

Proposition d'assurance vie

CETTE PROPOSITION NE DOIT SERVIR QU'À LA SOUSCRIPTION
DES ASSURANCES VIE TEMPORAIRE 10, TEMPORAIRE 20, TEMPORAIRE PourVous RBC^{MC}
ET DES AVENANTS ET GARANTIES COMPLÉMENTAIRES QUI S'Y RAPPORTENT



TABLE DES MATIÈRES

Pour votre client

- Collecte et utilisation des renseignements personnels 2-3
- Fiche d'information à l'intention du consommateur – préavis 3

Partie 1

- Renseignements personnels et sur l'emploi 4
- Objet principal de l'assurance 5
- Assurance proposée 5
- Assurance en vigueur ou à l'étude 6
- Bénéficiaire 6
- Propriété 7
- Désignation de fiduciaire 7
- Renseignements d'ordre financier 8
- Renseignements supplémentaires 8-9

Partie 2

- Antécédents médicaux 10-16

Partie 3

- Renseignements sur la prime et le mode de paiement 18
- Accord de débit préautorisé (DPA) 18
- Proposition d'assurance – Avenant d'assurance temporaire pour enfants 19-20
- Convention 22
- Autorisation 24
- Note de couverture 26-27
- Rapport du représentant 28

DÉTACHER ET REMETTRE À LA PERSONNE À ASSURER

COLLECTE ET UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Collecte de vos renseignements personnels

Nous (la Compagnie d'assurance vie RBC) pouvons, à l'occasion, recueillir des renseignements à votre sujet, tels que :

- des renseignements permettant d'établir votre identité (par exemple, nom, adresse postale, numéro de téléphone, date de naissance, etc.) et vos antécédents personnels ;
- des renseignements découlant de votre relation avec nous ;
- des renseignements que vous nous communiquez au cours du processus de proposition et de règlement pour n'importe lequel de nos produits ou services d'assurance ; et
- des renseignements nécessaires à la fourniture de produits ou à la prestation de services.

Nous pouvons recueillir ces renseignements auprès de vous directement ou par l'intermédiaire de nos représentants. Nous pouvons recueillir et vérifier ces renseignements tout au long de notre relation. Nous pouvons les recueillir de diverses sources, notamment des hôpitaux, des médecins et autres professionnels de la santé, du MIB, Inc., du gouvernement (incluant les régimes d'assurance maladie gouvernementaux) et d'autres organismes gouvernementaux, d'autres compagnies d'assurance, d'institutions financières, des rapports sur le dossier du conducteur et de votre employeur.

Utilisation de vos renseignements personnels

Ces renseignements peuvent être utilisés à l'occasion aux fins suivantes :

- vérifier votre identité et examiner vos antécédents personnels ;
- établir et renouveler les produits et services d'assurance que vous pourriez demander ;
- évaluer le risque d'assurance et traiter les demandes de règlement ;
- mieux comprendre votre situation sur le plan de l'assurance ;
- déterminer votre admissibilité aux produits et services d'assurance que nous offrons ;
- nous aider à mieux comprendre les besoins actuels et futurs de nos clients ;
- vous communiquer tout avantage, toute caractéristique et toute information au sujet des produits et services que vous détenez chez nous ;
- nous aider à mieux gérer nos affaires et notre relation avec vous ; et
- comme la loi l'exige ou le permet.

À ces fins, nous pouvons rendre ces renseignements accessibles à nos employés, mandataires, prestataires de services ou tierces parties, qui sont tenus d'en assurer la confidentialité.

Si notre prestataire de service se trouve à l'extérieur du Canada, il est lié par les lois du territoire où il est situé, et les renseignements peuvent être divulgués conformément à ces lois. Les tierces parties peuvent être d'autres compagnies d'assurance, le MIB, Inc. et des institutions financières.

Nous pouvons aussi utiliser ces renseignements et les communiquer aux sociétés de RBC® (i) pour gérer nos risques et nos activités et ceux d'autres sociétés de RBC et (ii) pour nous conformer aux demandes d'information valables vous concernant en provenance des autorités de contrôle, des organismes gouvernementaux, des organismes publics ou d'autres entités habilitées à soumettre de telles demandes.

Si nous connaissons votre numéro d'assurance sociale, nous pouvons l'utiliser à des fins d'information fiscale et le communiquer aux organismes gouvernementaux compétents.

DÉTACHER ET REMETTRE À LA PERSONNE À ASSURER

COLLECTE ET UTILISATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Votre droit d'accès à vos renseignements personnels

Vous pouvez, en tout temps, accéder aux renseignements personnels que nous détenons à votre sujet, en vérifier l'exactitude et les faire rectifier au besoin. Ce droit d'accès peut toutefois être restreint comme la loi le permet ou l'exige. Pour accéder à ces renseignements ou pour nous poser des questions sur nos politiques sur la protection des renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec nous en tout temps, à l'adresse suivante :

Compagnie d'assurance vie RBC
Case postale 515, succursale A
Mississauga (Ontario)
L5A 4M3
Téléphone : 1 800 663-0417
Télécopieur : 905 813-4816

Nos politiques sur la protection des renseignements personnels

Vous pouvez obtenir de plus amples renseignements sur nos politiques sur la protection des renseignements personnels en demandant un exemplaire de notre brochure Prévention des fraudes financières et protection des renseignements personnels, en téléphonant au numéro sans frais indiqué ci-dessus ou en consultant notre site Web à l'adresse www.rbc.com/rensperssecurite.

La proposition est un document juridique qui fait partie intégrante du contrat.

FICHE D'INFORMATION À L'INTENTION DU CONSOMMATEUR – PRÉAVIS

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) ou ses réassureurs peuvent toutefois soumettre un rapport sommaire au MIB, Inc., organisme sans but lucratif chargé d'échanger des renseignements pour les compagnies qui en sont membres. Si vous présentez une demande d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement à une compagnie membre, le MIB fournira à celle-ci, sur demande, les renseignements inscrits au dossier. Si vous lui en faites la demande, le MIB prendra les dispositions nécessaires pour vous communiquer les renseignements contenus dans votre dossier. Si vous mettez en doute l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander qu'on les rectifie en écrivant à l'adresse suivante :

MIB, Inc.,
330 University Avenue
Toronto (Ontario)
Canada M5G 1R7
Téléphone : 416 597-0590
Site Web : www.mib.com

RBC Vie, ou ses réassureurs, peuvent aussi communiquer les renseignements figurant à votre dossier à d'autres compagnies d'assurance vie auprès desquelles vous pourriez présenter une proposition d'assurance vie ou maladie, ou encore soumettre une demande de règlement.



PARTIE 1: RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET SUR L'EMPLOI

(« Vous » et « votre » s'entendent de la personne à assurer)

PERSONNE À ASSURER A

(Cochez une case)

M M^{me} M^{lle} D^r D^{re} Autre

1. Nom légal de la personne à assurer :

a. Nom

b. Prénoms

c. Ancien nom

d. Date de naissance :

Jour Mois Année

e. Lieu de naissance : Pays

f. Sexe : H F

g. Fumeur Non-Fumeur

▶▶ h. Comprenez-vous le français ou l'anglais ?

Oui Non



Si non, veuillez-vous assurer qu'une déclaration d'entente soit signée par la personne à assurer et le(s) titulaire(s) proposant(s) et soumis avec cette proposition.

i. Voulez-vous un contrat en anglais ? Oui Non

j. Citoyen canadien Résident permanent

Autre (préciser)

k. Vous résidez au Canada depuis ans mois

2. Adresse du domicile: a. Numéro

b. Rue

c. Ville

d. Province e. Code postal

f. Numéro de téléphone à domicile ()

Numéro de téléphone au travail ()

Numéro de téléphone cellulaire ()

3. a. Nom de l'entreprise/employeur

b. Adresse de l'entreprise/employeur – Bureau n°

c. Rue

d. Province e. Code postal

f. Ville

g. Numéro de téléphone ()

h. Profession

i. Nature de l'entreprise de l'employeur

j. Décrivez les tâches

k. Depuis combien de temps travaillez-vous pour cet employeur ?

