\_\_\_\_ \$

**2. PROPRIÉTAIRE (Si différent de la personne à assurer)**

Nom : \_\_\_\_\_  
Nom Prénom

OU  
Nom de la société : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne à assurer : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro et rue

Ville Province Code postal

Numéros de téléphone (incluant l'indicatif régional) :

Résidence \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_

Cellulaire \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

**3. BÉNÉFICIAIRE (Révocable sauf indication contraire)**

Au Québec, un conjoint est automatiquement considéré irrévocable, sauf indication contraire.

Bénéficiaire : \_\_\_\_\_

Lien : \_\_\_\_\_

Révocable ?  Oui  Non

**4. ADRESSE DE LA PERSONNE À ASSURER**

Résidence de la personne à assurer :

\_\_\_\_\_ Adresse

Ville Province Code postal

Numéros de téléphone (incluant l'indicatif régional) :

Résidence \_\_\_\_\_ Travail \_\_\_\_\_

Cellulaire \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

**5. DÉTAILS DE LA PROTECTION TERME FACILE**

Capital assuré maximal offert : Âge à l'étab. 18 à 40 250 000 \$  
41 à 50 200 000 \$  
51 à 60 150 000 \$  
61 à 65 100 000 \$

Capital assuré demandé : \_\_\_\_\_ \$

Prime : \_\_\_\_\_ \$

Mode de paiement :

Annuel  Semestriel  Mensuel PPA

**6. RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES**

1. Avez-vous utilisé un produit contenant du tabac, de la nicotine ou de la marijuana au cours des 12 derniers mois ?  Oui  Non

2. La présente assurance entraînera-t-elle la résiliation ou la réduction d'une assurance actuellement en vigueur ?  Oui  Non

**7. TABLE DES RAPPORTS POIDS-TAILLES**

REMARQUE : Veuillez vous référer à la table suivante pour la taille et le poids.

Votre ratio taille / poids dépasse-t-il les limites établies dans le tableau ci-dessous ?  Oui  Non

Taille		Poids	
Impériale	Métrique	Impériale	Métrique
4 pi 10 po	1 m 45	150 lb	68 kg
4 pi 11 po	1 m 48	155 lb	70 kg
5 pi 0 po	1 m 50	161 lb	73 kg
5 pi 1 po	1 m 53	166 lb	75 kg
5 pi 2 po	1 m 55	173 lb	79 kg
5 pi 3 po	1 m 58	179 lb	81 kg
5 pi 4 po	1 m 60	184 lb	84 kg
5 pi 5 po	1 m 63	189 lb	86 kg
5 pi 6 po	1 m 65	195 lb	89 kg
5 pi 7 po	1 m 68	200 lb	91 kg
5 pi 8 po	1 m 70	206 lb	94 kg
5 pi 9 po	1 m 73	213 lb	97 kg

Taille		Poids	
Impériale	Métrique	Impériale	Métrique
5 pi 10 po	1 m 75	218 lb	99 kg
5 pi 11 po	1 m 78	224 lb	102 kg
6 pi 0 po	1 m 80	230 lb	105 kg
6 pi 1 po	1 m 83	238 lb	108 kg
6 pi 2 po	1 m 85	244 lb	111 kg
6 pi 3 po	1 m 88	251 lb	114 kg
6 pi 4 po	1 m 90	258 lb	117 kg
6 pi 5 po	1 m 93	264 lb	120 kg
6 pi 6 po	1 m 95	271 lb	123 kg
6 pi 7 po	1 m 98	279 lb	127 kg
6 pi 8 po	2 m 00	285 lb	130 kg
6 pi 9 po	2 m 03	293 lb	133 kg

