



PARTIE 1 (suite)
SECTION E PROPOSITION D'ASSURANCE-VIE 655376

1. **PLAN(S) DEMANDÉ(S)**

• L'Adaptable 55 65 75 Chapitre A \$
Chapitre B (Assurance libérée)
• L'Harmonie 100 55 65 75
(Spécial fumeur Oui Non)
• Libération 10
• T10 Supérieur avec GIA sans GIA
• Ulysse 2000 (vie universelle)
Risque régulier privilégié super privilégié

• Assurance conjointe premier décès
 dernier décès
 primes jusqu'au dernier décès
 primes jusqu'au 1^{er} décès

(Le ou les propriétaires de la police doivent signer chaque proposition.)

CAPITAL ASSURÉ

2. **GARANTIES COMPLÉMENTAIRES**

Exonération des primes Vie assurée Propriétaire Payeur

En cas... invalidité perte d'emploi
 inv. ou décès perte d'emploi
 invalidité inv. ou décès perte d'emploi

NOM DU...
MAM \$ (Capital assuré)
FRACTURE ACC...
BAGA : Oui Non

Si la garantie BAGA est demandée, les états financiers de l'entreprise doivent être joints à l'achat/vente.

Assurance factuelle maladies critiques

Prestation mens.

SECTION F

PRIME

1. Multicontrats Oui Non
2. Mode de paiement : Annuel Semi-annuel
3. Prime si le mode annuel a été choisi \$
4. Prime si le mode mensuel (PAP) a été choisi \$
5. Prime si le mode mensuel (PAP) a été choisi \$
6. Somme versée pour la proposition \$

Ref. Proposition/Police # Mensuel (PAP)

SECTION G

ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCES

IMPORTANT : 1. Assurance en vigueur Oui Non Si oui, complétez le tableau et indiquez assurance vie, invalidité, crédit, maladies cri-

2. Personne concernée	3. Compagnie	4. Année d'émission et garantie	5. Capital assuré

SECTION H

EMPLOYEUR(S) PRÉCÉDENT(S)

1. Nom, adresse des employeurs des trois (3) dernières années excluant le présent employeur	2. Occupation	3. Durée

SECTION I

INSTRUCTIONS SPÉCIALES

Proposition



L'Union-Vie
Compagnie mutuelle d'assurance

EXIGENCES D'ASSURABILITÉ

ASSURANCE-VIE										
(EXCLUANT LE T-10 SUPÉRIEUR+, T-20 SUPÉRIEUR+ ET ULYSSE 2000 POUR DES VOLUMES DE 250 000 \$ ET PLUS)										
MONTANTS	ÂGES									
	0 à 15	16 à 35	36 à 40	41 à 45	46 à 50	51 à 55	56 à 60	61 à 65	66 à 70	71 à 75
0 - 24 999	1	1	1	1	1	1	2	2	3	4B
25 000 - 49 999	1	1	1	1	1	2	2	2	3	4B
50 000 - 99 999	1	1	1	1	1	2	2	2	3	4B
100 000 - 150 000	1	T	T	T	T	T	3	5	5	5B
150 001 - 250 000	1	T	T	T	T	T	4	5	5	5B
250 001 - 500 000	13	3	3	3	3	4	4	5	5	5B
500 001 - 1 000 000	13	4	4	4	4	5	5	5	5	5B
1 000 001 - 2 000 000	13	4	4	5	5	5	5	5	5	5B
2 000 001 - 5 000 000	13	4	4	5	5	5	5	5	7	7B
Plus de 5 000 000	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8B

T-10 SUPÉRIEUR+, T-20 SUPÉRIEUR+ ET ULYSSE 2000 POUR DES VOLUMES DE 250 000 \$ ET PLUS										
MONTANTS	ÂGES									
	0 à 15	16 à 35	36 à 40	41 à 45	46 à 50	51 à 55	56 à 60	61 à 65	66 à 70	71 à 75
250 000 - 499 999	13	4	4	4	4	4	4	4	5	5
500 000 - 999 999	13	4	4	4	4	5	5	5	5	5
1 000 000 - 1 999 999	13	4	4	5	5	5	5	5	5	5
2 000 000 - 5 000 000	13	4	4	5	5	5	5	5	5	5
Plus de 5 000 000	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
								66 ans et +		8

