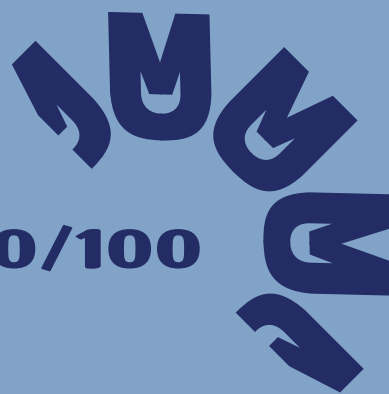


Juvénile ^{30/100}



Proposition d'assurance



L'Union-Vie
Compagnie mutuelle d'assurance

TABLE DES MATIÈRES

A- PERSONNE(S) À ASSURER	p. 1
B- BÉNÉFICIAIRE(S)	p. 1
C- PROPRIÉTAIRE	p. 1
D- ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE	p. 2
E- SPÉCIFICATION D'ASSURANCE	p. 2
F- PRIME ET PROTECTION	p. 2
G- IDENTIFICATION DU CONSEILLER	p. 3
H- ORIGINE DE LA VENTE	p. 3
I- ATTESTATION DU CONSEILLER	p. 3
RENSEIGNEMENTS ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE	p. 4
CONVENTION RELATIVE À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL	p. 5
CONSENTEMENT À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS	p. 5
DÉCLARATION	p. 5
DÉBIT PREAUTORISÉ (D.P.A.)	p. 6
AUTORISATION	p. 6
ENTENTE D'ASSURANCE CONDITIONNELLE	p. 7
CONDITIONS ET RESTRICTIONS	p. 7
AVIS DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS	p. 8

PROPOSITION JUVÉNILE 30/100

SECTION D - ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

IMPORTANT 1. Assurance en vigueur Oui Non Si oui, complétez le tableau suivant :

2. Nom/# de l'assuré	3. Compagnie	4. Mois et année d'émission	5. Type de contrat: Vie, Soins longue durée ou Maladies graves	6. Capital assuré

SECTION E - SPÉCIFICATIONS D'ASSURANCE

EST-CE QUE POUR L'UNE DES PERSONNES ASSURÉES PAR LA PRÉSENTE PROPOSITION :	Assuré #1		Assuré #2	
	Oui	Non	Oui	Non
1. Une proposition d'assurance vie, maladies graves ou soins de longue durée a été refusée, modifiée ou supprimée (si oui, décision, date, nom de compagnie et raison).				
2. La présente proposition a pour but de remplacer un contrat présentement en vigueur (si oui, compagnie et compléter «Avis pour fin de remplacement»).				
3. Il y a une ou plus d'une proposition à l'étude dans une ou plusieurs autres compagnies (si oui, montant, type d'assurance, nom de compagnie et est-ce que tous les contrats seront placés?).				

Pour toutes réponses affirmatives, veuillez compléter le tableau suivant :

# Assuré	Quest n°	Date	Raison	Détails appropriés selon la question

SECTION F - PRIME ET PROTECTION

Choix	Prime	Protection d'assurance
	15 \$/ mois (165 \$/ année)	100 000 \$ d'assurance vie et 10 000 \$ d'assurance maladies graves
	30 \$/ mois (330 \$/ année)	250 000 \$ d'assurance vie et 25 000 \$ d'assurance maladies graves
	50 \$/ mois (550 \$/ année)	500 000 \$ d'assurance vie et 50 000 \$ d'assurance maladies graves
OPTION DE PROTECTION ADDITIONNELLE POUR FRACTURE ACCIDENTELLE		
	4 \$/ mois (44 \$/ année)	Jusqu'à 5 000 \$ pour fracture accidentelle

1. Mode de paiement Annuel Mensuel (D.P.A.) 2. Prime selon le mode de paiement choisi _____ \$
3. Préférence pour le jour de prélèvement bancaire _____ (1 à 28 inclus) 4. Somme versée pour la proposition _____ \$