PERSONNE À ASSURER B

(Cochez une case)

M M^{me} M^{lle} D^r D^{re} Autre

4. Nom légal de la personne à assurer :

a. Nom

b. Prénoms

c. Ancien nom

d. Date de naissance :

Jour Mois Année

e. Lieu de naissance : Pays

f. Sexe : H F

g. Fumeur Non-Fumeur

▶▶ h. Comprenez-vous le français ou l'anglais ?

Oui Non

i. Citoyen canadien Résident permanent

Autre (préciser)

j. Vous résidez au Canada depuis ans mois

5. Adresse du domicile :

▶▶ Même que celle de la personne à assurer A

OU a. Numéro

b. Rue

c. Ville

d. Province e. Code postal

f. Numéro de téléphone à domicile ()

Numéro de téléphone au travail ()

Numéro de téléphone cellulaire ()

6. a. Nom de l'entreprise/employeur

b. Adresse de l'entreprise/employeur – Bureau n°

c. Rue

d. Province e. Code postal

f. Ville

g. Numéro de téléphone ()

h. Profession

i. Nature de l'entreprise de l'employeur

j. Décrivez les tâches

k. Depuis combien de temps travaillez-vous pour cet employeur ?

OBJET PRINCIPAL DE L'ASSURANCE

7. a. Individuelle Remplacement du revenu Préservation du patrimoine Autre Veuillez préciser b. Commerciale Protéger un employé clé Financer une convention de rachat Autre Veuillez préciser

ASSURANCE PROPOSÉE



Les contrats sur plus de deux têtes doivent faire l'objet d'une soumission spéciale. S'il y a plus de deux personnes à assurer, veuillez présenter une proposition distincte pour chaque personne à assurer en sus des deux personnes figurant dans la présente proposition et faites des renvois aux propositions.

8. Montant d'assurance vie de base : \$

9. Formule et options de l'assurance de base :

	Durée	Assurance sur une tête	Assurance conjointe premier décès
PourVous RBC®			
* Ne cocher que si votre client a reçu la lettre d'offre de renouvellement de l'assurance temporaire, qui précise qu'il est admissible à ce programme.	(10 to 40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporaire 10	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Temporaire 20	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Nom des personnes à assurer au titre de l'assurance vie de base

	Exonération des primes en cas d'invalidité totale	Garantie en cas de décès accidentel
a.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$
b.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$
c.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$
d.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$
e.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$

11. Avenant d'assurance temporaire 1 :

	Durée	Assurance sur une tête	Assurance conjointe premier décès	Capital assuré \$
PourVous RBC®	(10 to 40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temporaire 10	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temporaire 20	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom des personnes à assurer au titre de l'avenant d'assurance temporaire

N° de proposition

a.		
b.		
c.		
d.		

Avenant d'assurance temporaire 2 :

	Durée	Assurance sur une tête	Assurance conjointe premier décès	Capital assuré \$
PourVous RBC®	(10 to 40)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temporaire 10	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Temporaire 20	20	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Nom des personnes à assurer au titre de l'avenant d'assurance temporaire

N° de proposition

a.		
b.		
c.		
d.		

12. Exonération des primes du payeur : Nom du payeur N° de proposition Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s) : 13. Avenant d'assurance temporaire pour enfants 

Veuillez remplir la proposition d'avenant d'assurance temporaire pour enfants aux pages 19 et 20.

Montant d'assurance de chaque enfant assuré \$

ASSURANCE EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE

Personne à assurer

14. a. Avez-vous une assurance vie en vigueur ou à l'étude, notamment auprès de Vie RBC ? A : Oui Non
 B : Oui Non



Si oui, veuillez préciser en dessous. Remplissez les formulaires de remplacement au besoin.

Personne à assurer A B		Compagnie d'assurance	Montant et type d'assurance (y compris les avenants d'assurance temporaire)	Année et mois d'établissement	L'assurance demandée a-t-elle pour objet de remplacer une police en vigueur auprès d'un autre assureur ?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$ N° de la police <input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Entreprise		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$ N° de la police <input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Entreprise		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$ N° de la police <input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Entreprise		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$ N° de la police <input type="checkbox"/> Particulier <input type="checkbox"/> Entreprise		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

- b. Avez-vous présenté auprès d'une autre compagnie une demande d'assurance vie, maladies graves ou invalidité en même temps que cette proposition ou au cours des 12 derniers mois ?
- Personne à assurer
 A : Oui Non
 B : Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser. ▶▶

Personne à assurer A B		Montant demandé	Type de couverture	Assureur
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> MG <input type="checkbox"/> AI	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> MG <input type="checkbox"/> AI	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> MG <input type="checkbox"/> AI	

BÉNÉFICIAIRE

Les désignations de bénéficiaire sont révocables, sauf stipulation contraire. Au Québec, si le conjoint auquel le propriétaire proposé est légalement marié et est désigné comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable, à moins d'avoir été expressément désigné à titre révocable. La désignation d'un nouveau bénéficiaire ne peut se faire sans l'autorisation par écrit du bénéficiaire irrévocable désigné. Si le bénéficiaire est d'âge mineur, il est recommandé de nommer un fiduciaire afin d'éviter une consignation judiciaire, sauf au Québec. Veuillez remplir le formulaire de désignation de fiduciaire à la page 7. Au Québec, les prestations payables à un mineur sont versées au(x) parent(s) survivant(s) en qualité de tuteur(s).

En cas de désignation d'un mineur comme bénéficiaire irrévocable, sachez que tout changement ayant des répercussions sur la valeur de la police requiert l'autorisation du bénéficiaire irrévocable et une personne mineure ne peut pas donner cette autorisation.

Si tous les bénéficiaires décèdent avant la personne à assurer, les sommes assurées sont payables au bénéficiaire subsidiaire, s'il y a lieu, sinon au titulaire ou aux ayants droit du titulaire.

Assurez-vous que le total des parts des bénéficiaires principaux et subsidiaires est respectivement de 100 %.

15.

Personne à assurer A B	Nom au complet du bénéficiaire			Révocable ou irrévocable	Lien avec la personne à assurer (au Québec, le titulaire proposé)	Bénéficiaire principal ou subsidiaire	Part (%)
	(Prénom)	(Second prénom)	(Nom de famille)				
<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"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

TITULAIRE(S) PROPOSÉ(S)

16. a. Personne à assurer A Personne à assurer B

Personnes à assurer A et B en tenance conjointe*

Le cas échéant, quel est le lien entre les personnes à assurer A et B ?

Autre (Veuillez remplir la section ci-dessous)

b. (Cochez une case) M M^{me} D^r D^{re}

c. Prénom ou nom de l'entreprise

d. Second prénom

e. Nom de famille

f. Lien avec les personnes à assurer A et B

g. Adresse postale (à des fins de facturation et de correspondance)

Numéro et rue

h. Ville

i. Province

j. Code postal

k. À l'attention de

* Dans le cas d'un contrat en tenance conjointe, le droit de survie est implicite, sauf indication contraire. (Au Québec les titulaires doivent se désigner réciproquement titulaires subrogés s'ils désirent le droit de survie.)

COTITULAIRE PROPOSÉ (si la tenance conjointe n'est pas entre les personnes à assurer A et B)

17. a. (Cochez une case) M M^{me} D^r D^{re}

b. Prénom ou nom de l'entreprise

c. Second prénom

d. Nom de famille

e. Lien avec les personnes à assurer A et B

f. Adresse postale (à des fins de facturation et de correspondance)

Numéro et rue

g. Ville

h. Province

i. Code postal

j. À l'attention de

k. Lien avec l'autre cotitulaire proposé

La tenance conjointe est avec droit de survie, sauf indication contraire. (Au Québec, les titulaires proposés doivent se désigner l'un l'autre titulaire subrogé s'ils désirent bénéficier du droit de survie.)

TITULAIRE SUBROGÉ

▶▶ À remplir en cas de souscription de l'avenant d'assurance temporaire pour enfants.

Si tous les titulaires décèdent avant la personne à assurer, en l'absence de la désignation d'un titulaire subrogé, la propriété de la police est transférée aux ayants droit du dernier titulaire de police décédé.

18. a. (Cochez une case) M M^{me} D^r D^{re}

b. Prénom ou nom de l'entreprise

c. Second prénom

d. Nom de famille

e. Lien avec les personnes à assurer A et B

DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE

▶▶ À remplir si le titulaire proposé désire nommer un fiduciaire comme bénéficiaire et qu'un fiduciaire n'a pas déjà été nommé aux termes d'une convention de fiducie écrite.

