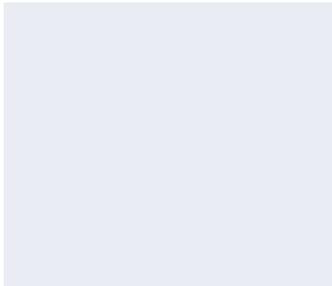


# PROPOSITION - PROGRAMME ACCI-JET

Nouvelle vente

Modification

Numéro de contrat visé



Nom du représentant <input type="text"/>	Adresse courriel du représentant* <input type="text"/>	Code <input type="text"/>	<input type="text"/>	%
Nom du représentant <input type="text"/>	Adresse courriel du représentant* <input type="text"/>	Code <input type="text"/>	<input type="text"/>	%
Cabinet <input type="text"/>	Adresse courriel du cabinet* <input type="text"/>	Code <input type="text"/>	<input type="text"/>	

\* Adresse courriel requise. Si vous nous l'avez déjà communiquée et qu'elle n'a pas changé, vous pouvez laisser la case vide.



ON S'INVESTIT, POUR VOUS.



## 1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (Preneur / Assuré principal)

Nom de famille		Adresse de résidence	
<input type="text"/>		no   rue   app/condo	
Prénom		Ville	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Adresse courriel		Province	Code postal
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	Sexe	Téléphone domicile/cellulaire	Téléphone travail
A   M   J	<input type="checkbox"/> Conserver l'âge <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PAYS DE NAISSANCE		Nom de l'entreprise (Preneur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non)	Date d'entrée en fonction
Si Canada, spécifier la Province : <input type="text"/> Si É.-U., spécifier l'État : <input type="text"/>		A   M   J	
Si pays autre que Canada, Au Canada depuis A   M   J		Adresse d'affaires <input type="checkbox"/> Identique à l'adresse de résidence	
Statut légal actuel <input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Autre*, spécifier : <input type="text"/>		no   rue   bureau	
* Veuillez joindre une copie de votre permis de travail ainsi que la preuve de votre demande de résidence permanente, le cas échéant.		Ville	Province
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Code postal	
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Langue de correspondance	Adresse de correspondance
		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Affaires

## 2 OCCUPATION

Occupation*	Brève description de tâches	Tâches manuelles <input type="text"/> %	Revenu Annuel (voir section 3)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Tâches administratives ou de supervision <input type="text"/> %	<input type="text"/> \$

\*Veuillez utiliser le libellé exact de l'occupation tel qu'indiqué dans le Guide de tarification

Versez-vous des cotisations à l'assurance emploi (A. E.) ? **Oui**  **Non**  Travaillez-vous à votre domicile plus de 50 % du temps ? **Oui**  **Non**

Êtes-vous un camionneur ? **Oui**  **Non**  Si oui, pourcentage de travail manuel et/ou demandant un effort physique  %

## 3 CALCUL DU REVENU ANNUEL

REVENU ANNUEL NET (après dépenses et avant impôts) :  \$

### SECTION POUR ENTREPRENEURS SEULEMENT

<b>REVENU BRUT</b>	Chiffre d'affaires	<input type="text"/> \$	<b>REVENU NET</b>	Bénéfice net	<input type="text"/> \$
	Coût des produits	- <input type="text"/> \$		Salaire de l'assuré	+ <input type="text"/> \$
	Salaires et charges sociales (Sauf ceux de l'assuré)	- <input type="text"/> \$		Total	= <b>(2)</b> <input type="text"/> \$
	<b>Total</b>	= <b>(1)</b> <input type="text"/> \$			

Le **REVENU ANNUEL** est le montant le plus élevé entre 50 % de **(1)** et 100 % de **(2)**  \$

## 4 PRENEUR (À remplir si autre que l'Assuré)

Nom de famille		Adresse de résidence <input type="checkbox"/> Identique à l'Assuré	
<input type="text"/>		no   rue   app/condo	
Prénom		Ville	Province
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance	Sexe	Lien avec l'Assuré	Code postal
A   M   J	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>
		Téléphone domicile/cellulaire	Téléphone travail
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 5 BÉNÉFICIAIRE (pour les couvertures de DMA et de frais généraux)

Nom de famille	Prénom	Sexe	Répartition	Statut*	Lien avec l'assuré principal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/> %	Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/> %	Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

\*Il est à noter qu'en l'absence d'une stipulation d'irrévocabilité, le bénéficiaire sera toujours révocable, sauf si le Code civil du Québec s'applique et que le bénéficiaire est marié ou uni civilement à l'assuré principal, auquel cas le bénéficiaire sera toujours irrévocable en l'absence d'une stipulation de révocabilité.