## 8. DÉCLARATION PERSONNELLE

- 1) Une proposition d'assurance vous a-t-elle déjà été supprimée, refusée ou modifiée de quelque façon que ce soit ? ..  Oui  Non
- 2) A-t-on déjà suspendu votre permis de conduire ou avez-vous été reconnu coupable de trois infractions au code de la route ou plus au cours des trois dernières années ? .....  Oui  Non
- 3) Au cours des trois dernières années, avez-vous volé à bord d'un aéronef à titre autre que passager ou pratiqué un sport ou une activité dangereuse ou prévoyez-vous le faire ? .....  Oui  Non
- 4) Sauf pour un rhume, une grippe ou un examen médical annuel, avez-vous consulté votre médecin habituel au cours des six derniers mois ? .....  Oui  Non
- 5) Avez-vous déjà souffert d'un des troubles médicaux suivants ou reçu un diagnostic, traitement ou conseil pour :
- a) tension artérielle anormale, maladie coronarienne, niveau de cholestérol élevé, douleurs thoraciques, palpitations ou toute autre maladie ou affection du cœur, des vaisseaux sanguins ou du système cardiovasculaire ? .....  Oui  Non
- b) épilepsie, crises épileptiques, troubles cérébraux, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire (AIT) ou toute autre maladie ou affection du système nerveux ? .....  Oui  Non
- c) anxiété, dépression ou tout autre trouble émotif, comportemental, mental ou nerveux ? .....  Oui  Non
- d) toute maladie ou affection de l'estomac, des intestins, du foie ou du pancréas ? .....  Oui  Non
- e) cancer, tumeur ou toute autre croissance ou malignité ? .....  Oui  Non
- f) diabète, trouble rénal, urinaire ou de la vessie, problème de prostate, trouble thyroïdien, anémie, hépatite ou porteur de l'hépatite ou tout autre trouble sanguin ou glandulaire ? .....  Oui  Non
- g) sida (syndrome d'immunodéficience acquise), test de VIH positif ou tout autre trouble immunologique ? .....  Oui  Non
- 6) Avez-vous déjà été hospitalisé pour le nez, la gorge, les yeux, les oreilles, les poumons ou un trouble respiratoire ? .....  Oui  Non
- 7) Au cours des dix dernières années, avez-vous pris de la cocaïne ou d'autres drogues illégales ou reçu un traitement ou des conseils pour abus d'alcool ou de drogue ? .....  Oui  Non
- 8) Autre que pour des affections et chirurgies bénignes, avez-vous, au cours des cinq dernières années, été sous observation médicale, reçu des conseils ou traitements médicaux ou chirurgicaux, des résultats anormaux d'un examen médical ou été hospitalisé pour une maladie ou un trouble non mentionné ci-dessus ? .....  Oui  Non
- 9) Un membre de votre famille immédiate (parents, frères et sœurs) a-t-il souffert d'une maladie cardiaque, d'une affection rénale, de diabète, d'un cancer, d'une maladie vasculaire cérébrale, de la chorée de Huntington ou d'une maladie héréditaire avant d'avoir 60 ans ? .....  Oui  Non
- 10) Vivez-vous au Canada depuis moins de douze mois ? .....  Oui  Non

SI L'UNE OU L'AUTRE DES RÉPONSES DES SECTIONS 7 OU 8 EST AFFIRMATIVE, IL NE FAUT PAS PROCÉDER AVEC LA PROPOSITION.

## 9. AUTORISATION

VOUS CONVENEZ ET COMPRENEZ QU'IL PEUT ÊTRE NÉCESSAIRE D'OBTENIR D'AUTRES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS RELATIVEMENT À LA PRÉSENTE PROPOSITION AUQUEL CAS VOUS AUTORISEZ FORESTERS, COMPAGNIE D'ASSURANCE VIE ET / OU L'ORDRE INDÉPENDANT DES FORESTIERS À OBTENIR LES RAPPORTS DE SOLVABILITÉ OU DOSSIERS DE CONDUITE USUELS.