RAPPORT DU CONSEILLER EN SÉCURITÉ FINANCIÈRE

SECTION G - IDENTIFICATION DU CONSEILLER

Nom / Prénom	%	Code conseiller	Cabinet (s'il y a lieu)	Code agent général

SECTION H - ORIGINE DE LA VENTE

Demande du client Connaissance/ami Offre faite au client Cas référé par un client Parenté Degré _____
 Autre _____ Présent(e) lors de la signature Oui Non

SECTION I - ATTESTATION DU CONSEILLER

Je confirme avoir déclaré au propriétaire de ce contrat le nom des compagnies que je représente, la possibilité que je reçoive une rétribution (telle une commission) ainsi qu'une rétribution additionnelle (tel un boni) et que je n'ai aucun conflit d'intérêts avec **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance, ni avec le propriétaire, et ce concernant cette transaction proposée. Également, je confirme avoir vérifié à l'aide de documents officiels et originaux, les informations obtenues pour compléter les sections A et C.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

Signature : _____ Conseiller _____ Conseiller

Pour une émission plus rapide de la police

- Voir à ce que toute correction soit signée par le propriétaire ou la personne à assurer
- Toujours se servir d'une encre noir pour faciliter la photocopie des documents
- Ne jamais utiliser le liquide correcteur en cas d'erreur
- Ne pas séparer les pages de la proposition

CONVENTION RELATIVE À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL

Les renseignements personnels, y compris le numéro d'assurance sociale, que **L'Union-Vie** détient ou détiendra à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier des différents services financiers d'assurance, de rente et d'autres services complémentaires qu'elle offre. Ils ne seront consultés que par les employés de **L'Union-Vie** qui doivent y avoir accès dans l'exercice de leurs fonctions.

Vous pouvez avoir accès à votre dossier et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires. Vous devez alors faire une demande écrite à l'attention du responsable de l'accès à l'information au siège social de **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance, situé au 142 Heriot, Drummondville (Qc), J2C 1J8.

CONSENTEMENT À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

Aux fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion de notre dossier et de l'étude des réclamations, nous autorisons toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à notre sujet concernant, entre autres, notre état de santé, nos antécédents médicaux ou notre admissibilité aux prestations, soit notamment tout médecin ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, laboratoire, compagnie d'assurance ou de réassurance, le MIB Inc., les agents de renseignements personnels, les intermédiaires de marché, toute institution financière, le propriétaire, notre employeur ou ex-employeur, la CSST, la RRQ, la SAAQ, la RAMQ, les agents d'investigation et de sécurité, les agences de données sur les risques et les sinistres, les organismes de prévention, de détection ou répression des crimes et des infractions, à les communiquer à **L'Union-Vie** ou à ses réassureurs sur demande.

De même, nous autorisons **L'Union-Vie** à communiquer auxdits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, nous consentons également à ce que **L'Union-Vie** ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à notre sujet et utiliser les renseignements qu'ils détiennent dans d'autres dossiers en leur possession.

Le présent consentement vaut également pour la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant nos enfants mineurs. Aucune modification ou altération du présent consentement n'influera sur son contenu ni ne liera l'assureur. Ce consentement peut également être utilisé lors d'une demande d'assurance additionnelle ou modification au contrat. Nous reconnaissons avoir été informés que le conseiller est rémunéré à commission relativement à la transaction décrite dans la proposition ci-dessus mentionnée.

DÉCLARATION

Nous, soussignés, la personne à assurer, le parent/tuteur et le propriétaire, certifions avoir pris connaissance de toutes les questions contenues dans cette proposition. Les réponses données ont été fidèlement reproduites et sont complètes et véridiques. De plus, nous consentons à ce qu'elles servent de base au contrat d'assurance demandé et reconnaissons que toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la résiliation du contrat d'assurance obtenu à la suite de cette proposition.

Nous convenons que l'assurance prend effet dès l'acceptation par la Compagnie de la proposition pour autant que cette dernière ait été acceptée sans modification, que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité des personnes à assurer depuis la signature de cette proposition.

Nous reconnaissons avoir pris connaissance de la convention relative à la constitution d'un dossier personnel.

Nous reconnaissons avoir lu et reçu l'avis de divulgation de renseignements.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Remarque : Si les noms et prénoms des sections A et C diffèrent des signatures suivantes, ces dernières apparaîtront au contrat.