MALADIES CRITIQUES OU ASSURANCE FACTUELLE EN CAS DE MALADIES CRITIQUES **										
MONTANTS	ÂGES									
	0 à 15	16 à 35	36 à 40	41 à 45	46 à 50	51 à 55	56 à 60	61 à 65	66 à 70	71 à 75
0 -99 999	1	1	1	1	1	9A	9A	9A	9A	9A
100 000 -250 000	1	3	3	3	3	9A	9A	10A	10A	10A
250 001 -500 000	13	4	4	4	4	10A	10A	10A	10A	10A
500 001 -999 999	13	4	4	5	5	11A	11A	11A	11A	11A
1 000 000 et plus	13	6	6	6	6	12A	12A	12A	12A	12A

LÉGENDE :

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> T) Entrevue téléphonique, compléter page 7 1) Déclaration d'assurabilité 2) Paramédical 3) Paramédical avec urine VIH 4) Paramédical avec profil sanguin complet 5) Paramédical avec profil sanguin complet et électrocardiogramme 6) Examen avec profil sanguin complet et électrocardiogramme 7) Paramédical avec profil sanguin complet et tapis roulant 8) Proposition préliminaire à soumettre au siège social 9) Paramédical, profil sanguin complet et antigène spécifique de la prostate | <ul style="list-style-type: none"> 10) Paramédical, profil sanguin complet, antigène spécifique de la prostate et électrocardiogramme 11) Examen médical, profil sanguin complet, antigène spécifique de la prostate, électrocardiogramme 12) Examen médical, profil sanguin complet, antigène spécifique de la prostate, électrocardiogramme avec effort 13) À la discrétion du tarificateur A) Une entrevue téléphonique sera commandée par le siège social pour l'option AdapSanté Equitable Hybride seulement B) Questionnaire « Assurés de plus de 70 ans » |
|---|--|

Pour déterminer les exigences d'assurabilité requises, ajouter à la nouvelle proposition toute demande d'assurance-vie (proposition à l'étude et police émise) soumise à L'Union-Vie ou d'autres assureurs dans les 12 derniers mois et qui demeure en vigueur.

**** Pour l'assurance factuelle, le montant est égal à 24 fois les mensualités.**

L'Union-Vie se réserve le droit de requérir toute exigence supplémentaire en relation avec l'analyse du risque.

PROPOSITION

PARTIE 1

- assurance-vie** (si vous cochez « assurance-vie » seules les protections d'assurance-vie s'appliquent)
 maladies critiques (si vous cochez « maladies critiques » seules les protections des maladies critiques s'appliquent)

SECTION A

PERSONNE À ASSURER

1. Nom _____ Prénom _____ Nom à la naissance _____
 2. État civil _____ 3. Pays de naissance _____ 4. Sexe H F
 5. Date de naissance

A	M	J
---	---	---

 6. Âge au plus proche anniversaire _____ 7. Conserver âge
 8. Citoyen canadien Résident permanent Citoyen américain TIN _____ Autre _____
 9. Depuis quand en Amérique du Nord : _____ 10. N.A.S.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 11. Tabagisme : non fumeur fumeur
 12. Adresse actuelle _____ 13. Depuis quand? _____
 Ville _____ Province _____ Code postal

--	--	--	--	--	--

 14. a) Tél. rés. () - - Tél. bur. () - - Tél. cell. () - -
 b) Adresse courriel _____
 15. Travaille-t-elle présentement? Oui Non Si non, pourquoi? _____
 16. Occupation _____ 17. Employeur _____ 18. Depuis quand? _____
 19. Adresse de l'employeur _____
 20. Genre d'entreprise _____ 21. Revenu annuel _____ 22. Si étudiant, niveau scolaire _____

