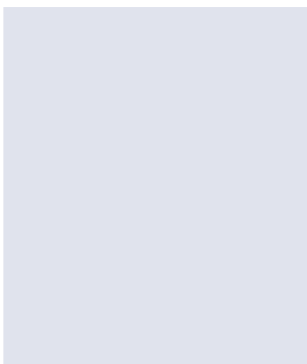
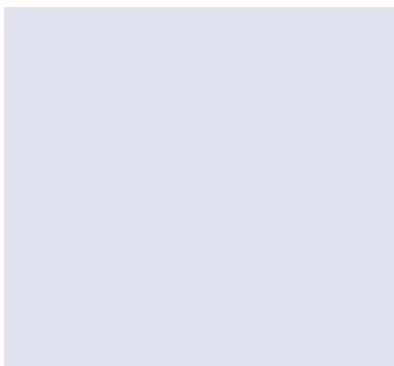


PROPOSITION - PRODUITS AVEC SÉLECTION (P1)

- PROGRAMME SUPÉRIEUR
- ASSURANCE PRÊT UNIVERSELLE
- ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Nouvelle vente	<input type="checkbox"/>	
Modification	<input type="checkbox"/>	Numéro de contrat visé
Transformation	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>



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

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

Joindre l'illustration provenant du logiciel Pyramide



ON S'INVESTIT, POUR VOUS.

1

PRÉ-REQUIS POUR ADMISSIBILITÉ POUR ASSURANCE PRÊT UNIVERSELLE ET PROGRAMME SUPÉRIEUR

Ce questionnaire permet de déterminer les protections potentiellement disponibles pour votre client. De plus, il permet de vous épargner temps et inconvénients et d'éviter de créer une attente chez votre client.

Il permet également de déterminer si votre client peut être admissible à la Note de couverture de la section 15 du présent document, sous réserve des questions additionnelles prévues à la section 15.

Veillez prendre note que pour être admissible à ces produits, votre client doit travailler au moins 21 heures par semaine de façon régulière et continue ou travailler au moins 8 mois par année et un minimum de 1 050 heures.

Dans le cas des travailleurs saisonniers et contractuels, les 1 050 heures doivent être réparties sur au moins 4 mois.

Le fait de remplir ce formulaire n'exempte aucunement votre client d'une évaluation complète à la Sélection des risques, si la demande d'assurance se poursuit.

	Assuré principal #1	Assuré principal #2
1- Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert du SIDA ou du syndrome pré-SIDA, ou avez-vous été testé positif pour la présence des anticorps anti-VIH ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2- Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert : <ul style="list-style-type: none">d'une maladie dégénérative chronique ? (Par exemple : sclérose en plaques, maladie de Lou-Gehrig, Alzheimer, Parkinson)d'un handicap physique ou intellectuel permanent ? (Par exemple : paraplégie, quadriplégie, hémiplégié, trisomie 21)d'une des maladies suivantes ?<ul style="list-style-type: none">- diabète insulino-dépendant- hémophilie- fibromyalgie- syndrome de fatigue chronique- trouble bipolaire- hépatite C	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3- Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on diagnostiqué un cancer ou recevez-vous présentement un traitement pour le cancer, y compris une hormonothérapie ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
4- Au cours des 12 derniers mois, votre permis de conduire vous a-t-il été retiré ?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
5- Avez-vous déjà souffert de ou êtes-vous actuellement en investigation pour : <ul style="list-style-type: none">Une maladie ou chirurgie cardiaque ? (Par exemple : maladie cardiovasculaire, crise cardiaque, pontage aorto-coronarien ou angioplastie)Une des deux maladies rénales suivantes ?<ul style="list-style-type: none">- insuffisance rénale- maladie polykystique des reins	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Si vous répondez **NON** à toutes les questions, vous **POURRIEZ ÊTRE ADMISSIBLE** à ces produits.

Si vous répondez **OUI** à l'une des questions 1 à 4, vous n'êtes **PAS ADMISSIBLE** à ces produits.

Si vous répondez **OUI** à la question 5, vous **POURRIEZ ÊTRE ADMISSIBLE**, mais uniquement pour une protection en cas **D'ACCIDENT SEULEMENT**.