Chaque soussigné(e) accuse réception d'un formulaire de renseignements sur le MIB, Inc., auparavant appelé Medical Information Bureau (Bureau de renseignements médicaux), et autorise le MIB à dévoiler à l'assureur et à ses réassureurs des renseignements au sujet de chaque personne à assurer et donne son autorisation à l'assureur de préparer un bref rapport au sujet de chaque personne à assurer à l'intention du MIB, Inc., même si la proposition est annulée ou retirée. Chaque soussigné(e) autorise l'assureur et ses agents, courtiers et fournisseurs de service dûment autorisés à utiliser, à recueillir et à échanger des informations au sujet des proposants, nécessaires aux fins de tarification et d'administration, de toute personne ou organisation, y compris tout professionnel de la santé, hôpital, établissement d'ordre médical, agence gouvernementale, organisme provincial de soins de santé, MIB, organisme d'enquête et d'application de la loi, assureur et réassureur. Chaque soussigné(e) convient que le contrat n'entrera en vigueur qu'après la remise de la police à la personne à assurer ou au propriétaire (ou dans la province du Québec, qu'à la date à laquelle la police/le certificat est établi) et le premier paiement de la prime à l'assureur ou à son agent, et à condition qu'il n'y ait aucun changement à l'assurabilité de la personne à assurer entre le moment où la proposition a été remplie et le moment de la remise de la police/du certificat. L'assureur peut utiliser vos renseignements personnels pour évaluer les autres produits et services d'assurance susceptibles de répondre à vos besoins et vous les proposer.

Nous pourrions faire part de renseignements médicaux que nous recueillons à votre sujet à votre médecin de premier recours indiqué dans votre proposition, dans votre rapport d'examen paramédical ou tels que communiqués par téléphone au tarificateur de Foresters Vie. Une photocopie de la présente autorisation aura la même validité que l'original. L'assureur et ses courtiers dûment parrainés et autorisés et leurs réassureurs adhèrent à la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (Canada) (LPRP/DE) ainsi qu'à toute autre législation en matière de protection des renseignements personnels applicable dans votre province ou territoire. Vos renseignements personnels serviront uniquement aux motifs que nous avons identifiés et ne seront transmis qu'au service pertinent, à l'agence autorisée, au bureau de service, aux fournisseurs de services, à notre société mère et / ou à notre filiale en propriété exclusive aux fins de traitement. Tous vos renseignements seront protégés conformément à la législation applicable. Vous pouvez demander d'avoir accès à vos renseignements personnels dans le but de vérifier leur exactitude et exhaustivité et les faire amender au besoin, en envoyant une demande au Chef de la protection des renseignements personnels, Foresters, 789 ch. Don Mills, Toronto, ON M3C 1T9.

### Autorisation pour donner accès à votre conseiller à vos renseignements personnels:

Autorisez-vous l'assureur à divulguer les renseignements suivants à votre courtier et/ou agent si ces renseignements ont une incidence sur notre décision quant à votre proposition d'assurance et, si tel est le cas, sur quel fondement :

- les résultats de votre pression artérielle, taux de cholestérol ou corpulence, et
- les renseignements fournis dans cette proposition, le questionnaire supplémentaire ou l'entretien paramédical ?

Personne à assurer  Oui  Non Coproposant  Oui  Non

Chaque personne apposant sa signature à cette autorisation peut, au moyen d'un avis écrit à l'assureur, révoquer l'autorisation donnée à cet assureur. La révocation de l'autorisation n'aura cependant aucune incidence sur les mesures prises avant la réception de l'avis ou n'empêchera pas l'assureur d'utiliser les renseignements personnels afin d'administrer l'assurance établie en réponse à cette demande, de faire rapport au MIB, Inc., ou d'administrer ce qui se rapporte à l'adhésion, notamment les bénéfices de l'adhésion et les bulletins d'information.

La langue du contrat et de la correspondance sera la même que la langue de la proposition, sauf indication contraire.