## 6 PROTECTION FAMILIALE

Si vous avez choisi une protection qui couvre votre conjoint et/ou vos enfants, veuillez compléter cette section pour toutes les personnes à charge.

Nom de famille	Prénom	Sexe	Lien de parenté	Date de naissance		
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		A	M	J
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		A	M	J

## 7 AUTRE(S) CONTRAT(S) D'ASSURANCE

Avez-vous présentement d'autre(s) contrat(s) d'assurance, excluant toute assurance créancier collective ?  Oui  Non

Type	Compagnie	Année d'émission	Montant	À l'étude	En vigueur	À remplacer*
<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inv.			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inv.			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inv.			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Si l'assurance demandée remplace une autre assurance actuellement en vigueur, veuillez joindre les états comparatifs requis (Québec : vie et invalidité / Hors-Québec : vie seulement).

## 8 ADMISSIBILITÉ - ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT OU DE BLESSURE MUSCULAIRE OU LIGAMENTAIRE

- 1- Exercez-vous présentement un travail rémunérateur à raison d'un minimum de huit mois par année et 21 heures par semaine ? Oui  Non
- 2- Êtes-vous présentement limité dans vos mouvements ou activités quotidiennes suite à une blessure ou une maladie ? Oui  Non
- 3- Souffrez-vous d'une maladie neurodégénérative chronique ou d'un handicap physique ou intellectuel permanent ? Oui  Non

**Si vous répondez « NON » à la question 1 ou « OUI » aux questions 2 ou 3, VOUS N'ÊTES PAS ADMISSIBLE à ce produit.**

## 9 ADMISSIBILITÉ À L'ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS DE MALADIE

**Si vous répondez « OUI » à l'une des questions médicales ou non médicales suivantes, VOUS N'ÊTES PAS ADMISSIBLE à l'assurance invalidité en cas de MALADIE.**

### A QUESTIONS MÉDICALES

- 1- Votre poids est-il plus élevé que le poids correspondant à votre taille indiqué dans le tableau ci-dessous? Oui  Non

Taille/pieds	Poids/Livres	Taille/mètres	Poids/Kilogrammes
4'10" à 5'2"	210 lb	1,47 m à 1,58 m	95 kg
5'3" à 5'6"	234 lb	1,59 m à 1,68 m	106 kg
5'7" à 5'10"	264 lb	1,69 m à 1,78 m	119 kg
5'11" à 6'2"	294 lb	1,79 m à 1,88 m	133 kg
6'3" à 6'7"	324 lb	1,89 m à 2,01 m	146 kg

- 2- Au cours de votre vie, avez-vous souffert de ou été traité pour les maladies suivantes :
- a) Syndrome immunodéficientaire acquis (SIDA) ou subi des tests ayant donné un résultat séropositif au virus de l'immunodéficiences humaine (VIH)? Oui  Non
- b) Crise cardiaque (infarctus), angine de poitrine, maladie des valves cardiaques, accident vasculaire cérébral (AVC), ischémie cérébrale transitoire (ICT), anévrisme ou tout trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins? Oui  Non
- c) Leucémie, lymphome, tumeur maligne ou toute forme de cancer (sauf un carcinome basocellulaire)? Oui  Non
- d) Maladie de Crohn, colite ulcéreuse, maladie du foie chronique (y compris cirrhose, fibrose, hépatite C ou tout autre type d'hépatite chronique) ou pancréatite? Oui  Non
- e) Maladie polykystique des reins ou insuffisance rénale? Oui  Non
- f) Diabète de type 1 ou complications suivantes résultant d'un diabète de type 2 : troubles des yeux, des nerfs périphériques ou des reins? Oui  Non
- 3- Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous souffert de ou été traité pour les maladies suivantes :
- a) Asthme nécessitant un traitement quotidien, bronchite chronique, emphysème, fibrose kystique, sarcoïdose ou apnée du sommeil? Oui  Non
- b) Toute maladie rénale ou du système génito-urinaire nécessitant un suivi régulier (soit plus d'une visite par année) auprès de votre médecin ou d'un spécialiste? Oui  Non
- c) Toute forme d'arthrite (arthrose non incluse), toute forme de lupus, dystrophie musculaire ou discopathie dégénérative incluant hernie discale? Oui  Non
- 4- Au cours des douze (12) derniers mois :
- a) Si vous souffrez de diabète type 2, votre médication a-t-elle été modifiée (ajout ou remplacement d'un médicament, hausse ou baisse du dosage)? Oui  Non
- b) Est-ce qu'une maladie ou une blessure a entraîné un arrêt de travail de plus de deux semaines consécutives? Oui  Non