2 CONTRAT(S) CHOISI(S)

Versez-vous des cotisations à l'assurance-emploi (A.E.) ? Oui Non

Produit(s)	Assuré principal #1	Assuré principal #2	Prime TOTALE pour tous les contrats
Programme Supérieur*	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle <input type="text" value=""/> \$ Commission <input type="checkbox"/> De base (par défaut) <input type="checkbox"/> Accélérée
Assurance prêt Universelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assurance Vie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Je, soussigné, déclare avoir pris connaissance du document intitulé *Illustration* et déclare être en accord avec son contenu. Je confirme que le montant de la prime totale ci-haut mentionnée correspond au montant de la prime totale figurant à l'*Illustration* du logiciel Pyramide.

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature de l'assuré principal #1	Signature de l'assuré principal #2	Signature du représentant

*Refus de l'augmentation automatique des bénéfices (Programme Supérieur)

À chaque renouvellement, sous certaines conditions, une augmentation de vos prestations pour les protections d'assurance vie, de décès, mutilation ou perte d'usage par accident ainsi que pour les prestations intégrables d'assurance invalidité vous sera proposée sans preuve d'assurabilité. Vous aurez alors le droit de l'accepter ou de la refuser. Vous pouvez également choisir de refuser d'office cette option en initialisant la case ci-dessous.

Je refuse que vous augmentiez automatiquement mes bénéfices pour le Programme Supérieur

<input checked="" type="checkbox"/>
Initiales de l'assuré principal #1

Joindre l'*Illustration* provenant du logiciel Pyramide

3 AUTRE(S) CONTRAT(S) D'ASSURANCE

3.1 Assuré principal #1

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).

3.2 Assuré principal #2

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).

4 ASSURÉ PRINCIPAL #1

4.1 Information générale

Nom de famille	Adresse de résidence		
	no	rue	app/condo
Prénom	Ville	Province	Code postal
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		Poste
Statut de tabagisme	Occupation		
<input type="checkbox"/> Fumeur* <input type="checkbox"/> Non-fumeur			
*Vous êtes considéré fumeur si au cours des douze derniers mois, vous avez fait usage de tabac ou de produits dérivés du tabac, sous toutes ses formes, quelle que soit la fréquence de cet usage.	Revenu annuel net	Pourcentage de travail manuel et/ou demandant un effort physique	Travaillez-vous à votre domicile plus de 50% du temps ?
	\$	%	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
État civil	Nom de l'employeur/entreprise	Date d'entrée en fonction	
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Conjoint de fait		A M J	
Lieu de naissance (pays ou province)	Adresse d'affaires <input type="checkbox"/> Identique à l'adresse de résidence		
	no	rue	bureau
Au Canada depuis	Ville	Province	Code postal
<input type="checkbox"/> Toujours ou			
A M J	Adresse de correspondance		
Statut légal actuel	<input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Affaires		Langue de correspondance
<input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Autre*, spécifier : _____			<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
<input type="checkbox"/> Résident permanent	*Veuillez joindre une copie de votre permis de travail ainsi que la preuve de votre demande de résidence permanente, le cas échéant.		

4.2 Bénéficiaire (pour les couvertures d'assurance vie, de DMA et de frais généraux)

Nom de famille	Prénom	Sexe	Répartition	Statut*	Lien avec l'assuré principal #1
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	%	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	%	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	

*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.

4.3 Protection familiale (personnes à charge)

Si vous avez choisi une protection qui couvre votre conjoint et/ou vos enfants, veuillez compléter cette section pour toutes vos 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
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		A M J

4.4 Preneur (à compléter si autre que l'assuré principal #1)

Nom de famille	Prénom		
Adresse de résidence <input type="checkbox"/> Identique à l'assuré principal #1			
no	rue	app/condo	
Ville	Province	Code postal	
Téléphone domicile/cellulaire	Date de naissance	Sexe	Lien avec l'assuré principal #1
	A M J	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nom et prénom du titulaire subrogé (assurance vie seulement)			