Foresters, compagnie d'assurance vie, peut utiliser vos renseignements personnels pour évaluer les autres produits et services d'assurance susceptibles de répondre à vos besoins et vous les proposer. Si vous ne voulez pas que vos renseignements personnels soient utilisés pour aucune de ces offres, cochez ici  ou écrivez-nous à Foresters, compagnie d'assurance vie, 789, ch. Don Mills, Toronto, Ontario M3C 1T9, à l'attention du Chef de la protection des renseignements personnels.

Fait à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer

Signature du / des propriétaire(s)

Témoin de toutes les signatures

**RAPPORT DU COURTIER**

En lettres moulées s.v.p.

1. Êtes-vous apparenté à la personne à assurer ?  Oui  Non (Dans l'affirmative, veuillez préciser le lien) \_\_\_\_\_
2. Raison de l'assurance \_\_\_\_\_
3. Une analyse des besoins financiers a-t-elle été effectuée ?  Oui  Non Pourquoi pas ? \_\_\_\_\_
4. Remarques / Recommandations \_\_\_\_\_

**En autant que je sache/que nous sachions, je/nous, le(s) courtier(s) souscripteur(s), affirme (affirmons) que :**

- a) Les réponses fournies dans la présente proposition sont des représentations véridiques des faits indiqués et je ne détiens pas (nous ne détenons pas) de renseignements supplémentaires importants sur la personne à assurer, sauf tel qu'il est indiqué ci-dessus dans l'espace intitulé « Remarques / Recommandations ».
- b) Je détiens (nous détenons) les permis appropriés pour faire affaire dans la province de \_\_\_\_\_  
N° de permis \_\_\_\_\_
- c) Je confirme (nous confirmons) avoir fourni l'avis de divulgation conformément à la déclaration signée par le proposant d'assurance vie à la page 2 de la présente proposition.

Signature du courtier \_\_\_\_\_ Nom du courtier (en lettres moulées s.v.p.) \_\_\_\_\_ Code du courtier \_\_\_\_\_

Nom de l'AGD \_\_\_\_\_ Code de l'AGD \_\_\_\_\_

**PROPOSITION D'ASSURANCE PROVISOIRE****Ne pas détacher**

La personne à assurer doit répondre aux questions suivantes :

- 1) Avez-vous déjà reçu un traitement ou des indications relativement à une cardiopathie une maladie des vaisseaux sanguins, le diabète, l'hypertension artérielle ou une maladie chronique des reins, du foie ou des poumons ? .....  Oui  Non
- 2) En autant que vous le sachiez, avez-vous eu des symptômes ou traitements pour un cancer, des kystes ou une tumeur au cours des quatre dernières années ? .....  Oui  Non
- 3) Avez-vous eu des symptômes ou traitements pour une condition médicale qui a nécessité une hospitalisation (sauf un accouchement normal) au cours des deux dernières années ? .....  Oui  Non
- 4) Avez-vous manqué 7 jours de travail ou plus ces six derniers mois à cause d'une maladie ou d'une blessure ? .....  Oui  Non
- 5) Avez-vous plus de 65 ans ? .....  Oui  Non
- 6) Une proposition d'assurance vous a-t-elle déjà été surprimée, refusée ou modifiée de quelque façon ? .....  Oui  Non
- 7) Avez-vous des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore demandé de traitement ou pour lesquels un traitement est prévu ou en attente ? .....  Oui  Non

**LE CONTRAT D'ASSURANCE PROVISOIRE NE PRENDRA EFFET QUE SI TOUTES LES RÉPONSES AUX QUESTIONS CI-DESSUS SONT NÉGATIVES ET N'EST VALIDE ET EXÉCUTABLE QUE SI CES RÉPONSES SONT VÉRIDIQUES.**

