



AUTORISATION DE PLACEMENT DU PROPRIÉTAIRE

Par la présente, j'autorise _____ (Conseiller(ère) en sécurité financière) à informer L'Union-Vie de mes décisions quant aux options d'investissement à appliquer au présent contrat.

Il est entendu que L'Union-Vie ne sera pas tenue responsable d'une perte ou d'une obligation qui pourrait découler d'un acte posé par L'Union-Vie à la suite des directives de mon conseiller(ère).

La présente autorisation ne prendra fin qu'à compter du moment où une révocation écrite sera reçue au siège social de L'Union-Vie. La révocation de cette autorisation ne prendra effet qu'à la réception de l'avis. Également, si je devais changer de conseiller(ère), cette autorisation demeurera en vigueur tant que je n'aurai pas fait parvenir un avis écrit d'annulation à L'Union-Vie.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 ____.

Signature du propriétaire

Signature du conseiller(ère)

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

Nom de l'institution financière (IF)		IMPORTANT	
Adresse de la succursale		Joindre un spécimen de chèque en blanc de votre institution financière avec la mention « NUL »	
Genre de compte	Chèques <input type="checkbox"/> Épargne <input type="checkbox"/>	Type de service	Personnel <input type="checkbox"/> Entreprise <input type="checkbox"/>
Numéro de transit		Numéro de compte	
Périodicité		Jour de prélèvement	
Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/>			

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

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

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

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

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

X _____ Signature telle qu'elle apparaît sur les chèques **X** _____ Signature telle qu'elle apparaît sur les chèques

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

AUTORISATION — Par les présentes, nous soussignés,

100002843

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

Signé à _____ ce _____ e jour de _____ 20 _____

X _____ **X** _____
 Personne à assurer (si l'assuré est mineur, signature du père, de la mère ou du tuteur) Propriétaire

X _____
 Conseiller

AUTORISATION — Par les présentes, nous soussignés,

100002843

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

Signé à _____ ce _____ e jour de _____ 20 _____

X _____ **X** _____
 Personne à assurer (si l'assuré est mineur, signature du père, de la mère ou du tuteur) Propriétaire

X _____
 Conseiller



ENTENTE D'ASSURANCE CONDITIONNELLE

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

*Si la somme versée excède la prime d'une assurance-vie ou maladies critiques de 500 000 \$, l'excédent sera remboursé. Nonobstant les clauses de la proposition, si toutes les conditions et restrictions indiquées ci-dessous sont respectées intégralement, l'assurance sur la vie ou l'assurance des maladies critiques de la ou des personnes à assurer prend effet à la dernière des dates suivantes :

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

CONDITIONS ET RESTRICTIONS

- 1) La somme mentionnée ci-dessus doit être encaissable immédiatement et être au moins égale à une prime mensuelle eu égard à cette proposition.
- 2) Si un chèque est donné à l'égard de cette proposition, il doit être honoré dès la première présentation.
- 3) À la dernière des dates mentionnées en a) ou b) ci-dessus, chacune des personnes à assurer doit être un risque assurable au taux normal, sans surprime ni modification, d'après les normes de sélection de L'Union-Vie, Compagnie mutuelle d'assurance, touchant la police proposée.
- 4) Le montant maximal des prestations payables en vertu de cette entente, de toute autre entente semblable et des assurances en vigueur à la Compagnie est égal :
 - a) au montant d'assurance-vie ou maladies critiques demandé sans toutefois excéder un montant total de 500 000 \$
 - b) à la prestation mensuelle de l'option AdapSanté Equitable Hybride sans toutefois excéder un montant de 1 500 \$ par mois pour un maximum de 6 mois.
- 5) Toute assurance accordée en vertu de la présente entente est assujettie aux termes de la police proposée et se termine lors du premier des trois événements suivants :
 - a) l'entrée en vigueur de la police issue de cette proposition
 - b) l'expiration de la période de 60 jours après la date de cette entente
 - c) lors de l'envoi au propriétaire par la Compagnie par poste certifiée d'un avis de résiliation.
- 6) Aucune prestation d'assurance-vie ou maladies critiques ne sera payable en vertu de cette entente si la personne à assurer :
 - a) a moins de 15 jours ou 66 ans et plus
 - ou
 - b) a eu une proposition ou une demande de remise en vigueur refusée, différée ou acceptée avec surprime ou restriction à L'Union-Vie ou ailleurs
 - ou
 - c) a été hospitalisée pendant plus de cinq (5) jours au cours des douze (12) derniers mois
 - ou
 - d) s'est suicidée, a fait une fausse déclaration, une réticence ou a fraudé dans la proposition d'assurance
 - ou
 - e) a commis, avait l'intention ou a tenté de commettre un acte criminel.
- 7) De plus, aucune prestation d'assurance maladies critiques n'est payable si l'assuré :
 - a) est diagnostiqué d'un cancer tel que défini dans la police à être émise ou
 - b) est diagnostiqué de toute autre condition couverte par la police à être émise et ne rencontre pas les critères de la période de survie tels que définis dans la police.