Cette nomination s'applique aux prestations payables à tout bénéficiaire désigné en vertu de la police qui, au moment de recevoir les prestations, est mineur ou n'a pas la capacité juridique nécessaire pour donner décharge valide. Tout versement fait au fiduciaire libérera la Compagnie d'assurance vie RBC jusqu'à concurrence du montant versé.

J'autorise le fiduciaire, à sa seule discrétion, à employer ces prestations pour l'entretien ou l'instruction du bénéficiaire et à exercer les droits du bénéficiaire en vertu de la police.

La fiducie établie pour tout bénéficiaire prendra fin lorsque ce bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité et aura également la capacité juridique nécessaire pour donner décharge valide, et j'ordonne au fiduciaire de verser à ce moment-là au bénéficiaire l'actif détenu en fiducie pour ce bénéficiaire. Je me réserve le droit, personnellement ou par l'entremise de mon représentant personnel (au Québec : mon tuteur, curateur, liquidateur ou mandataire en cas d'incapacité), de nommer par écrit un nouveau fiduciaire qui remplacera l'ancien.

Je nomme

Prénom

Second prénom

Nom de famille

en qualité de fiduciaire, pour recevoir, en fiducie, les prestations payables en vertu de la police.

Lien avec la personne à assurer

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE FINANCIER

19.

- a. Quel est, en dollars canadiens, votre revenu d'emploi annuel ?
- b. Quelle est votre valeur nette approximative en dollars canadiens ?
- c. Quel est le solde du prêt hypothécaire sur votre résidence privée et/ou votre résidence secondaire ?
- d. Si vous n'êtes pas autonome financièrement, quel est le revenu brut annuel familial ?
- e. Quel est votre revenu annuel provenant d'autres sources (en dollars canadiens) ? ...

Personne à assurer A	Personne à assurer B
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$
\$	\$



Décrivez les
« autres
sources »
de revenu

A	B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- f. Avez-vous déclaré une faillite personnelle ou d'entreprise au cours des 5 dernières années ? **A :** Oui Non
B : Oui Non
- ▶▶ Si oui, inscrivez la date de libération et donnez des précisions ci-dessous.

A	B	Date de libération	Détails complets
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B

20.

À remplir si une assurance commerciale est demandée :

- a. Valeur comptable de l'entreprise en dollars canadiens
- b. Juste valeur marchande de l'entreprise en dollars canadiens
- c. Bénéfice annuel net avant impôts de l'entreprise en dollars canadiens
- d. Veuillez remplir les champs suivants :

Personne à assurer A	Personne à assurer B
\$	\$
\$	\$
\$	\$

Nom des dirigeants	% de participation dans l'entreprise	Montant d'assurance vie en vigueur ou à l'étude	Compagnie d'assurance

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

21. a. Avez-vous touché au cours des 12 derniers mois des prestations de l'assurance emploi, des prestations d'invalidité, des prestations d'une commission des accidents du travail, des prestations d'invalidité du RPC ou du RRQ, des prestations de substitution du revenu ou toute autre forme d'aide sociale ?

Personne à assurer

A : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez préciser.

A	B	Date de début	Date de fin	Assurance-emploi	Invali-dité	Acci-dents du travail	Autre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Décrire <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Décrire <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Décrire <input type="text"/>

- b. Avez-vous effectué un vol à titre d'élève-pilote ou piloté un avion, un ultraléger ou un deltaplane au cours des 24 derniers mois, ou avez-vous l'intention de le faire à l'avenir ?

Personne à assurer

A : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez remplir le questionnaire relatif à l'aviation.

c. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique ou comptez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois ?

Personne à assurer
A : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez fournir des précisions.

A	B	Dates	Pays/villes	Durée des séjours	Motif de voyage
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

d. Au cours des deux dernières années, avez-vous participé à des activités ou des sports dangereux, notamment les courses d'engins motorisés, la plongée sous-marine à une profondeur de plus de 30 m (100 pi), le parachutisme, le ski héliporté ou le ski hors-piste, ou envisagez-vous de le faire ?

Personne à assurer
A : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez préciser.

A	B	Sport ou type d'activité dangereux	Dates, fréquence, professionnel/amateur, récréatif/commercial
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

e. Vous êtes-vous déjà fait refuser une assurance vie, invalidité ou maladies graves ou est-il déjà arrivé qu'une telle assurance fasse l'objet d'une surprime, soit modifiée, ou rescindée ou que son renouvellement ou sa remise en vigueur vous ait été refusé ?

Personne à assurer
A : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez préciser.

A	B	Indiquez le type d'assurance	Avec surprime	Modifiée	Re-fusée	Re-scindée	Renouvellement ou remise en vigueur refusés	Assureur	Raison
<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"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

f. Avez-vous été reconnu responsable d'un acte criminel au cours des 10 dernières années ou êtes-vous actuellement accusé d'une infraction de ce genre ?

Personne à assurer
A : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez préciser.

A	B	Date de l'incident	Précisions, y compris le résultat
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

g. Au cours des 10 dernières années, avez-vous été accusé ou condamné pour des infractions au code de la route, y compris la conduite avec facultés affaiblies, ou votre permis de conduire a-t-il été annulé, suspendu ou êtes-vous actuellement accusé d'une infraction de ce genre ?

Personne à assurer
A : Oui Non
B : Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez fournir le numéro de votre permis de conduire et donner des précisions ci-dessous, y compris les dates, le type d'infraction, le nombre de km/h en sus de la limite.

A	B	Numéro du permis de conduire	Détails, dates, type(s) d'infraction, km/h en sus de la limite
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

PARTIE 2: ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : PERSONNE À ASSURER A

(« Vous » et « votre » s'entendent de la personne à assurer)

Quand vous répondez à ces questions, veuillez NE PAS FOURNIR d'information au sujet d'examens génétiques que vous avez faits ou que vous planifiez faire. Un examen génétique est une sorte d'examen médical qui analyse le ADN, ARN ou les chromosomes. Veuillez fournir l'information au sujet de tous les autres examens médicaux.

Nom légal de la personne à assurer

1. Examen paramédical demandé ? Oui Non



Dans l'affirmative, il n'est pas nécessaire de remplir les pages 12 à 16 pour la personne à assurer A.

2. Taille actuelle cm pi/po Poids actuel kg lb

3. Avez-vous perdu 5kg/10lb ou plus au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

▶▶ Si Oui

Raison	Poids perdu
	<input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/> <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb

4. Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale, faites-vous l'objet d'une investigation médicale ou suivez-vous un traitement, une thérapie ou des séances de counselling, ou **prenez-vous des médicaments** ? Oui Non

Détails

Nom du médicament	Dose	Fréquence	Début de la prise de médicament

5. Avez-vous eu des symptômes ou des problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement ? Oui Non

Détails

6. Qui est votre médecin de famille ou votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituels ? (**S'il n'y en a pas, inscrivez « Aucun ».**)

Indiquez l'adresse complète et le numéro de téléphone.

7. Indiquez le nom du fournisseur de soins de santé qui détient votre plus récent dossier médical, **s'il est différent de votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituel.**

8. Date et raison pour laquelle vous avez consulté la dernière fois un médecin ou fournisseur de soins de santé, QUEL QU'IL SOIT. Veuillez indiquer le nom du fournisseur et décrire les résultats.

9. Vous a-t-on recommandé un suivi ou des investigations supplémentaires, ou avez-vous été adressé à un autre professionnel de santé ? Oui Non

Détails



Les détails peuvent comprendre les affections, les symptômes, la durée, les résultats, les traitements, la date de début de l'affection, le nom du fournisseur de soins de santé et la date de rétablissement.

PARTIE 2: ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX : PERSONNE À ASSURER B

(« Vous » et « votre » s'entendent de la personne à assurer)

Quand vous répondez à ces questions, veuillez NE PAS FOURNIR d'information au sujet d'exams génétiques que vous avez faits ou que vous planifiez faire. Un examen génétique est une sorte d'examen médical qui analyse le ADN, ARN ou les chromosomes. Veuillez fournir l'information au sujet de tous les autres exams médicaux.