Je comprends que les maladies couvertes par cette assurance se limitent à celles définies dans le contrat.

Je déclare ne pas être un citoyen américain. Par contre, dans le cas où je suis un citoyen américain, mon «Taxpayer Identification Number» (TIN) se trouve à la section A et C.

Je reconnais avoir été informé que le conseiller en sécurité financière est indépendant de l'assureur et n'est pas son représentant.

J'atteste que les déclarations et réponses contenues dans la présente proposition et dans l'entrevue téléphonique sont complètes et véridiques et font partie intégrante de la proposition Juvénile 30/100 et ne peuvent en être dissociées.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

Signatures : _____
Assuré #1 (si 14 ans et plus) Assuré #2 (si 14 ans et plus) Propriétaire (Si compagnie, signataire autorisé)

_____ _____
Parent/tuteur Conseiller



MUTUELLE

DÉBIT PREAUTORISÉ (D.P.A.)

J'autorise **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance à débiter mon compte sur l'institution financière ci-après désignée pour acquitter les montants dus à **L'Union-Vie** en vertu de la police d'assurance émise à la suite de la proposition portant le numéro apparaissant ci-dessus.

Nom de l'institution financière (IF) _____

Adresse de la succursale _____

Genre de compte Chèques Épargne Type de service Personnel Entreprise

Périodicité Mensuelle Annuelle Numéro de transit _____ Numéro de compte _____ Jour de prélèvement | |

IMPORTANT
Joindre un spécimen de chèque en blanc de votre institution financière avec la mention «NUL»

La présente autorisation devra au besoin se lire au pluriel si elle est signée par plus d'une personne.

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance ait reçu de ma part un préavis de sa modification ou de sa résiliation. Ce préavis doit arriver au moins 10 jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit à l'adresse de **L'Union-Vie**. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus d'information sur mon droit d'annuler un D.P.A. du payeur en m'adressant à mon institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca.

L'Union-Vie ne peut céder la présente autorisation, ni directement ni indirectement, par application de la loi, changement de contrôle ou autrement, sans me donner au moins 10 jours de préavis écrit.

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout D.P.A. qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de D.P.A. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

Mentionnez ici tout numéro de polices émises par **L'Union-Vie** ou tout numéro de propositions soumises que vous désirez payer à même cette autorisation _____

Signature telle qu'elle apparaît sur les chèques

Signature telle qu'elle apparaît sur les chèques

N.B. : S'il s'agit d'un compte conjoint où plusieurs signatures sont requises, tous les titulaires du compte doivent signer l'autorisation.

AUTORISATION - Par les présentes, nous soussignés,

1. Reconnaissons avoir lu et reçu l'avis de divulgation de renseignements.
2. Autorisons tout médecin, professionnel de la santé, établissement au sens de la Loi sur les services de santé et services sociaux, compagnie d'assurance, MIB Inc. ou tout autre organisme, institution ou personne détenant des renseignements sur nous ou sur notre santé à les fournir à **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance, et à ses réassureurs.
3. Consentons à ce qu'un rapport confidentiel, comportant des renseignements d'ordre personnel ou relatifs à notre solvabilité, soit demandé en relation avec notre demande d'assurance et autorisons **L'Union-Vie** à faire un bref rapport de nos renseignements médicaux personnels au MIB Inc.
4. Convenons que cette autorisation demeure valide tant qu'elle n'est pas révoquée et, après notre décès, nous consentons à ce qu'elle soit donnée, le cas échéant, par tout héritier, liquidateur ou bénéficiaire de la police établie, renonçant ainsi d'avance au bénéfice de toute disposition légale régissant le secret professionnel et autorisant toute personne à transmettre tous les renseignements requis par **L'Union-Vie**.
5. Nous convenons qu'une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signatures :

Assuré #1 (si 14 ans et plus)

Assuré #2 (si 14 ans et plus)

Propriétaire (Si compagnie, signataire autorisé)