Un proposant ne peut être considéré pour l'assurance provisoire que si le capital assuré total de tous les régimes demandés de l'assureur n'excède pas 500 000 \$ et si la personne à assurer a moins de 66 ans. Si l'assurance provisoire est offerte et que l'assureur accepte de l'accorder, le montant de ladite assurance provisoire correspondra au capital assuré demandé pour le régime, indiqué à la Section 5, mais n'excèdera pas 500 000 \$. La proposition d'assurance provisoire doit être remplie en même temps que la présente proposition d'assurance vie et être accompagnée du versement d'au moins un douzième de la prime annuelle payable à la même date. Si la personne à assurer décède à la suite d'un acte d'autodestruction intentionnel, la responsabilité de l'assureur se limite au remboursement du versement effectué.

**J'accepte les modalités du contrat d'assurance provisoire décrites à la page 5.**

Fait à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

Signature du propriétaire (si autre que la personne à assurer) \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer \_\_\_\_\_

Témoin de toutes les signatures \_\_\_\_\_

**Renseignements sur les paiements et autorisation pour le régime de paiement par prélèvements automatiques (PPA)**

(Veuillez annexer un chèque annulé)

Remarque : La prime modale indiquée peut changer à la suite de tout examen de tarification. Toutes les primes pour les garanties qui font l'objet de cette proposition, y compris la prime initiale à l'établissement (si elle n'est pas payée avec cette proposition), seront retirées du compte dont les coordonnées figurent sur le chèque annulé (sauf indication contraire ci-dessous).

Le paiement de la première prime doit être effectué par :

 Retrait par paiement par prélèvements automatiques (PPA) mensuels  Chèque (payable à l'ordre de Foresters, compagnie d'assurance vie)Les retraits mensuels dans le cadre de ce régime de PPA sont :  d'ordre personnel  d'ordre professionnelDate du retrait demandée (en cocher une) :  1<sup>er</sup>  8  15  22Renseignements sur le compte bancaire à partir duquel les retraits doivent être effectués :  **chèque annexé**Ou  renseignements bancaires ci-dessous (**à remplir uniquement si un chèque n'est pas soumis**) :

N° de domiciliation (5 chiffres) \_\_\_\_\_ N° de banque (3 chiffres) \_\_\_\_\_ N° de compte \_\_\_\_\_

**Type de compte :**  compte de chèques  compte d'épargne

Nom de l'institution financière \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

**Autorisation pour le régime de PPA**

En signant ci-dessous, le payeur confirme qu'il est un titulaire du compte indiqué sur le chèque ANNULÉ ci-joint ou dans la section relative aux renseignements bancaires précédente et convient ce qui suit :

- 1) Foresters, compagnie d'assurance vie, (« Foresters Vie ») est autorisée à effectuer des retraits mensuels en vertu de ce régime de PPA à partir du compte ou d'un autre compte tel qu'indiqué plus tard par le payeur pour les primes et les frais d'assurance pour le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) en réponse à cette proposition d'assurance vie ;
- 2) L'institution financière auprès de laquelle les retraits seront effectués est autorisée à se charger de tout retrait par Foresters Vie comme si le payeur l'avait personnellement effectué ;
- 3) Foresters Vie se réserve le droit de déterminer quand le premier retrait, le cas échéant, sera effectué et quel sera le montant de ce retrait pour le(s) contrat(s) d'assurance souscrit(s) ;
- 4) Le régime de PPA est en vigueur immédiatement et continuera de l'être jusqu'à ce qu'il soit annulé, soit par le payeur soit par Foresters Vie à tout moment au moyen d'un préavis d'au moins 30 jours à l'autre partie. Le payeur peut obtenir un modèle de formulaire d'annulation ou davantage d'information sur le droit d'annuler une autorisation au régime de PPA auprès de l'institution financière ou en visitant [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca) ;
- 5) Si les fonds ne sont pas disponibles à cause d'une insuffisance de provision, Foresters Vie pourra, si elle le juge opportun, resoumettre le retrait à la prochaine date de retrait planifiée, pour le montant en souffrance applicable à chaque contrat d'assurance en vigueur ;
- 6) Je conviens que je peux me prévaloir de certains droits de recours si tout retrait n'est pas conforme à cette autorisation. Par exemple, j'ai le droit d'être remboursé de tout retrait qui n'a pas été autorisé ou ne correspond pas à l'autorisation du PPA. (Pour obtenir davantage d'informations sur vos droits de recours, veuillez communiquer avec votre institution financière ou visitez [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca) ; et
- 7) Le payeur peut se mettre en contact avec Foresters Vie à l'adresse et au numéro de téléphone indiqués sur ce formulaire.