**A** QUESTIONS MÉDICALES (suite)

- 5- Présentement, nécessitez-vous un suivi régulier, soit plus d'une visite par année, auprès de votre médecin ou d'un spécialiste concernant tout trouble ou maladie des yeux, oreilles, nez, gorge, peau ou sang? Oui  Non
- 6- Vous a-t-on recommandé de passer un test ou de consulter un médecin (autre que dans le cadre d'un examen de routine ou d'un programme de prévention gouvernemental) ou de subir une chirurgie, et qui sont toujours en attente? Oui  Non
- 7- Un membre de votre famille immédiate (père, mère, frère ou sœur) a-t-il reçu le diagnostic avant l'âge de 60 ans de :
- a) Cancer du sein ou des ovaires, cancer colorectal ou polypose adénomateuse familiale? Oui  Non
- b) Chorée de Huntington ou maladie polykystique des reins? Oui  Non

**B** QUESTIONS NON-MÉDICALES

- 1- Au cours des cinq (5) dernières années :
- a) Avez-vous fait usage de drogues dures ou narcotiques sans ordonnance médicale? Oui  Non
- b) Avez-vous été traité pour usage de drogues ou d'alcool, adhéré à un groupe de soutien ou vous a-t-on recommandé de réduire votre consommation ou de recevoir des traitements? Oui  Non
- 2- Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou êtes-vous en attente d'un jugement pour infraction criminelle, ou votre permis a-t-il été suspendu, retiré ou restreint (pour toute raison autre que contraventions impayées)? Oui  Non

**10** SOMMAIRE DES PROTECTIONS DEMANDÉES

Catégorie  C /  B /  1A /  2A /  3A /  4A |  COMMISSION DE BASE (par défaut)  COMMISSION ACCÉLÉRÉE (non disponible pour camionneur)

ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT OU DE BLESSURE MUSCULAIRE OU LIGAMENTAIRE										
DÉLAI DE CARENCE Nombre de jours	COUVERTURE		DURÉE DES PRESTATIONS			OPTIONS ADDITIONNELLES			MONTANT DES PROTECTIONS	PRIME MENSUELLE
	24 heures sur 24	Non liée à l'occupation	2 ans	5 ans	Jusqu'à 70 ans	Invalidité partielle	Remboursement des primes	Prolongation occ. régulière (5 ans)		
	<input type="checkbox"/>	\$	\$							
	<input type="checkbox"/>	\$	\$							
<b>Frais généraux</b>									\$	\$

ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS DE MALADIE							
DÉLAI DE CARENCE Nombre de jours	COUVERTURE 24 heures sur 24	DURÉE DES PRESTATIONS			OPTIONS ADDITIONNELLES IDENTIQUES À CELLES CHOISIES POUR L'ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT OU DE BLESSURE MUSCULAIRE OU LIGAMENTAIRE	MONTANT DES PROTECTIONS	PRIME MENSUELLE
		2 ans	5 ans	Jusqu'à 70 ans			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	\$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	\$
<b>Frais généraux</b>						\$	\$

PROTECTIONS OPTIONNELLES		
<b>DÉCÈS, MUTILATION OU PERTE D'USAGE SUITE À UN ACCIDENT</b> (De 25 000 \$ à 350 000 \$ par tranche de 25 000 \$)		\$
<b>FRACTURE ACCIDENTELLE</b> (1 unité: 5 000 \$, 2 unités: 10 000 \$)		\$
<b>SOINS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES SUITE À UN ACCIDENT</b> (Prime mensuelle: 2,50 \$)	<input type="checkbox"/>	\$
<b>ASSURANCE VOYAGE</b>	Assuré principal : A    Familiale : F	A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