A A A A M M J J

Parent/tuteur

Conseiller

AUTORISATION - Par les présentes, nous soussignés,

1. Reconnaissons avoir lu et reçu l'avis de divulgation de renseignements.
2. Autorisons tout médecin, professionnel de la santé, établissement au sens de la Loi sur les services de santé et services sociaux, compagnie d'assurance, MIB Inc. ou tout autre organisme, institution ou personne détenant des renseignements sur nous ou sur notre santé à les fournir à **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance, et à ses réassureurs.
3. Consentons à ce qu'un rapport confidentiel, comportant des renseignements d'ordre personnel ou relatifs à notre solvabilité, soit demandé en relation avec notre demande d'assurance et autorisons **L'Union-Vie** à faire un bref rapport de nos renseignements médicaux personnels au MIB Inc.
4. Convenons que cette autorisation demeure valide tant qu'elle n'est pas révoquée et, après notre décès, nous consentons à ce qu'elle soit donnée, le cas échéant, par tout héritier, liquidateur ou bénéficiaire de la police établie, renonçant ainsi d'avance au bénéfice de toute disposition légale régissant le secret professionnel et autorisant toute personne à transmettre tous les renseignements requis par **L'Union-Vie**.
5. Nous convenons qu'une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signatures :

Assuré #1 (si 14 ans et plus)

Assuré #2 (si 14 ans et plus)

Propriétaire (Si compagnie, signataire autorisé)

A A A A M M J J

Parent/tuteur

Conseiller

ENTENTE D'ASSURANCE CONDITIONNELLE

Reçu de _____ la somme de _____ \$
pour une proposition d'assurance soumise à **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance, et portant le numéro et la même date que cette entente.

Nonobstant les clauses de la proposition, si toutes les conditions et restrictions indiquées ci-dessous sont respectées intégralement, l'assurance sur la vie ou l'assurance des maladies graves de la ou des personnes à assurer prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) la date de la proposition
- ou
- b) la date du dernier test et/ou du dernier formulaire de preuves d'assurabilité requis par **L'Union-Vie**.

CONDITIONS ET RESTRICTIONS

1. La somme mentionnée ci-dessus doit être encaissable immédiatement et être au moins égale à une prime mensuelle eu égard à cette proposition.
2. Si un chèque est donné à l'égard de cette proposition, il doit être honoré dès la première présentation.
3. À la dernière des dates mentionnées en a) ou b) ci-dessus, chacune des personnes à assurer doit être un risque assurable au taux normal, sans surprime ni modification, d'après les normes de sélection de **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance, touchant la police proposée.
4. Le montant maximal des prestations payables en vertu de cette entente, de toute autre entente semblable et des assurances en vigueur à la Compagnie est égal au montant d'assurance vie ou maladies graves demandé sans toutefois excéder un montant total de 500 000 \$.
5. Toute assurance accordée en vertu de la présente entente est assujettie aux termes de la police proposée et se termine lors du premier des trois événements suivants :
 - a) l'entrée en vigueur de la police issue de cette proposition
 - b) l'expiration de la période de 60 jours après la date de cette entente
 - c) lors de l'envoi au propriétaire par la Compagnie par poste certifiée d'un avis de résiliation.
6. Aucune prestation d'assurance vie ou maladies graves ne sera payable en vertu de cette entente si la personne à assurer :
 - a) a moins de 15 jours
 - ou
 - b) a eu une proposition ou une demande de remise en vigueur refusée, différée ou acceptée avec surprime ou restriction à **L'Union-Vie** ou ailleurs
 - ou
 - c) a été hospitalisée pendant plus de cinq (5) jours au cours des douze (12) derniers mois
 - ou
 - d) s'est suicidée, a fait une fausse déclaration, une réticence ou a fraudé dans la proposition d'assurance
 - ou
 - e) a commis, avait l'intention ou a tenté de commettre un acte criminel.
7. De plus, aucune prestation d'assurance maladies graves n'est payable si l'assuré :
 - a) est diagnostiqué d'un cancer tel que défini dans la police à être émise
 - ou
 - b) est diagnostiqué de toute autre condition couverte par la police à être émise et ne rencontre pas les critères de la période de survie tels que définis dans la police.

Aucun représentant de la Compagnie n'est autorisé à modifier une ou plusieurs des conditions ou restrictions indiquées plus haut.