5 ASSURÉ PRINCIPAL #2

5.1 Information générale

Nom de famille	Adresse de résidence <input type="checkbox"/> Identique à l'assuré principal #1		
Prénom	no	rue	app/condo
Date de naissance	Ville	Province	Code postal
Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Téléphone domicile/cellulaire	Téléphone travail	Poste
<input type="checkbox"/> Conserver l'âge	Occupation		
Statut de tabagisme	Revenu annuel net \$	Pourcentage de travail manuel et/ou demandant un effort physique %	Travaillez-vous à votre domicile plus de 50% du temps ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Fumeur* <input type="checkbox"/> Non-fumeur	Nom de l'employeur/entreprise		
*Vous êtes considéré fumeur si au cours des douze derniers mois, vous avez fait usage de tabac ou de produits dérivés du tabac, sous toutes ses formes, quelle que soit la fréquence de cet usage.	Date d'entrée en fonction		A M J
État civil	Adresse d'affaires <input type="checkbox"/> Identique à l'adresse de résidence		
<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Conjoint de fait	no	rue	bureau
Lieu de naissance (pays ou province)	Ville	Province	Code postal
Au Canada depuis	Adresse de correspondance		
<input type="checkbox"/> Toujours ou A M J	Langue de correspondance		
Statut légal actuel	<input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Affaires	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
<input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Autre*, spécifier : _____	*Veuillez joindre une copie de votre permis de travail ainsi que la preuve de votre demande de résidence permanente, le cas échéant.		
<input type="checkbox"/> Résident permanent			

5.2 Bénéficiaire (pour les couvertures d'assurance vie, de DMA et de frais généraux)

Nom de famille	Prénom	Sexe	Répartition	Statut	Lien avec l'assuré principal #2
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	%	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	%	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	

*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.

5.3 Protection familiale (personnes à charge)

Si vous avez choisi une protection qui couvre votre conjoint et/ou vos enfants, veuillez compléter cette section pour toutes vos 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
		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		A M J

5.4 Preneur (à compléter si autre que l'assuré principal #2) Identique au preneur de l'assuré principal #1

Nom de famille	Prénom		
Adresse de résidence <input type="checkbox"/> Identique à l'assuré principal #2			
no	rue	app/condo	
Ville	Province	Code postal	
Téléphone domicile/cellulaire	Date de naissance	Sexe	Lien avec l'assuré principal #2
	A M J	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Nom et prénom du titulaire subrogé (assurance vie seulement)			

6 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. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à communiquer avec notre service à la clientèle au 1 800 465-5818 ou par courriel à l'adresse service@iaexcellence.com.

6.1 Payeur pour l'assuré principal #1

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 L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie <input type="checkbox"/> Paiement préautorisé prélevé sur réception de la proposition <input type="checkbox"/> Paiement préautorisé prélevé à la date de mise en vigueur du contrat* <input type="checkbox"/> Paiement à la livraison du contrat* <small>*La note de couverture n'est pas applicable avec cette option</small>	<input type="checkbox"/> Paiement mensuel préautorisé le <input type="text"/> de chaque mois (1 à 28) 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"/> Numéro de l'institution financière <input type="text"/> Numéro de compte <input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom du payeur #1	Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)	Date

6.2 Payeur pour l'assuré principal #2

Vous devez obligatoirement joindre une Illustration distincte pour un deuxième compte payeur.

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 L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie <input type="checkbox"/> Paiement préautorisé prélevé sur réception de la proposition <input type="checkbox"/> Paiement préautorisé prélevé à la date de mise en vigueur du contrat* <input type="checkbox"/> Paiement à la livraison du contrat* <small>*La note de couverture n'est pas applicable avec cette option</small>	<input type="checkbox"/> Paiement mensuel préautorisé le <input type="text"/> de chaque mois (1 à 28) 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"/> Numéro de l'institution financière <input type="text"/> Numéro de compte <input type="text"/>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom et prénom du payeur #2	Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)	Date

7 DÉCLARATION

Par les présentes, je soussigné :

- déclare que les renseignements contenus dans cette proposition sont vrais et complets et qu'ils constituent la base sur laquelle la protection d'assurance doit être établie;
- comprends et accepte que, si quelque fausse déclaration ou omission importante a été faite, l'Assureur ne soit tenu à aucune obligation en vertu de toute assurance émise suite à l'acceptation de ma demande d'assurance. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance;
- 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 de la date d'entrée en vigueur du contrat demandé;
- comprends et accepte que IA Groupe financier, ses filiales et leurs représentants peuvent utiliser et échanger entre eux mes renseignements personnels afin que je puisse bénéficier d'offres personnalisées et de produits et services améliorés. (Si vous ne souhaitez pas autoriser cet échange de vos informations, veuillez le signifier par courriel à service@iaexcellence.com ou par la poste à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, a/s Service à la clientèle, 5055 boul. Métropolitain Est, bureau 202, Montréal, Québec, H1R 1Z7.)