SECTION B

BÉNÉFICIAIRE

Assurance-vie et maladies critiques : Au décès de la vie assurée, je désigne comme bénéficiaire(s) :

		bénéficiaire	additionnel <input type="checkbox"/>	subrogé <input type="checkbox"/>						
1. _____	%	5. _____		%						
2. Lien avec la personne à assurer	3. Date de naissance <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>	A	M	J	6. Lien avec la personne à assurer		7. Date de naissance <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>A</td><td>M</td><td>J</td></tr></table>	A	M	J
A	M	J								
A	M	J								
* 4. Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>		8. Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>								

* Remarque : Au Québec, en l'absence de tout choix aux questions 4 et 8, la désignation de l'époux ou du conjoint uni civilement est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable. La désignation du bénéficiaire subrogé est toujours révocable.

Maladies critiques : toute prestation par suite d'une condition couverte par le contrat de maladies critiques sera versée **au propriétaire**, à moins d'indication contraire ci-après : _____

Réциpiendaire de la prestation du vivant de l'assuré

Lien avec l'assuré

SECTION C

PROPRIÉTAIRE (à compléter si autre que la personne à assurer)

Tél. rés. : () - -

1. Nom _____ Prénom _____ 2. Sexe H F
 3. N.A.S.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 4. Date de naissance

A	M	J
---	---	---

 5. Âge d'assurance _____
 6. Citoyen canadien Résident permanent Citoyen américain TIN _____ Autre _____
 7. Adresse actuelle _____ Ville _____ Code postal

--	--	--	--	--	--

 8. Occupation _____ 9. Employeur _____
 10. Travaille-t-il? Oui Non 11. Lien de parenté _____
 12. État civil _____ 13. Pays de naissance _____
 14. Propriétaire subrogé Nom _____ Prénom _____

SECTION D

AVENANT D'ASSURANCE-VIE D'ENFANT(S) OUI NON

Si oui, veuillez compléter la partie 2 SECTION ENFANT(S) «Déclarations d'assurabilité pour l'avenant d'assurance-vie d'enfant(s)» (p.8)

Nom	1. Enfant(s)		2. Né(e) le an/mois/jour	3. Taille		4. Poids		5. Sexe	6. Niveau de scolarité
	Prénom			pi. po.	m. cm	lbs	kg		

7. Bénéficiaire pour l'avenant d'enfant(s) _____ 8. Révocable Irrévocable

9. Lien du propriétaire ou bénéficiaire avec les enfants Père Mère Autre

SECTION E

PROTECTION DE BASE		GARANTIES COMPLÉMENTAIRES	
1. a) POUR L'ASSURANCE-VIE	CAPITAL ASSURÉ	2. a) POUR L'ASSURANCE-VIE	
<ul style="list-style-type: none"> Adaptable Equitable <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 45 Chapitre A <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 85 Chapitre B (Assurance libérée) _____ \$ T-10 Supérieur+ Risque <input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> privilégié <input type="checkbox"/> super privilégié T-20 Supérieur+ Risque <input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> privilégié <input type="checkbox"/> super privilégié Ulysse 2000 (vie universelle) Risque <input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> privilégié <input type="checkbox"/> super privilégié Intégral Equitable _____ \$ Juvenile 30/100 _____ \$ _____ \$ Assurance conjointe <input type="checkbox"/> premier décès <input type="checkbox"/> dernier décès 	_____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$	Exonération des primes <input type="checkbox"/> Vie assurée <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Payeur NOM DU PAYEUR _____ <input type="checkbox"/> MAM _____ \$ (Capital assuré) <input type="checkbox"/> FRACTURE ACCIDENTELLE <input type="checkbox"/> Assurance factuelle maladies critiques Prestation mens. _____ \$	En cas... <input type="checkbox"/> invalidité <input type="checkbox"/> perte d'emploi <input type="checkbox"/> invalidité <input type="checkbox"/> inv. ou décès <input type="checkbox"/> perte d'emploi <input type="checkbox"/> invalidité <input type="checkbox"/> inv. ou décès <input type="checkbox"/> perte d'emploi
(Le ou les propriétaires de la police doivent signer chaque proposition.)			