Nom légal de la personne à assurer

10. Examen paramédical demandé ? Oui Non



Dans l'affirmative, il n'est pas nécessaire de remplir les pages 12 à 16 pour la personne à assurer B.

11. Taille actuelle cm pi/po Poids actuel kg lb

12. Avez-vous perdu 5kg/10lb ou plus au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

▶▶ Si Oui

Raison	Poids perdu
<input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb

13. Êtes-vous actuellement sous surveillance médicale, faites-vous l'objet d'une investigation médicale ou suivez-vous un traitement, une thérapie ou des séances de counselling, ou **prenez-vous des médicaments** ? Oui Non

Détails

Nom du médicament	Dose	Fréquence	Début de la prise de médicament
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

14. Avez-vous eu des symptômes ou des problèmes de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement ? Oui Non

Détails

15. Qui est votre médecin de famille ou votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituels ? (S'il n'y en a pas, inscrivez « Aucun ».)

Indiquez l'adresse complète et le numéro de téléphone.

16. Indiquez le nom du fournisseur de soins de santé qui détient votre plus récent dossier médical, **s'il est différent de votre fournisseur de soins de santé ou clinique habituel.**

17. Date et raison pour laquelle vous avez consulté la dernière fois un médecin ou un fournisseur de soins de santé, quel qu'il soit. Veuillez indiquer le nom du fournisseur et décrire les résultats.

18. Vous a-t-on recommandé un suivi ou des investigations supplémentaires, ou avez-vous été adressé à un autre professionnel de santé ? Oui Non

Détails



Les détails peuvent comprendre les affections, les symptômes, la durée, les résultats, les traitements, la date de début de l'affection, le nom du fournisseur de soins de santé et la date de rétablissement.

RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX – PERSONNES À ASSURER A ET B

19. **Au cours des 24 derniers mois**, avez-vous fait usage de cigarettes, de cigarettes électroniques, de cigares, de pipes à eau, de noix de bétel, de produits de désaccoutumance au tabac ou de nicotine ou de tabac sous une forme quelconque ? **A**: Oui Non
B: Oui Non

A	B	Précisions (cigarettes, etc.)	La quantité et la fréquence d'utilisation	Date de la dernière utilisation	Précisions sur le produit de désaccoutumance au tabac (type, date de début/fin)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				A
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				B
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

20. Avez-vous fait usage de la marijuana et/ou le haschisch **au cours des cinq dernières années** ? **A**: Oui Non
B: Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez indiquer le type, la quantité et la fréquence de consommation, ainsi que la date de la dernière consommation.

A :
B :

21. Consommez-vous des boissons alcoolisées ? **A**: Oui Non
B: Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez préciser.

	Quantité		Jour	Semaine	Mois	Année
Personne à assurer A :	Bière	cannettes/bouteilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vin	verres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spiritueux	ml/oz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Quantité		Jour	Semaine	Mois	Année
Personne à assurer B :	Bière	cannettes/bouteilles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vin	verres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Spiritueux	ml/oz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Avez-vous déjà sollicité ou reçu des conseils ou des soins relativement à votre consommation d'alcool, ou consommé abusivement de l'alcool ? **A**: Oui Non
B: Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez compléter le Questionnaire sur la consommation d'alcool.

23. Avez-vous déjà fait usage de cocaïne, des barbituriques, du crack ou d'autres stupéfiants, ou avez-vous déjà sollicité ou reçu des conseils ou des soins relativement à l'usage de drogues, sur ordonnance ou non ? .. **A**: Oui Non
B: Oui Non

▶▶ Si oui, veuillez indiquer le type, la quantité et la fréquence de consommation, ainsi que la date de la dernière consommation.

A :
B :

24. Avez-vous déjà reçu une transfusion de sang ou de produits du sang avant 1995 ? **A**: Oui Non
B: Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :



Les détails peuvent comprendre les affections, les symptômes, la durée, les résultats, les traitements, la date de début de l'affection, le nom du fournisseur de soins de santé et la date de rétablissement.

Avez-vous déjà eu des signes que vous étiez atteint de ce qui suit ou été traité pour ce qui suit :

25. a. Syndrome d'immunodéficience acquise, syndrome apparenté au SIDA, maladies liées au SIDA ; ou avez-vous déjà eu des résultats positifs à un test de dépistage des anticorps du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ? **A :** Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :

- b. Maladie ou affection des yeux, des oreilles, du nez, ou de la gorge (y compris la perte de l'usage de la parole) ? **A :** Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :

- c. Apnée du sommeil, insomnie chronique ou autre trouble du sommeil ? **A :** Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :

- d. Douleurs thoraciques, crise cardiaque, angine de poitrine, ECG anormal, pouls irrégulier, souffle au cœur, hypertension artérielle, hypercholestérolémie, maladie vasculaire périphérique ou autre trouble ou maladie du cœur ou du système circulatoire ? **A :** Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :

- e. Accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), maux de tête, déficience cognitive, trouble de la mémoire, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, maladie du motoneurone, maladie de Huntington, évanouissements, étourdissements, convulsions, épilepsie, paralysie, sclérose en plaques, faiblesse musculaire, engourdissement ou fourmillement dans les membres ou affection cérébrale ou nerveuse? **A :** Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :

- f. Toute maladie ou tout trouble des reins, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux, ou calculs rénaux, ou albumine, sang ou sucre dans l'urine ? **A :** Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :

- g. Angoisse, dépression, nervosité, stress, fatigue, épuisement professionnel, trouble de l'alimentation, autre trouble émotionnel, psychiatrique ou mental, psychose ; ou avez-vous déjà fait une tentative de suicide ? **A :** Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :



Les détails peuvent comprendre les affections, les symptômes, la durée, les résultats, les traitements, la date de début de l'affection, le nom du fournisseur de soins de santé et la date de rétablissement.

Avez-vous déjà eu des indices ou suivi un traitement touchant les affections suivantes :

- h. Fatigue chronique, syndrome de fatigue chronique, virus d'Epstein-Barr, fibromyalgie ou douleurs chroniques ?..... **A:** Oui Non
B: Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :

- i. Cancer, nævus dysplasique, tumeur, kyste, masse, lésion, bosse, nodule, polype ou autre excroissance, tout trouble de la peau ou des glandes lymphatiques, troubles du sang ou autre forme d'affection maligne ?..... **A:** Oui Non
B: Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :

- j. Diabète, autre trouble endocrinien, glycémie élevée, affection thyroïdienne, rhumatisme, fièvre rhumatismale, lupus, goutte ou syphilis ?..... **A:** Oui Non
B: Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :

- k. Affection des organes reproducteurs ou des seins, y compris bosses, kystes ou autres masses, autre changement physique, clichés mammaires anormaux ou biopsie ?..... **A:** Oui Non
B: Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :

- l. Perte d'un membre ou difformité, hernie ou rupture, thrombose veineuse profonde, ou varices ?..... **A:** Oui Non
B: Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :

- m. Arthrite, maladie ou trouble des muscles, des os, de la hanche, de la cheville, du genou, du poignet, du coude, de l'épaule, des mains, des pieds ou de toute autre articulation ?..... **A:** Oui Non
B: Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :

- n. Troubles du dos, de la colonne vertébrale ou des disques, y compris tours de reins, entorses ou autres affections ?..... **A:** Oui Non
B: Oui Non

▶▶ Détails

A :
B :



Les détails peuvent comprendre les affections, les symptômes, la durée, les résultats, les traitements, la date de début de l'affection, le nom du fournisseur de soins de santé et la date de rétablissement.