**Le payeur renonce au droit de recevoir un préavis du montant et de la date du premier retrait, et d'un changement du montant du retrait requis comme prime du (des) contrat(s) d'assurance en vigueur ou d'un changement demandé par le payeur, de quelque manière que ce soit.**

Le titulaire du compte bancaire doit signer cette autorisation de régime de PPA étant donné que son nom figure sur les données bancaires du compte soumis.

\_\_\_\_\_  
Signature du titulaire du compte\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aa)\_\_\_\_\_  
Signature du cotitulaire du compte (le cas échéant)\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aa)\_\_\_\_\_  
Initiales de la personne à assurer

**ENTENTE ET REÇU D'ASSURANCE PROVISOIRE (EAP)**

À détacher et à remettre au propriétaire si l'EAP a été remplie

**MODALITÉS, LIMITES ET CONDITIONS**

**PRIME – AUCUNE GARANTIE** n'entrera en vigueur aux termes de la présente entente si le paiement anticipé ne correspond pas à au moins un douzième de la prime annuelle totale.

**DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA GARANTIE**

L'assurance vie provisoire prévue par la présente entente prendra effet à la date indiquée ici, dans la mesure où la présente proposition a été remplie le même jour.

**DATE D'EXPIRATION DE LA GARANTIE – MAXIMUM DE 90 JOURS**

L'assurance vie provisoire octroyée aux termes de la présente entente prendra fin automatiquement à la première des éventualités suivantes :

- 90 jours suivant la date de la présente entente ;
- la date à laquelle l'assurance entre en vigueur aux termes de la police demandée ;
- la date à laquelle une police autre que celle demandée est offerte ; ou
- la date à laquelle Foresters, compagnie d'assurance vie, (« la société ») envoie un avis de résiliation de garantie à l'adresse postale du propriétaire désigné dans la présente proposition.

**La société peut résilier la garantie en tout temps.**

**LIMITES SPÉCIALES**

- Que la personne à assurer soit saine d'esprit ou non, la présente entente n'offre pas de prestation en cas d'invalidité ou de suicide.
- Il n'existe aucune garantie aux termes de la présente entente si le chèque soumis comme versement n'est pas honoré sur présentation.
- Personne n'a le pouvoir de modifier ou d'annuler une exigence ou condition de la présente entente.

**MONTANT DE LA GARANTIE – 500 000 \$ MAXIMUM POUR CHAQUE PROPOSITION ET ENTENTE D'ASSURANCE**

Si la personne à assurer décède alors que l'assurance provisoire est en vigueur, la société versera au bénéficiaire désigné, sur approbation de la demande de règlement, le moindre de a) le montant de toutes les garanties demandées aux termes de la présente proposition, y compris toute garantie de décès accidentel ou garanties supplémentaires si applicables ; ou b) 500 000 \$. Cette limite d'indemnité totale s'applique à toute assurance demandée en vertu de la présente proposition, de toute autre proposition présentée à la société ou de toute autre entente d'assurance vie provisoire en vigueur auprès de la société.

Il est reconnu que la somme de \_\_\_\_\_ \$ a été versée à la société au moment de remplir la présente proposition.