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

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

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

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20____

X _____ **X** _____

Signature du conseiller Signature du propriétaire

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



AVIS DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

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

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

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

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

Voici l'adresse du MIB Inc.
 MIB Inc.
 330, avenue Université, bureau 501
 Toronto (Ontario)
 M5G 1R7
 Tél. : (416) 597-0590
 www.mib.com

NOTE AU REPRÉSENTANT — Remettre cet avis au propriétaire

AVIS

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

Enquête

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

Examen médical

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

Tests

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

RAPPORT DU CONSEILLER EN SÉCURITÉ FINANCIÈRE (Ne sera pas reproduit dans la police)

PARTIE 3

CE RAPPORT EST UNE SOURCE D'INFORMATION DE PREMIER ORDRE ET IL SE DOIT D'ÊTRE COMPLÉTÉ AVEC MINUTIE.

SECTION A

ORIGINE DE LA VENTE

Demande du client Connaissance/ami Offre faite au client Cas référé par un client Parenté Degré _____

Autre _____

Client(e) connu(e) depuis _____ Présent(e) lors de la signature Oui Non

SECTION B (à compléter pour toute assurance commerciale)

Les renseignements demandés ci-après ont pour but de vérifier si le montant d'assurance demandé est bien en relation avec l'importance de l'entreprise et la fonction occupée par la personne à assurer.

1. But de l'assurance : Convention d'achat/vente Protection homme clé Garantie d'emprunt Autre _____
2. Depuis combien d'années l'entreprise existe-t-elle? _____
3. Quel est l'avoir net de l'entreprise? _____ \$ Valeur marchande de l'entreprise : _____ \$
4. Donner le bénéfice net de l'entreprise pour les deux dernières années : _____ \$ _____ \$
5. Quelle est la part de la personne à assurer dans l'entreprise? _____
6. Quel est le montant d'assurance-vie commerciale détenu par chacun des associés?

Nom de l'associé	Capital assuré	% part	Nom de l'associé	Capital assuré	% part

7. Remarques supplémentaires : _____

SECTION C

1. J'ai demandé les exigences d'assurabilité suivantes : _____

à l'organisme paramédical _____ N° de l'autorisation _____

SECTION D

IDENTIFICATION DU CONSEILLER

Nom/prénom	%	Code conseiller	Cabinet s'il y a lieu	Code agent général

SECTION E

Je confirme avoir déclaré au preneur de ce contrat les noms des compagnies que je représente, la possibilité que je reçoive une compensation (telle une commission) et une compensation additionnelle (telle un boni) et que je n'ai aucun conflit d'intérêts concernant cette transaction proposée avec L'Union-Vie compagnie mutuelle d'assurance, ni avec le preneur. Également, je confirme avoir vérifié par des documents officiels et originaux, les informations obtenues pour compléter les sections A, C et K de la partie 1.

Signé à _____ ce _____^e jour de _____ 20 _____

Signature du conseiller **X** _____

• Pour une émission plus rapide de la police

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



BIENVENUE À L'UNION-VIE

VOTRE COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE

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

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

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

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

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

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

Téléphone : 1 800 567-0988

L'Union-Vie est membre de Assuris.

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