1. b) POUR LES MALADIES CRITIQUES	2. b) POUR LES MALADIES CRITIQUES
<ul style="list-style-type: none"> L'AdapSanté Equitable <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 45 Chapitre A <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 75 Chapitre B (Assurance libérée) _____ \$ <input type="checkbox"/> Avec l'option AdapSanté Equitable Hybride 	Exonération des primes <input type="checkbox"/> Vie assurée <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Payeur NOM DU PAYEUR _____ <input type="checkbox"/> FRACTURE ACCIDENTELLE

SECTION F

PRIME

1. Multicontrats Oui Non Réf. Proposition/Police # _____
 2. Mode de paiement : Annuel Mensuel (D.P.A.) 3. _____ jour du prélèvement (1 à 28 inclus)
 4. Prime pour le mode de paiement choisi _____ \$ 5. Somme versée pour la proposition* _____ \$

* pour un capital assuré maximum de 500 000 \$

PARTIE 1 (suite)**SECTION G****ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCES**

IMPORTANT : 1. Assurance en vigueur **Oui** **Non** Si oui, complétez le tableau et indiquez assurance-vie, invalidité, crédit, maladies critiques ou soins de longue durée.

2. Personne à assurer	3. Compagnie	4. Mois et année d'émission	5. Type de contrat (vie ou autre)	6. Capital assuré	
				Ass. personnelle	Ass. commerciale

SECTION H**EMPLOYEUR(S) PRÉCÉDENT(S)**

1. Nom, adresse des employeurs des trois (3) dernières années excluant le présent employeur	2. Occupation	3. Durée

SECTION I**INSTRUCTIONS SPÉCIALES**

1. Transformation Police # _____ Si bénéficiaire(s) irrévocable(s)/cessionnaire : veuillez le(s) faire signer au bas de la page 15
2. Proposition préliminaire (Aucun montant d'argent ne doit être versé)
3. _____

Localisation

Nom et adresse d'une personne avec qui nous pourrions communiquer si vous omettez de nous donner votre nouvelle adresse le cas échéant.

SECTION J**Ulysse 2000 (vie universelle)**

1. CAPITAL DÉCÈS <input type="checkbox"/> enrichi <input type="checkbox"/> nivelé	RÉPARTITION DES DÉPÔTS ET INVESTISSEMENTS (un maximum de 5 comptes peuvent être choisis avec un minimum de 20 % dans chacun des comptes)
2. ASSURANCE CONJOINTE <input type="checkbox"/> premier décès <input type="checkbox"/> dernier décès <input type="checkbox"/> coûts jusqu'au dernier décès <input type="checkbox"/> coûts jusqu'au 1 ^{er} décès	COMPTES a) Marché monétaire _____ % b) Indice Canadien S&P 60 _____ % c) Indice Obligation Scotia _____ % d) Indice Américain S&P 500 _____ % e) Indice Mondial MSCIW _____ % f) Indice Nasdaq 100 _____ % g) Intérêt garanti 1 an _____ % h) Intérêt garanti 3 ans _____ % i) Intérêt garanti 5 ans _____ % TOTAL _____ 100 %
3. DÉPÔT CHOISI prime prime <input type="checkbox"/> minimum <input type="checkbox"/> maximum <input type="checkbox"/> primaxeur <input type="checkbox"/> autre _____ \$ durée _____ Dépôt forfaitaire _____ \$	
COMPTE TRANSITOIRE (un seul type de compte peut être sélectionné parmi ceux énumérés ci-dessus) _____	
TEST D'EXEMPTION (afin de garder la police exempte d'impôt, les ajustements suivants sont permis) <input type="checkbox"/> augmentation du capital maximal 8 % / an <input type="checkbox"/> augmentation du capital maximal 8 % / an avec renversements <input type="checkbox"/> transfert au compte transitoire	

PARTIE 1 (suite)

SECTION K

(Pour Ulysse 2000 seulement)

VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU (DES) PROPRIÉTAIRE (S) - PAYEUR (S)

La vérification de l'identité du titulaire de police est conforme aux règlements sur le recyclage des produits de la criminalité. Original des documents seulement, pas de reproduction.