Avez-vous déjà eu des indices ou suivi un traitement touchant les affections suivantes :

- o. Toute forme d'essoufflement, toux chronique, d'asthme, d'emphysème, de bronchite, de pleurésie, de tuberculose ou toute autre affection de la poitrine ou des poumons ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- p. Toute forme d'ulcère gastro-duodénal, d'indigestion, de colite, ou toute autre affection de l'estomac, du côlon ou des intestins, de la vésicule biliaire, du foie, du pancréas, ou avez-vous obtenu des résultats positifs à un test de dépistage de l'hépatite ou été informé que vous étiez porteur de la maladie ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

Exception faite des renseignements fournis aux questions 1 à 25 de la Partie 2, au cours des 10 dernières années, avez vous :

26. a. consulté un médecin, chiropraticien, psychologue, physiothérapeute, ostéopathe, homéopathe ou autre praticien de la santé, ou été examiné par l'un d'eux ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- b. été en observation, traité dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement, ou vous a-t-on conseillé d'y être admis ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- c. vous a-t-on fait passer des radiographies, un ECG, un tomodensitogramme, une IRM, des analyses de sang ou d'urine, un test démontrant un niveau anormal d'APS (antigènes prostatiques spécifiques) ou d'autres épreuves diagnostiques ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :

- d. été avisé de subir une épreuve diagnostique, d'être hospitalisé ou de subir une intervention chirurgicale, sans y donner suite ? A : Oui Non

B : Oui Non

▶▶ Détails

A :

B :



Les détails peuvent comprendre les affections, les symptômes, la durée, les résultats, les traitements, la date de début de l'affection, le nom du fournisseur de soins de santé et la date de rétablissement.

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

PARTIE 3 : RENSEIGNEMENTS SUR LA PRIME ET LE MODE DE PAIEMENT

1. a. Mode de paiement : Mensuel Annuel
- b. Plan de débits préautorisés (DPA) (Remplir l'accord de DPA ci-dessous) OU Facturation directe
- c. Acompte versé ? Oui Non (Paiement à la délivrance de la police)



Si un acompte est versé, la Quittance et Note de couverture est remise en contrepartie (p. 26)

- d. Acquitter la prime de la note de couverture de l'assurance vie par DPA ? Oui Non
- e. La prime de la note de couverture pour l'assurance vie a-t-elle été perçue ? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le montant perçu : \$

- f. Si la note de couverture pour l'assurance vie n'a pas été demandée, la prime initiale sera-t-elle réglée par DPA ? Oui Non

2. ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Veuillez lire avec attention la section intitulée « Collecte et utilisation des renseignements personnels ».

Le ou les payeurs nommés ci-après conviennent de ce qui suit :

- a. Ils autorisent la Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) à effectuer des prélèvements mensuels périodiques sur le compte bancaire qu'ils détiennent à l'institution financière nommée ci-dessous, ou à toute autre institution financière qu'ils pourraient désigner ultérieurement, pour acquitter les primes conformément au calendrier de versement des primes de leur(s) police(s), y compris la prime initiale ou la prime applicable à la note de couverture, si cette note est demandée dans la présente proposition.
- b. **RBC Vie est dispensée de leur adresser un préavis avant de prélever la prime de la note de couverture ou la prime initiale, ou en cas de changement du montant du prélèvement.**
- c. À moins d'indication contraire dans la section Directives spéciales ci-dessous, les prélèvements auront lieu le jour du mois auquel la prime de la police est exigible ou, si cet accord s'applique à plus d'une police, les prélèvements seront alors effectués à la date de prélèvement de la ou des polices en vigueur.
- d. L'institution financière nommée ci-dessous est par la présente autorisée à honorer à partir de maintenant les demandes de prélèvement des primes ou des frais de police présentées par RBC Vie sur le compte bancaire indiqué ci-dessous, y compris la présentation de nouveau d'une demande de prélèvement dans les 30 jours suivant la non-acceptation du prélèvement initial.
- e. Ils s'engagent à informer par écrit RBC Vie de tout changement aux renseignements sur le compte indiqués ci-dessous au moins 5 jours avant le prochain prélèvement prévu. Ils conviennent qu'à l'occasion, ils peuvent autoriser RBC Vie à effectuer ces prélèvements sur un autre compte, suivant leurs instructions verbales ou écrites.
- f. Ils peuvent, tout comme RBC Vie, mettre fin à cet accord, sous réserve d'un préavis de résiliation par écrit d'au moins 10 jours et ce, pour toutes les polices visées par l'accord. Ils peuvent obtenir de l'information supplémentaire sur leurs droits concernant la résiliation de l'accord de DPA en consultant le site de Paiements Canada à l'adresse www.paiements.ca.
- g. En cas de contestation d'un DPA, ils conviennent d'en informer RBC Vie. En cas de recours, ce DPA est considéré s'appliquer à un compte personnel.

Le ou les payeurs ont certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, ils ont le droit de recevoir un remboursement pour tout DPA non autorisé ou non conforme au présent accord. Par exemple, le ou les payeurs ont le droit de recevoir un remboursement pour tout DPA non autorisé ou non conforme au présent accord. Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur leurs droits de recours, ils peuvent communiquer avec leur institution financière ou consulter le site www.paiements.ca.

- h. Les noms et signatures de toutes les personnes dont l'autorisation est requise pour effectuer les prélèvements sur le compte sont fournis ci-dessous.

- i. À ajouter au DPA déjà en vigueur de la ou des polices numéros

- j. Directives spéciales (les prélèvements ne peuvent avoir lieu que du 1^{er} au 28 du mois)

Coordonnées bancaires : Veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « Nul » (le prélèvement sur un compte de marge de crédit n'est pas autorisé).

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nom de la banque ou de l'institution financière

Numéro de succursale

Numéro de banque

Numéro de compte

Adresse

Ville

Province Code postal

Fait à

Ville/Province

le jour de

Mois/Année

Nom du payeur (titulaire du compte)

Nom du deuxième payeur (titulaire du compte) (s'il y a lieu)

Signature du payeur

Signature du deuxième payeur (s'il y a lieu)

PROPOSITION D'ASSURANCE – AVENANT D'ASSURANCE TEMPORAIRE POUR ENFANTS



Doit être un enfant naturel ou un enfant adopté de l'assuré désigné dans la proposition d'assurance vie.
 Un titulaire subrogé doit être désigné dans la proposition principale (voir la question 18 à la page 7).
 Les enfants doivent avoir entre 14 jours et 20 ans.
 Les enfants de 16 ans ou plus, ou de 18 ans ou plus au Québec, doivent signer la proposition.
 Le bénéficiaire de cette assurance est la personne à assurer ou les personnes à assurer conjointement, aux termes de la police.

Nom des enfants

a. Prénom Second prénom Nom de famille
 Fille Garçon Date de naissance (jj/mm/aa)
 Taille cm pi/po Poids kg lb Lien avec la (les) personne(s) à assurer
 Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s)

b. Prénom Second prénom Nom de famille
 Fille Garçon Date de naissance (jj/mm/aa)
 Taille cm pi/po Poids kg lb Lien avec la (les) personne(s) à assurer
 Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s)

c. Prénom Second prénom Nom de famille
 Fille Garçon Date de naissance (jj/mm/aa)
 Taille cm pi/po Poids kg lb Lien avec la (les) personne(s) à assurer
 Lien avec le (les) titulaire(s) proposé(s)

Antécédents médicaux

OUI NON

- Une proposition d'assurance sur un enfant a-t-elle déjà été refusée, reportée ou modifiée de quelque façon que ce soit ?
- L'un des enfants est-il atteint d'un handicap physique ou mental ou a-t-il déjà été atteint d'une maladie ou subi une blessure ayant nécessité un traitement ou une opération ?
- L'un des enfants prend-il actuellement des médicaments ou lui a-t-on recommandé de suivre un traitement ou de passer une épreuve diagnostique sans y donner suite ?
- Les enfants susnommés habitent-ils tous avec la personne à assurer ?
 Dans la négative, indiquez avec qui ils habitent et la fréquence des visites de la personne à assurer avec l'enfant.
- Veillez fournir la date, la raison et les résultats de la dernière visite de l'enfant chez un professionnel de santé. Indiquez dans l'espace ci-dessous le nom au complet du professionnel de santé, son titre professionnel, son adresse (y compris le code postal) et son numéro de téléphone.

Enfant	N° de la question	Précisions

Déclarations et autorisation – Avenant d'assurance temporaire pour enfants

J'atteste qu'à ma connaissance, les réponses aux questions sont exactes, complètes et véridiques et je conviens qu'elles font partie de ma proposition d'assurance vie auprès de la Compagnie d'assurance vie RBC.