Si une ou plusieurs des conditions ou restrictions indiquées plus haut n'ont pas été respectées intégralement, la seule responsabilité de la Compagnie en vertu de la présente est le remboursement des primes payées par le propriétaire.

J'ai lu et signé cette entente et je certifie que toutes les explications demandées m'ont été données par le conseiller à ma satisfaction.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

Signature du conseiller _____ Signature du propriétaire _____

IMPORTANT : Détacher et remettre au client si les «Conditions et restrictions» ci-dessus sont respectées intégralement

AVIS DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Toute demande d'assurance vie nécessite une cueillette de renseignements qui soit la plus complète possible. Ces renseignements sont d'ordre médical ou relatifs à votre solvabilité.

Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance vie, y compris **L'Union-Vie**, transigent avec un organisme appelé MIB Inc., organisme sans but lucratif, qui effectue un échange de renseignements au nom de ses compagnies membres.

Tout renseignement relatif à votre assurabilité est traité de façon confidentielle. Toutefois, **L'Union-Vie** pourra en transmettre un résumé au MIB Inc.

Si vous faites une demande d'assurance vie ou maladies graves ou si vous présentez une demande de prestations à une compagnie membre, MIB Inc. fournit à cette compagnie, à la demande de cette dernière, les renseignements qu'il possède sur vous. S'il reçoit une demande de votre part, MIB Inc. prendra des dispositions pour vous donner les renseignements apparaissant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB Inc., vous pouvez lui demander une rectification.

Voici l'adresse du MIB Inc. :

MIB Inc.
330, avenue Université, bureau 501
Toronto (Ontario)
M5G 1R7

Vous pouvez communiquer avec le MIB Inc. au numéro de téléphone suivant : (416) 597-0590

Visitez le www.mib.com pour de plus amples renseignements.

NOTE AU CONSEILLER- Remettre cet avis au propriétaire

AVIS

Pour procéder à l'étude de votre demande d'assurance, il est possible que nous obtenions des renseignements additionnels.

Enquête

Un représentant d'une compagnie d'enquête peut vous contacter afin d'obtenir des informations d'ordre personnel et financier.

Examen médical

Un médecin ou le personnel infirmier d'un organisme paramédical peut vous faire subir un examen médical.

Tests

Un médecin ou le personnel infirmier d'un organisme paramédical ou d'une clinique peut procéder à un prélèvement sanguin ou d'urine. L'analyse portera sur la détermination de plusieurs anomalies possibles telles que cholestérol, diabète, troubles hépatiques, présence de médicaments, drogue, nicotine et le dépistage du SIDA. Avant d'effectuer un prélèvement, votre consentement écrit sera exigé.



BIENVENUE À L'UNION-VIE VOTRE COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE

Nous vous remercions d'avoir souscrit une proposition d'assurance vie chez nous.

L'Union-Vie est une compagnie mutuelle d'assurance entièrement québécoise au service des Québécois depuis 1889, et sa santé financière fait l'envie de ses concurrents. Ses succès sont dus principalement à une saine gestion de ses affaires et à son réseau de distribution solidement implanté au Québec.

Lorsque votre proposition sera acceptée, vous deviendrez automatiquement un mutualiste de **L'Union-Vie**. Le mutualisme confère, entre autres, les avantages suivants :

- le droit de vote aux assemblées générales ;
- le droit d'élire les administrateurs.

Pour vos besoins d'assurance vie individuelle, commerciale et de rentes, l'expertise de **L'Union-Vie** et de votre conseiller vous garantit un service de qualité.

Alexandre Desbiens, ASA, AICA, FRM, PRM
Vice-président
Ventes et marketing
Assurance individuelle et Investissement-retraite

Téléphone : 1 800 567-0988

L'Union-Vie est membre de Assuris.

Assuris est une société à but non lucratif qui protège les assurés canadiens en cas d'insolvabilité de leur compagnie d'assurance vie.

125

années d'engagements
destinés à créer de la
richesse et à protéger
ce qui compte vraiment

uvmutuelle.ca

142, rue Heriot, C.P. 696, Drummondville (Québec) J2B 6W9

Téléphone : 819 478-1315

Télécopieur : 819 474-1990

Sans frais : 1 800 567-0988