Date \_\_\_\_\_

Signature du / des courtier(s) \_\_\_\_\_

**DÉCLARATION POUR LA COLOMBIE-BRITANNIQUE**

À détacher et à remettre à la personne à assurer

Aux termes des règlements se rapportant à la commercialisation des produits financiers de la Colombie-Britannique, ce produit financier vous est offert et fourni par Foresters, compagnie d'assurance vie, (« la société ») une société autorisée à faire affaire en Colombie-Britannique.

Relativement à toute proposition que vous soumettez pour obtenir une assurance vie, une rente ou tout autre produit financier :

- j'agis à titre de courtier d'assurance autorisé pour le compte de la société ;
- j'aurai le droit de recevoir une commission de la société si la présente transaction est conclue. Cette commission peut prendre la forme d'une commission d'acquisition et/ou d'une commission de service continu ; et
- aucune condition de la présente transaction ne vous oblige à conclure aucune autre transaction ou affaire auprès de la société ou de moi-même.

Nom et adresse du courtier \_\_\_\_\_

Signature du courtier \_\_\_\_\_

**AVIS IMPORTANT SUR LE BUREAU DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (MIB) À détacher et à remettre à la personne à assurer**

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. Foresters, compagnie d'assurance vie, ou ses réassureurs pourront toutefois faire un bref rapport au sujet de certains renseignements au Bureau des renseignements médicaux – *Medical Information Bureau* (MIB), un organisme sans but lucratif regroupant les sociétés d'assurance et effectuant un échange de renseignements pour le compte de ses sociétés membres. À la demande d'une autre société d'assurance membre du MIB auprès de laquelle vous avez soumis une proposition d'assurance vie, d'assurance invalidité ou d'assurance maladie, ou présenté une demande de règlement, le MIB fournira, à ladite société et à ses réassureurs, les renseignements qu'il détient en sa possession.

Si vous en faites la demande, le MIB vous communiquera les renseignements consignés dans votre dossier. Si vous questionnez la précision des renseignements contenus dans le dossier du MIB, vous pouvez communiquer avec le MIB et demander une rectification. L'adresse du MIB est : Bureau des renseignements médicaux (MIB), 330, av. University, Bureau 501, Toronto, ON M5G 1R7. Téléphone 416-597-0590.

Foresters Vie ou ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements à d'autres sociétés d'assurance vie auprès desquelles vous avez soumis une proposition d'assurance vie, d'assurance invalidité, d'assurance maladie ou présenté une demande de règlement.

**AVIS IMPORTANT CONCERNANT LES DOSSIERS ET L'ASSURANCE DE PERSONNES À détacher et à remettre à la personne à assurer**

Afin d'assurer la confidentialité de vos renseignements personnels, Foresters, compagnie d'assurance vie, (« Foresters Vie ») ouvrira un dossier d'assurance vie afin d'y placer les renseignements concernant votre proposition d'assurance, ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de règlement. Seuls Foresters Vie, ses employés, réassureurs et conseillers professionnels chargés de la tarification, de l'administration et du traitement des règlements, ou toute autre personne que vous autorisez par écrit, ou qui est désignée par la loi auront accès à ce dossier. Votre dossier sera conservé aux bureaux de Foresters Vie, et vous pourrez consulter les renseignements personnels qu'il contient et, s'il y a lieu, les faire corriger en envoyant une demande écrite à cet effet au :

**Chef de la protection des renseignements personnels**  
**Foresters, compagnie d'assurance vie**  
**789, ch. Don Mills, Toronto, ON M3C 1T9**  
**905-219-8000 800-267-8777 Téléc. : 905-219-8102 www.foresters.com**

Financière  
**Foresters** 

**Foresters, compagnie d'assurance**  
vie 789, CH. DON MILLS  
TORONTO, ON M3C 1T9

**Tél. (905) 219-8000**  
**1 800 267-8777**  
**Télec. (905) 219-8102**  
**[www.foresters.com](http://www.foresters.com)**