J'autorise la Compagnie (la Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires et à recueillir des renseignements personnels me concernant ou concernant mon enfant (désigné dans la proposition d'avenant d'assurance temporaire pour enfants jointe aux présentes). Il est entendu que la Compagnie créera et maintiendra des dossiers contenant des renseignements personnels qui me concernent ou qui concernent mon enfant. Il est entendu également que l'accès à mes renseignements personnels ou à ceux de mon enfant sera limité aux employés de la Compagnie et aux autres personnes embauchées par la Compagnie, dans l'exercice de leurs fonctions, ou aux personnes à qui j'en aurai permis l'accès, par écrit, ou à toute autre personne autorisée par la loi.

De plus, il est entendu que, sauf lorsque la Compagnie a le droit de limiter mon accès aux renseignements personnels me concernant ou concernant mon enfant, et qu'elle le fait légalement, je serai autorisé à étudier les copies des documents contenant ces renseignements personnels que la Compagnie a en sa possession, sous réserve du paiement de frais de reproduction raisonnables. Il est entendu également que je serai autorisé(e) à demander de consulter ces documents et à y signaler toute erreur, et à demander à la Compagnie de les rectifier en lui faisant parvenir, par la poste, une demande écrite.

J'autorise les personnes, les institutions et les organisations énumérées ci-dessous à divulguer et à fournir à la Compagnie tout renseignement, dossier ou autres données me concernant ou concernant mon enfant, concernant mes antécédents ou traitements médicaux ou ceux de mon enfant, et concernant mon revenu et mes emplois passés et actuels ou ceux de mon enfant qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité et leur demande de le faire.

Personnes à qui la présente autorisation s'applique : Tout médecin autorisé, infirmier, conseiller, psychologue, travailleur social, thérapeute, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de réadaptation ou de santé ; tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou tout autre établissement médical ou fournisseur de soins de santé ou de traitements ; le régime d'assurance maladie provincial, toute compagnie d'assurance ou de réassurance ou toute autre institution financière ; mon employeur actuel ou celui de mon enfant, mes anciens employeurs ou ceux de mon enfant ; tout ministère ou organisme fédéral ou provincial, y compris les autorités fiscales fédérales et provinciales et les bureaux du ministère du Transport provincial ; le MIB, Inc. ; ainsi que toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant ou concernant mon enfant. Cette autorisation visant à obtenir des renseignements reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Si je décide de révoquer la présente autorisation d'obtenir des renseignements, la compagnie pourrait mettre fin au processus de tarification et/ou résilier la police, si une police a été établie.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçus par la Compagnie en vertu de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements médicaux ou non, sera utilisé aux fins de l'évaluation du risque à assurer, de l'évaluation des demandes de règlement, de la vérification de la validité de la police telle qu'elle a été établie ainsi que de l'établissement et de la livraison de la police. Dans la mesure raisonnable et nécessaire à ces fins, j'autorise la Compagnie à communiquer lesdits renseignements, dossiers ou données reçus au MIB, Inc., à d'autres compagnies d'assurance ou à tout autre réassureur ainsi qu'à mon représentant de service, notamment mon conseiller ou courtier en assurance. Cette autorisation de communiquer des renseignements dans la mesure raisonnable et nécessaire reste valide à moins que je ne la révoque par écrit.

J'autorise la Compagnie à communiquer à mon représentant de service tout renseignement important concernant mes antécédents médicaux et personnels ou ceux de mon enfant uniquement dans le but d'expliquer toute décision se rapportant à la tarification. Les renseignements ainsi communiqués pourraient comprendre des antécédents de maladie mentale, de maladie infectieuse, de consommation de drogue et d'alcool, des dossiers relatifs à une activité criminelle ou tout autre fait qui aurait une incidence importante sur la décision de la Compagnie de m'assurer ou d'assurer mon enfant. La présente autorisation de divulgation des renseignements à cette fin reste valide pendant 60 jours à partir de la plus éloignée des dates suivantes : la date à laquelle la Compagnie établit une nouvelle police ou modifie une police existante et la date à laquelle la Compagnie m'avise par écrit que ma demande a été refusée, retirée ou jugée comme incomplète.

Je n'accepte pas que mes renseignements médicaux et personnels soient communiqués au représentant de service.

J'autorise également la Compagnie à divulguer à mon professionnel de la santé, ou à celui de mon enfant, tout renseignement d'ordre médical recueilli pour cette proposition d'assurance, y compris les résultats de test sanguin, d'analyse d'urines ou des tests de dépistage de drogue dans l'urine en vue de lui révéler toute constatation médicale pouvant nécessiter une investigation ou un traitement plus poussés ou en vue de lui expliquer toute décision de tarification. La présente autorisation de divulgation des renseignements médicaux reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, a la même valeur que l'original. Elle sera déclarée nulle et sans effet si elle est modifiée de quelque façon que ce soit.



Signature des parents/tuteurs*



Signature des parents/tuteurs*



Signature de tout enfant de 16 ans ou plus (18 ans au Québec)



Signature de tout enfant de 16 ans ou plus (18 ans au Québec)

*Au Québec, s'il y a plus d'un tuteur, tous les tuteurs doivent signer, à moins qu'un des tuteurs n'ait obtenu une procuration l'autorisant à agir unilatéralement au nom de l'enfant.

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

CONVENTION

Le titulaire proposé et la personne à assurer, si elle n'est pas le titulaire proposé, déclarent chacun qu'à leur connaissance, toutes les déclarations et réponses dans toutes les parties de la présente proposition, ainsi que dans tout supplément à la présente proposition, sont complètes et véridiques. Ils conviennent en outre de ce qui suit :

1. La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) a 90 jours pour étudier et donner suite à la présente proposition à compter de la date de sa signature. Si RBC Vie n'a pas émis d'avis d'approbation ou de refus dans ce délai, la présente proposition sera considérée comme nulle et sans effet.
2. L'assurance, en vertu de la police, ne prend effet que lorsque
 - a. la proposition a été acceptée sans modification par RBC Vie (applicable uniquement dans la province de Québec), ou, dans toutes les autres provinces (et au Québec si la proposition est acceptée sous réserve de modifications), une police a formellement été présentée au titulaire proposé et que celui-ci l'a acceptée ; et
 - b. toutes les conditions pour que nous puissions remettre la police au titulaire proposé sont remplies, y compris mais sans s'y limiter, la réception à nos bureaux de toutes les modifications, annexes et exclusions requises pour mettre la police en vigueur, signées par vous dans le délai imparti ; et
 - c. la prime initiale a été acquittée intégralement ; et
 - d. aucun changement n'est intervenu dans l'assurabilité d'une personne à assurer entre la date de signature de la proposition et la date de délivrance de la police. J'informerai/nous informerons immédiatement RBC Vie par écrit de tout changement aux réponses données aux questions de la présente proposition et aux questions posées par entrevue téléphonique, ainsi que dans tout autre questionnaire et lors de tout examen paramédical ou médical (s'il y a lieu) survenant entre la date de la présente proposition, de l'entrevue téléphonique, du ou des questionnaires et de l'examen paramédical ou médical (s'il y a lieu), et la date de délivrance de la police.
3. RBC Vie pourra annuler et rendre sans effet la police et la note de couverture s'il y a une fausse déclaration ou omission de faits essentiels à l'appréciation du risque d'assurance dans l'une des sections de la proposition, lors d'un examen paramédical ou médical, d'une entrevue téléphonique ou dans tout questionnaire rempli en rapport avec la proposition.
4. Le contrat est constitué de la police, des avenants, des exclusions, des modifications et autres documents annexés à la présente de même que de toutes les parties remplies de la proposition, supplément à la proposition et questionnaire. Le fait d'accepter la police revient à en accepter les modalités et à ratifier les changements stipulés par RBC Vie dans la police.
5. Aucune déclaration, ni aucun renseignement recueilli par un représentant de RBC Vie, ou par un médecin examinateur, ne doit être attribué à RBC Vie ou ne lie cette dernière, à moins que ledit renseignement ne soit contenu dans la proposition ou dans toute déclaration d'état de santé et dans toute preuve d'assurabilité connexe. Seul un membre de la direction de RBC Vie peut a) altérer ou modifier les modalités de la présente proposition ou de la police, ou b) renoncer à un droit ou à une exigence de RBC Vie.
6. J'ai lu/nous avons lu et compris la section intitulée « Collecte et utilisation des renseignements personnels » et j'accepte/nous acceptons ses conditions.
7. J'ai reçu et lu une copie du Fiche d'information à l'intention du consommateur – préavis.
8. À moins de stipulation contraire à la question relative à la langue du contrat de la présente proposition, il a été expressément demandé que le contrat et tous les documents qui s'y rapportent soient rédigés en français. (Unless otherwise requested in the Language of Policy question in this application, the policy and all related documents have been expressly requested to be in the French language.)