FRAIS DE POLICE		2,50	\$
Une prime annuelle minimale de 100 \$ est exigée pour tout contrat. Pour un paiement annuel, prime mensuelle X 12.		<b>TOTAL</b>	\$

## 11 MODE DE PAIEMENT

J'autorise **L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie** à prélever à chaque mois des effets sur mon compte bancaire auprès de mon institution financière, pour les fins de paiement de primes d'assurance. La présente autorisation concerne les prélèvements dans la catégorie «personnelle». Je recevrai, au moins **dix jours** avant le premier prélèvement et avant tout changement de date de prélèvement ou de montant à être prélevé, un avis à cet effet. De même, je recevrai un avis en cas **d'effet retourné par la banque avec mention fonds insuffisants ou arrêt de paiement**. À noter que les effets retournés feront l'objet de frais administratifs qui seront perçus en même temps que le montant retourné et le paiement régulier suivant. Veuillez prendre note que le premier prélèvement sera ajusté afin de refléter la période réelle entre la première prime payée, la date de mise en vigueur des protections et la date que vous avez choisie pour le prélèvement. Les prélèvements suivants correspondront à la prime mensuelle. Cette autorisation peut être révoquée à n'importe quel moment sur signification d'un avis écrit de ma part à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie au moins dix jours avant la date d'échéance du prochain prélèvement. J'ai certains recours et je peux, par exemple, contester un prélèvement automatique s'il n'est pas compatible avec la présente autorisation. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou pour toute information, vous pouvez contacter votre institution financière ou visiter le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). Pour de plus amples informations, nous vous invitons à communiquer avec notre Centre Contact Clients et Partenaires au 1 800 465-5818 ou par courriel à l'adresse [service@iaexcellence.com](mailto:service@iaexcellence.com).

**Avis important : en cas de retour bancaire, des frais de 5 \$ seront chargés.**

**Prime annuelle** → Par chèque à l'ordre de **L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie**.

Prime initiale	Primes subséquentes	
<input type="checkbox"/> Chèque joint à l'ordre de <b>L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie</b>	<input type="checkbox"/> Paiement mensuel préautorisé le <input type="text"/> de chaque mois (1 à 28)	
<input type="checkbox"/> Paiement préautorisé prélevé sur réception de la proposition	Si aucune date indiquée, la prime sera prélevée à la date de prise d'effet du contrat.	
	<input type="checkbox"/> Même compte bancaire que le contrat # <input type="text"/>	
Veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « Annulé ».		
OU		
Veuillez nous indiquer le nom de l'institution financière <input type="text"/>		
Numéro de transit <input type="text"/> <small>(5 chiffres)</small>	Numéro de l'institution financière <input type="text"/> <small>(3 chiffres)</small>	Numéro de compte <input type="text"/> <small>(inscrire tous les chiffres)</small>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom du payeur	Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)	Date

## 12 DÉCLARATION

Je comprends et j'accepte que :

- 1) les renseignements contenus dans toute déclaration faite à l'Assureur sont vrais et complets et constituent la base sur laquelle les protections d'assurance doivent être établies.
- 2) si quelque fausse déclaration ou omission a été faite, l'Assureur ne sera tenu à aucune obligation en vertu de toute assurance émise suite à l'acceptation de ma demande d'assurance.
- 3) toutes les prestations payables sont assujetties aux conditions, définitions, limitations et exclusions décrites au contrat. De plus, j'ai pris connaissance du dépliant explicatif du produit qui reproduit les principales conditions, définitions, limitations et exclusions et je confirme que mon représentant a eu l'occasion de m'en expliquer les détails.
- 4) l'assurance entrera en vigueur le jour de la réception de la proposition au siège social de iA Excellence. Les protections entreront en vigueur seulement si la prime initiale est payée et le paiement honoré à sa première (1<sup>re</sup>) présentation.
- 5) je m'engage à informer l'Assureur de tout changement concernant mon assurabilité, incluant mon état de santé, entre le moment de la signature de cette proposition et la date d'entrée en vigueur des couvertures choisies.
- 6) iA Groupe financier, ses filiales et leurs représentants peuvent accéder aux renseignements me concernant afin de mieux me connaître, mieux répondre à mes besoins et offrir les meilleurs service et expérience client qui soient. (Si vous ne souhaitez pas autoriser cet accès, veuillez communiquer par courriel à [service@iaexcellence.com](mailto:service@iaexcellence.com) ou par la poste à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, a/s Centre Contact Clients et Partenaires, 1611, boul. Crémazie Est, bureau 900, Montréal, Québec, H2M 2P2.)