Signé à Ville

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature de l'assuré principal #1	Signature du preneur si autre que l'assuré principal #1	Signature du représentant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Signature de l'assuré principal #2	Signature du preneur si autre que l'assuré principal #2	Date

8 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 (5055 boul. Métropolitain Est, bureau 202, Montréal, Québec, H1R 1Z7).



📌 DÉTACHER ET REMETTRE CETTE PARTIE À L'ASSURÉ PRINCIPAL 📌

AP-ALLF 04-2017

9 AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

9.1 Assuré principal #1



L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie
5055 boul. Métropolitain Est, bureau 202
Montréal (Québec) H1R 1Z7
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. Une photocopie ou une version électronique du présent consentement a la même valeur que l'original.

Nom et prénom de l'assuré principal #1

X

Signature de l'assuré principal #1

A | M | J

Date

9.2 Assuré principal #2



L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie
5055 boul. Métropolitain Est, bureau 202
Montréal (Québec) H1R 1Z7
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. Une photocopie ou une version électronique du présent consentement a la même valeur que l'original.

Nom et prénom de l'assuré principal #2

X

Signature de l'assuré principal #2

A | M | J

Date

10 AIDE-MÉMOIRE POUR L'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Afin de faciliter l'entrevue téléphonique, nous vous demandons d'avoir en votre possession les renseignements suivants :

1- Nom, prénom et coordonnées complètes du ou des spécialistes consulté(s) au cours des cinq dernières années et nom de l'hôpital si chirurgie ou tests spécifiques :

2- Nom, prénom et coordonnées du médecin ou de l'endroit duquel nous pouvons obtenir votre dossier médical le plus complet incluant la date et la raison de la dernière visite :

3- Liste de vos médicaments prescrits ainsi que la posologie (si possible, obtenir le numéro de licence de votre **médecin de famille** qui apparaît sur votre médication) :

4- Si vous avez une couverture d'assurance pour vos enfants, veuillez préciser la taille et le poids de chacun :

Voici également des sujets qui seront abordés lors de cette entrevue :

Médecine douce : Acupuncture, chiropractie, ostéopathie;

Dossier criminel : Date de la condamnation, raison, êtes-vous en attente de procédures;

Habitudes de vie : Consommation de tabac, d'alcool et de drogues (fréquence, quantité et type), voyages à l'étranger (quand, endroits et durée);

Dossier de conduite automobile : Perte de votre permis (quand, raison), infraction au code de la route (combien, quand, raison).

Veuillez prévoir une période de temps approximative de 20 à 45 minutes pour cette entrevue téléphonique. La durée peut varier en fonction des informations médicales requises. Si vous avez un empêchement, veuillez communiquer avec notre service à la clientèle au **1 800 465-5818**.

AP-ALLF 04-2017



11 RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELS

Prière de fournir tous les renseignements additionnels qui pourraient aider au traitement de la proposition.

12 COMMANDE D'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Si une entrevue téléphonique est nécessaire, un analyste aux entrevues téléphoniques entrera en contact avec votre client afin de procéder à cette entrevue. Celle-ci durera approximativement entre 20 et 45 minutes. La durée peut varier en fonction des informations médicales requises.

Choix idéaux pour l'entrevue téléphonique

Disponibilités		Assuré principal #1	Assuré principal #2
1^{ER} CHOIX	Jour de la semaine :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Moment de la journée :	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR
	Téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2^E CHOIX	Jour de la semaine :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Moment de la journée :	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> SOIR
	Téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Si vous avez choisi une plage horaire en soirée, nous autorisez-vous à vous contacter le jour pour fixer uniquement le rendez-vous téléphonique ?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le numéro pour vous rejoindre : _____

Informations pertinentes à ajouter :

Pour les commandes d'entrevues téléphoniques, veuillez communiquer au 1 800 465-5818.

Avez-vous commandé votre entrevue téléphonique ? Courtier iA Excellence doit la commander

13 COMMANDE DES EXIGENCES MÉDICALES

Les exigences médicales sont-elles déjà commandées ?

Non Si non, passez à la section 14. iA Excellence les commandera.