Fait à (Ville/Province) le de (Jour) (Mois/Année)

Signature de la personne à assurer A ou de ses parents/tuteurs* si la personne à assurer A a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec)

Signature de la personne à assurer B ou de ses parents/tuteurs* si la personne à assurer B a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec)

Signature du titulaire proposé (s'il n'est pas l'une des personnes à assurer) (si le titulaire est une personne morale, inscrire le titre du signataire autorisé ; si le titulaire est un fiduciaire, il doit signer en tant que fiduciaire et indiquer la fiducie)

Signature du cotitulaire proposé (s'il n'est pas la personne à assurer A ou B)

Signature du témoin

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

* Au Québec, s'il y a plus d'un tuteur, tous les tuteurs doivent signer, à moins qu'un des tuteurs n'ait obtenu une procuration l'autorisant à agir unilatéralement au nom de l'enfant.

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

AUTORISATION

Nom de la personne à assurer A

Nom de la personne à assurer B

J'autorise la Compagnie (Compagnie d'assurance vie RBC et ses réassureurs) à mener les enquêtes nécessaires et à recueillir des renseignements personnels me concernant. Il est entendu que la Compagnie établira et tiendra à jour des dossiers contenant mes renseignements personnels. Il est entendu également que l'accès à mes renseignements personnels sera limité aux employés de la Compagnie, et aux autres personnes embauchées par la Compagnie, dans l'exercice de leurs fonctions, ou aux personnes à qui j'en aurai permis l'accès, par écrit, ou à toute autre personne autorisée par la loi. En outre, il est entendu que, sauf lorsque la Compagnie peut limiter mon accès à mes renseignements personnels et qu'elle le fait légalement, je serai autorisé à examiner les copies des documents contenant lesdits renseignements personnels que la Compagnie a en sa possession, sous réserve du paiement de frais de reproduction raisonnables. Il est entendu également que je serai autorisé à demander de consulter ces documents et à y signaler toute erreur, et à demander à la Compagnie de les rectifier en lui faisant parvenir, par la poste, une demande écrite. J'autorise les personnes, les institutions et les organismes énumérés ci-dessous à divulguer et à fournir à la Compagnie tout renseignement, dossier ou autres données me concernant ou concernant mes antécédents ou traitements médicaux, mon revenu et mes emplois passés et actuels, mes études ou ma formation, qu'elles ont en leur possession ou sous leur responsabilité et leur demande de le faire.

Personnes ou organismes à qui la présente autorisation s'applique : Tout médecin autorisé, infirmier, conseiller, psychologue, travailleur social, thérapeute, pharmacien, physiothérapeute, chiropraticien ou autre professionnel de réadaptation ou de santé ; tout hôpital, toute clinique ou pharmacie, ou tout autre établissement médical ou fournisseur de soins de santé ou de traitements ; le régime d'assurance-maladie provincial, toute compagnie d'assurance ou de réassurance ou toute autre institution financière ; mon employeur ou mes anciens employeurs et tout ministère ou organisme fédéral ou provincial, y compris les autorités fiscales fédérales et provinciales et les bureaux du ministère du Transport provincial ; le MIB, Inc. ; ainsi que toute autre personne, agence, agence d'évaluation du crédit ou institution possédant des renseignements, des dossiers ou des données me concernant. Cette autorisation visant à obtenir des renseignements reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Si je décide de révoquer la présente autorisation d'obtenir des renseignements, la compagnie pourrait mettre fin au processus de tarification et/ou résilier la police, si une police a été établie.

Il est entendu que tout renseignement, tout dossier ou toute donnée reçus par la Compagnie en vertu de la présente autorisation, qu'il s'agisse de renseignements médicaux ou non, sera utilisé aux fins de l'évaluation du risque à assurer, de l'évaluation des demandes de règlement, de la vérification de la validité de la police telle qu'elle a été établie ainsi que de l'établissement et de la livraison de la police. Dans la mesure raisonnable et nécessaire à ces fins, j'autorise la Compagnie à communiquer lesdits renseignements, dossiers ou données reçus au MIB, Inc., à d'autres compagnies d'assurance ou à tout autre réassureur ainsi qu'à mon représentant de service, notamment mon conseiller ou courtier en assurance. Cette autorisation de communiquer des renseignements dans la mesure raisonnable et nécessaire reste valide à moins que je ne la révoque par écrit.

J'autorise la Compagnie à communiquer à mon représentant de service tout renseignement important concernant mes antécédents médicaux et personnels uniquement dans le but d'expliquer toute décision se rapportant à la tarification. Les renseignements ainsi communiqués pourraient comprendre des antécédents de maladie mentale, de maladie infectieuse, de consommation de drogue et d'alcool, des dossiers relatifs à une activité criminelle ou tout autre fait qui aurait une incidence importante sur la décision de la Compagnie de m'assurer. La présente autorisation de divulgation des renseignements à cette fin reste valide pendant 60 jours à partir de la plus éloignée des dates suivantes : la date à laquelle la Compagnie établit une nouvelle police ou modifie une police existante et la date à laquelle la Compagnie m'avise par écrit que ma demande a été refusée, retirée ou jugée comme incomplète.

La personne à assurer A n'accepte pas la divulgation des renseignements médicaux et personnels au représentant de service

La personne à assurer B n'accepte pas la divulgation des renseignements médicaux et personnels au représentant de service

J'autorise également la Compagnie à divulguer à mon professionnel de la santé tout renseignement d'ordre médical recueilli pour cette proposition d'assurance, y compris les résultats de test sanguin, d'analyse d'urines ou des tests de dépistage de drogue dans l'urine en vue de lui révéler toute constatation médicale pouvant nécessiter une investigation ou un traitement plus poussés ou en vue de lui expliquer toute décision de tarification. La présente autorisation de divulgation des renseignements médicaux reste valide à moins que je ne la révoque par écrit. Une photocopie de la présente autorisation, signée par moi, a la même valeur que l'original. Toute modification de la présente autorisation la rendra nulle et non avenue.

Fait à

(Ville/Province)

le

(Jour)

de

(Mois/Année)

Signature de la personne à assurer A

Signature de la personne à assurer B

Cette page est laissée en
blanc intentionnellement.

NOTE DE COUVERTURE

En cas de réponse affirmative à l'une des questions suivantes et/ou si l'une quelconque des personnes à assurer a moins de 15 jours ou plus de 65 ans, la personne à assurer n'est pas admissible à la note de couverture. Dans ce cas, il ne faut pas établir de note de couverture.

Quand vous répondrez à ces questions, veuillez NE PAS faire référence au sujet d'examen génétiques que vous avez faits ou que vous planifiez faire. Un examen génétique est une sorte d'examen médical qui analyse l'ADN, l'ARN ou les chromosomes.