Le conseiller en sécurité financière doit vérifier l'identité de chaque personne qui signe la proposition, quand cette personne est le propriétaire / le signataire autorisé d'une compagnie ou le payeur des primes, en examinant le document applicable indiqué pour cette personne. Il lui faut indiquer, pour chaque personne, quel est le document qui a été examiné, le numéro qu'il porte et le territoire de compétence où il a été émis. Le document d'identité doit être l'original et ne pas être périmé.

<input type="checkbox"/> NOM DU PROPRIÉTAIRE / DU SIGNATAIRE AUTORISÉ		PROFESSION OU NATURE DE L'ENTREPRISE	
<input type="checkbox"/> CERTIFICAT DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> PASSEPORT	<input type="checkbox"/> PERMIS DE CONDUIRE <input type="checkbox"/> AUTRE	NUMÉRO DU DOCUMENT	TERRITOIRE DE COMPÉTENCE
NOM DU PROPRIÉTAIRE / DU SIGNATAIRE AUTORISÉ			
<input type="checkbox"/> CERTIFICAT DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> PASSEPORT	<input type="checkbox"/> PERMIS DE CONDUIRE <input type="checkbox"/> AUTRE	NUMÉRO DU DOCUMENT	TERRITOIRE DE COMPÉTENCE
NOM DU PAYEUR - S'IL NE S'AGIT PAS DU / DES PROPRIÉTAIRES		PROFESSION OU NATURE DE L'ENTREPRISE	DATE DE NAISSANCE A M J
<input type="checkbox"/> CERTIFICAT DE NAISSANCE <input type="checkbox"/> PASSEPORT	<input type="checkbox"/> PERMIS DE CONDUIRE <input type="checkbox"/> AUTRE	NUMÉRO DU DOCUMENT	TERRITOIRE DE COMPÉTENCE

DÉTERMINATION DES TIERS

Est-ce que le contractant/propriétaire agit suivant les directives d'une personne ou d'une entité qui n'est pas mentionnée? Non Oui
(Si oui, recueillir les renseignements suivants.)

Les directives sont données par : un particulier une personne morale un autre type d'entité (Veuillez préciser)

Nom du tiers :

Date de naissance :

Lien avec le contractant/propriétaire :

Adresse (pas seulement un numéro de case postale) :

Principale profession ou entreprise (Soyez précis) :

S'il s'agit d'une personne morale, fournir : Numéro de constitution :

Lieu de constitution :

SECTION L

- Personne à assurer : compléter en tout temps
- Enfant : compléter si l'avenant d'assurance-vie d'enfants est demandé
- Propriétaire et payeur : compléter si une garantie complémentaire est demandée sur l'un ou l'autre

EST-CE QUE POUR L'UNE DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LA PRÉSENTE PROPOSITION :

- | | OUI | NON |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Une proposition d'assurance-vie, invalidité, crédit, maladies critiques, risques privilégiés, salaire ou soins de longue durée a été refusée, modifiée ou surprimée (si oui, décision, date, nom de compagnie et raison). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. La présente proposition a pour but de remplacer un contrat présentement en vigueur (si oui, compagnie et compléter « avis pour fin de remplacement ») (voir note 1 page 15). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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?) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Il y a eu des propositions ou des polices d'assurance (vie, invalidité, crédit, maladies critiques, risques privilégiés, salaire ou soins de longue durée) qui ont été à l'étude et/ou terminées au cours des deux dernières années (si oui, compagnie, date d'émission et date de terminaison). | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pour toutes réponses affirmatives, veuillez compléter le tableau suivant :