Signé à  Ville  Ce

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature de l'Assuré principal	Signature du preneur (si autre que l'Assuré)	Signature du représentant

## 13 AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS



**L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie**  
1611, boul. Crémazie Est, bureau 900  
Montréal, Québec, H2M 2P2  
Téléphone : 514 327-0020 / 1 800 465-5818

Je, la personne à assurer, autorise toute personne ou tout établissement public, parapublic ou privé possédant des renseignements personnels à mon sujet notamment : tout professionnel de la santé, tout organisme de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, le MIB Inc., les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation, les représentants en services financiers, mon employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que tout autre organisme détenant des renseignements personnels, administratifs, médicaux ou relatifs à ma santé à fournir ces renseignements à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie et à ses réassureurs, pour l'évaluation du risque, la gestion de mon dossier ou l'enquête nécessaire à l'étude de toute demande de règlement. J'autorise également iA Excellence à communiquer auxdits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements, lorsque requis. Une photocopie ou une version électronique du présent consentement a la même valeur que l'original.

<input type="text"/>	X	A   M   J
Nom et prénom de l'assuré principal	Signature de l'assuré principal	Date

DÉTACHER ET REMETTRE CETTE PARTIE À L'ASSURÉ PRINCIPAL

AP-AJF 04-2019

## 14 AVIS CONCERNANT MIB INC. (MIB)

Le principal objectif de la compagnie est d'offrir la sécurité financière à ses clients au plus bas coût possible. Afin d'atteindre cet objectif d'une manière juste et équitable envers tous ses détenteurs de contrat, la compagnie doit évaluer le risque que représente chaque demande qui lui est faite. L'étude de votre demande se fait d'après les renseignements provenant de diverses sources de données que vous avez fournies sur vos antécédents médicaux, résultats de tout examen médical comme de toute analyse jugée nécessaire, rapports reçus de médecins qui vous ont soigné et d'hôpitaux où vous avez séjourné en qualité de patient ainsi que des renseignements sur le caractère de l'assuré, sa réputation financière, ses frais personnels et son mode de vie. Tous les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. Cependant, la compagnie ou ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au MIB Inc., organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie et effectuant un échange de renseignements au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance de personnes auprès d'une autre compagnie, membre du MIB, ou si vous lui demandez des prestations, MIB Inc. fournira à cette dernière, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous. Sur réception d'une demande de votre part, MIB Inc. prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB, vous pouvez lui demander une rectification à l'adresse suivante:

**MIB Inc., 330, AVENUE UNIVERSITY, TORONTO (ONTARIO) M5G 1R7 TÉL.: (416) 597-0590**

La compagnie ou ses réassureurs pourront, eux aussi, communiquer les renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous aurez demandé une assurance vie ou une assurance maladie ou auxquelles vous demanderez des prestations.

### AVIS RELATIF À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL

Les renseignements personnels que la compagnie détient ou détiendra à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier des différents services financiers d'assurance et services complémentaires que l'entreprise offre. Ils ne seront consultés que par le personnel autorisé incluant ses réassureurs qui doivent y avoir recours dans l'exercice de leurs fonctions. Vous pouvez avoir accès à votre dossier et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires. Vous devez alors avoir fait une demande écrite à l'attention du responsable de l'accès à l'information au siège social à Montréal.

La compagnie peut se constituer une liste de ses clients à des fins de prospection commerciale ou de philanthropie. Toutefois, vous avez le droit d'en faire rayer votre nom en faisant parvenir une demande écrite à l'attention du responsable de l'accès à l'information au siège social à Montréal (1611, boul. Crémazie Est, bureau 900, Montréal, Québec, H2M 2P2).