	Personne à assurer A		Personne à assurer B	
	OUI	NON	OUI	NON
La personne à assurer :				
1. a-t-elle été traitée pour un trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins, crise cardiaque, hypertension artérielle, douleur thoracique, ECG (électrocardiogramme) anormal, accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, diabète, maladie chronique des reins, du foie ou pulmonaire, cancer ou tumeur, sclérose en plaques, paralysie, maladie du motoneurone, maladie d'Alzheimer, maladie de Huntington, maladie de Parkinson, SIDA, syndrome apparenté du SIDA ou infection au VIH, perte de la parole, cécité ou surdité ou en a-t-elle déjà présenté les signes ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. au cours de la dernière année, a-t-elle été admise dans un centre hospitalier ou autre établissement médical (autrement que pour un accouchement normal) ou lui a-t-on conseillé de l'être ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. s'est-elle fait conseiller de passer des tests, examens ou de subir une intervention chirurgicale sans y avoir encore donné suite ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. au cours des 12 derniers mois, s'est-elle vu refuser une assurance vie, la modification ou remise en vigueur d'une assurance vie, ou une telle assurance a-t-elle été établie autrement qu'aux taux standard ou été modifiée de quelque manière que ce soit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L'une des personnes à assurer :				
5. a-t-elle des symptômes pour lesquels elle n'a pas encore cherché à suivre un traitement, pour lesquels un traitement est prévu ou pour lesquels elle est en attente d'un traitement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fait à (Ville/Province) le de (Mois/Année)

Signature de la personne à assurer A, ou de ses parents/tuteurs si la personne à assurer A a moins de 16 ans (moins de 18 ans au Québec)

Signature du titulaire (s'il n'est pas l'une des personnes à assurer)

Signature du cotitulaire proposé (s'il n'est pas l'une des personnes à assurer)

Reçu de la note de couverture applicable à l'assurance vie (seulement si le proposant en fait la demande)

La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) accuse réception de la somme de \$, au moins l'équivalent d'une prime mensuelle (1/12 de la prime annuelle si la prime est acquittée annuellement) aux taux ordinaires de la police d'assurance demandée au titre de la présente note de couverture applicable à l'assurance vie (assurance vie provisoire); ou encore RBC Vie a reçu l'autorisation dans cette proposition d'assurance vie (la « proposition d'assurance vie ») de prélever cette somme immédiatement par débit préautorisé en paiement de la prime d'assurance sur la tête de

Personne(s) à assurer

Fait à (Ville/Province) le de (Mois/Année)

Signature du représentant

La note de couverture, la proposition d'assurance et le paiement par chèque (s'il y a lieu) doivent tous porter la même date, faute de quoi la note de couverture sera nulle et sans effet.

Note de couverture applicable à l'assurance vie (assurance vie provisoire)

La Compagnie d'assurance vie RBC (RBC Vie) accepte d'assurer la personne à assurer désignée dans le reçu de la note de couverture applicable à l'assurance vie (appelée « personne à assurer » dans la présente note de couverture), sous réserve des conditions ci-dessous.

Assurance

L'assurance vie provisoire entre en vigueur dès la signature de la proposition d'assurance vie et de la demande de note de couverture applicable à l'assurance vie (assurance vie provisoire) et la réception du paiement demandé aux termes de la note de couverture applicable à l'assurance vie.

Dans l'éventualité du décès de la personne à assurer (s'il y a plus d'une personne à assurer, au premier ou au dernier décès, selon la proposition d'assurance vie) pendant que la présente assurance vie provisoire est en vigueur, RBC Vie versera au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans la proposition d'assurance vie, sous réserve d'un maximum de 1 000 000 \$ au titre de la présente assurance vie provisoire et de toute autre assurance vie provisoire établie par RBC Vie sur la tête de la personne à assurer, la MOINDRE des sommes ci-dessous :

a) le montant d'assurance vie demandé dans la proposition, OU

b) 1 000 000 \$.

Si le montant total d'assurance vie demandé sur la tête de la personne à assurer dans la proposition d'assurance vie est supérieur au maximum payable au titre de l'assurance vie provisoire, et que le décès de la personne à assurer survient pendant qu'elle est assurée au titre de l'assurance vie provisoire, RBC Vie remboursera la partie du paiement effectué pour le montant d'assurance en excédent du maximum payable au titre de l'assurance vie provisoire.

Fin de la note de couverture applicable à l'assurance vie

L'assurance au titre de la note de couverture (assurance vie) prend fin à la première des éventualités suivantes :

- a) 90 jours après la date de signature de la proposition ; OU
- b) la date à laquelle RBC Vie envoie par la poste l'avis de résiliation de l'assurance prévue par la note de couverture ; OU
- c) la date d'entrée en vigueur de la police établie par RBC Vie par suite de la proposition ; OU
- d) la date à laquelle le ou les titulaires proposés refusent la délivrance de la police établie par suite de la proposition, ou refusent la police pour quelque motif ; OU
- e) la date à laquelle le ou les titulaires proposés demandent à RBC Vie de résilier la note de couverture ou retirent la proposition ; OU
- f) le jour du décès de la personne à assurer (s'il y a plus d'une personne à assurer, au premier ou au dernier décès, selon la proposition d'assurance vie).

Sauf en cas de fraude, le paiement reçu par RBC Vie est remboursé si l'assurance prend fin conformément aux dispositions des paragraphes a), b), d) ou e).

Restrictions et exclusions

- a) En cas de fausse déclaration ou d'omission de faits importants dans l'une des parties de la proposition d'assurance, de la note de couverture, d'un supplément ou d'un questionnaire à la proposition lors d'un examen paramédical ou médical, aucune assurance vie provisoire n'entre en vigueur et RBC Vie doit, sauf en cas de fraude, rembourser le paiement reçu au titre de la note de couverture.
- b) RBC Vie n'a aucune obligation contractuelle si la personne à assurer décède par suite d'un suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non ; par contre, RBC Vie doit rembourser la prime qu'elle a reçue au titre de la note de couverture.
- c) Aucun avenant d'assurance décès accidentel, invalidité/remplacement du revenu, maladies graves, avenant d'assurance temporaire pour enfants ou remboursement/exonération des primes n'est fourni au titre de la note de couverture.
- d) L'assurance vie provisoire n'entre pas en vigueur si le proposant n'a pas répondu à l'une des questions dans la demande de note de couverture ou a fourni une réponse affirmative à l'une de ces questions ou n'a pas signé la proposition d'assurance vie ou la demande de note de couverture applicable à l'assurance vie, ou si la personne à assurer est âgée de moins de 15 jours ou est âgée de plus de 65 ans, ou si le paiement effectué pour l'assurance vie provisoire n'est pas honoré sur présentation et/ou si la demande de note de couverture applicable à l'assurance vie, la proposition d'assurance vie et le chèque (s'il y a lieu) ne portent pas tous la même date.
- e) La note de couverture applicable à l'assurance vie n'est pas offerte si la proposition d'assurance vie est présentée au titre de la disposition de transformation d'une police en vigueur ou de l'option de transformation au titre d'un avenant d'une police en vigueur.

RAPPORT DU REPRÉSENTANT

1. Les négociations entreprises aux fins de cette proposition d'assurance ont-elles été entamées par :
 Vous ? la (les) personne(s) à assurer ? le (les) titulaire(s) proposé(s) ?

2. Antidater pour sauvegarder l'âge ? Oui Non (On utilise l'âge au plus proche anniversaire lors de la prise de décision par le service de tarification et non pas la date de la proposition.)

3. Autre date requise (jj/mm/aa)

4. Preuve – Les exigences suivantes ont été commandées :
 Profil sanguin ECG/ECG effort Examen médical Dossier de conduite automobile
 Examen paramédical Urine-VIH Signes vitaux
 Autre (préciser)
 Compagnie de services paramédicaux utilisée (préciser)

5. Déclaration du représentant :

J'ai expliqué clairement les dispositions et restrictions de la police demandée et, s'il y a lieu, de la note de couverture aux personnes à assurer et aux titulaires proposés. J'ai posé distinctement toutes les questions comprises dans la proposition ou les personnes à assurer et les titulaires proposés les ont lues distinctement. À ma connaissance, ils ont compris toutes les questions. À ma connaissance, toutes les réponses et déclarations figurant dans la proposition ont été transcrites intégralement et correctement. Aucun renseignement pertinent au sujet des personnes à assurer n'a, à ma connaissance, été passé sous silence dans la proposition. Si une police est établie, je ne la délivrerai aux titulaires proposés seulement qu'après avoir obtenu confirmation que toutes les conditions requises pour délivrer le contrat ont été complètement remplies et qu'aucun changement n'est intervenu dans l'assurabilité des personnes à assurer. Il est entendu que je ne suis pas habilité à modifier la proposition, la note de couverture ou les dispositions de la police, si elles sont établies. J'ai accompli tous mes devoirs et obligations en ce qui a trait à la déclaration du conseiller, et fourni une déclaration du conseiller par écrit aux titulaires proposés.

Date (jj/mm/aaaa)			
Signature du représentant			
Nom du représentant			
Nom de la société du représentant			
Bureau de marketing/AGD			
Part	<input type="text"/> %	Code du représentant attribué <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="text"/> % Code du représentant <input style="width: 100px;" type="text"/>

Veillez utiliser cet espace pour nous communiquer des directives particulières ou nous fournir tout autre renseignement pertinent à l'évaluation du risque.



Assurances