Quest. n°	Date	Raison	Détails appropriés selon la question

**Les déclarations d'assurabilité contenues au
formulaire paramédical de L'Union-Vie et dans
l'entrevue téléphonique, lorsqu'ils sont exigés,
font partie intégrante du contrat
et les déclarations de la présente proposition
ne sont alors pas requises.**

RENSEIGNEMENTS ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Courriel : _____

Numéro de téléphone : () _____ - _____

Quel est le moment le plus approprié pour vous contacter :

Date de jour (aaaa-mm-jj) : _____ **heure :** _____

Date de soir (aaaa-mm-jj) : _____ **heure :** _____

PARTIE 2

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ

SECTION ENFANT(S)

(Compléter en tout temps si l'avenant d'assurance-vie d'enfant(s) est demandé)

Déclarations d'assurabilité pour l'avenant d'assurance-vie d'enfant(s)		OUI	NON
1.	Une proposition sur un enfant a-t-elle déjà été refusée, reportée, modifiée de quelque façon que ce soit? Si oui, détails (date, compagnie et raison).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	L'enfant est-il né prématurément de plus de quatre semaines? Si oui, détails (nombre de semaines de gestation à la naissance).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	L'enfant est-il atteint d'un handicap physique ou mental ou a-t-il été atteint d'une maladie ou subi une blessure ayant nécessité un traitement ou une opération? Si oui, détails (nature du trouble ou du handicap, date de début et de fin, traitement, nom du médecin et adresse).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	L'enfant prend-il actuellement des médicaments ou lui a-t-on recommandé de suivre un traitement ou de passer des épreuves diagnostiques? Si oui, détails (nom des médicaments, posologies, tests, résultats, traitements, durée, date de rétablissement, séquelle, nom du médecin et hôpitaux consultés).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Fournir la date, raison, résultats de la dernière consultation médicale et nom du médecin pour chacun des enfants. Date : _____ Raison : _____ Résultat : _____ Nom du médecin : _____		

Pour toutes réponses affirmatives, SVP bien vouloir compléter le tableau suivant :

Quest. n° et nom de l'enfant	Date	Raison	Détails appropriés selon la question

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ

SECTION A

(Personne à assurer, propriétaire et payeur)

– Personne à assurer : compléter en tout temps – Propriétaire et payeur : compléter si une garantie complémentaire est demandée sur l'un ou l'autre		OUI	NON
EST-CE QUE L'UNE DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LA PRÉSENTE PROPOSITION :			
1.	A fait ou a l'intention de faire des envolées aériennes autrement que comme passager de lignes commerciales? (si oui, compléter le questionnaire d'aviation).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	A pratiqué ou a l'intention de pratiquer un sport dangereux (par ex. plongée sous-marine, parachutisme, course d'automobile, de moto ou de bateau, deltaplane, ultraléger, alpinisme, escalade ou autre...)? Si oui, remplir le questionnaire approprié.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Au cours des 2 dernières années, a voyagé à l'extérieur de l'Amérique du Nord ou a l'intention de voyager à l'extérieur de l'Amérique du Nord dans les prochaines années? (si oui, compléter le questionnaire de voyage à l'étranger).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	S'est fait, au cours des 5 dernières années, suspendre ou retirer son permis de conduire ou a été trouvée coupable d'une infraction ou plus au Code de la route? (si oui, détailler et compléter le formulaire d'autorisation de la SAAQ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	A été reconnue coupable de conduite avec des facultés affaiblies ou de conduite avec une alcoolémie dépassant le taux prévu par la loi ou doit répondre actuellement d'une accusation à cet égard? (si oui, détailler et compléter le formulaire d'autorisation de la SAAQ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour toutes réponses affirmatives, veuillez compléter le tableau à la page suivante.