Oui Si oui,

a) quand ?

b) par qui ? Courtier Agent Général

c) pour qui ? iA Excellence Industrielle Alliance Autre assureur : _____

Nom de l'Assureur

d) iA Excellence devra les récupérer iA Excellence les recevra automatiquement

Veuillez indiquer les exigences médicales commandées :

Assuré principal #1		Assuré principal #2	
TESTS COMMANDÉS	INFORMATIONS SUR LA COMMANDE	TESTS COMMANDÉS	INFORMATIONS SUR LA COMMANDE
<input type="checkbox"/> Examen paramédical (incluant signes vitaux)	Fournisseur :	<input type="checkbox"/> Examen paramédical (incluant signes vitaux)	Fournisseur :
<input type="checkbox"/> Profil sanguin	<input type="checkbox"/> Médaxio	<input type="checkbox"/> Profil sanguin	<input type="checkbox"/> Médaxio
<input type="checkbox"/> Profil sanguin avec PSA	<input type="checkbox"/> Portamédic	<input type="checkbox"/> Profil sanguin avec PSA	<input type="checkbox"/> Portamédic
<input type="checkbox"/> Urine VIH	<input type="checkbox"/> QUS	<input type="checkbox"/> Urine VIH	<input type="checkbox"/> QUS
<input type="checkbox"/> Signes vitaux	<input type="checkbox"/> Watermark	<input type="checkbox"/> Signes vitaux	<input type="checkbox"/> Watermark
<input type="checkbox"/> ECG au repos	<input type="checkbox"/> Autre : _____ Spécifier	<input type="checkbox"/> ECG au repos	<input type="checkbox"/> Autre : _____ Spécifier
No.référence : <input type="text"/>		No.référence : <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Enquête régulière (sera commandée par iA Excellence)		<input type="checkbox"/> Enquête régulière (sera commandée par iA Excellence)	

14 RAPPORT DE MÉDECIN TRAITANT

Ce questionnaire vous permet de savoir dans quelles circonstances nous commanderons obligatoirement un rapport de médecin traitant pour votre client.

	Assuré principal #1	Assuré principal #2
1- Avez-vous déjà consulté ou été traité pour l'une ou l'autre des maladies ou des affections suivantes ou vous a-t-on informé que vous étiez atteint de : - hépatite - cancer (toute localisation) - accident vasculaire cérébral (ACV), ischémie cérébrale transitoire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2- Êtes-vous actuellement suivi pour une autre maladie nécessitant 3 contrôles et plus par année ? Si oui, laquelle :	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3- Avez-vous déjà consulté ou été traité pour l'une ou l'autre des maladies ou des affections suivantes ou vous a-t-on informé que vous étiez atteint de : - angine, infarctus (avec ou sans pontage, angioplastie) - maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), bronchite chronique, emphysème - dépression majeure (au cours de 12 derniers mois) ou maladie affective bipolaire	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Si vous répondez **OUI** à l'une des questions 1 ou 2, nous commanderons un rapport de médecin traitant pour l'**ASSURANCE PRÊT UNIVERSELLE** et le **PROGRAMME SUPÉRIEUR**.

Si vous répondez **OUI** à l'une des questions 1 à 3, nous commanderons un rapport de médecin traitant pour nos produits **d'ASSURANCE VIE**.

Nom, adresse complète et numéro de téléphone du médecin possédant le dossier complet de votre client.

15 NOTE DE COUVERTURE (Assurance prêt Universelle et Programme Supérieur)

Compléter cette section si vous avez répondu **NON** à toutes les questions de la section 1 du présent document (pré-requis pour admissibilité).

Vous pourriez être **ADMISSIBLE** à cette note de couverture pour nos produits **ASSURANCE PRÊT UNIVERSELLE** et **PROGRAMME SUPÉRIEUR**, sous réserve des questions additionnelles suivantes :

	Assuré principal #1	Assuré principal #2
1- Je déclare que j'acquies toutes les fonctions habituelles de mon emploi de façon continue depuis plus de 6 mois.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
2- Je déclare que je ne suis pas en attente d'une chirurgie ou d'une hospitalisation.	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
3- Au cours des 36 derniers mois, avez-vous consulté ou été traité par un médecin ou autre professionnel de la santé ou reçu une prescription de médicaments pour : • Troubles du dos ou de la colonne vertébrale (incluant hernies discales) • Troubles émotifs, psychiatriques ou tout autre désordre mental ou nerveux (Par exemple : dépression, épuisement (burnout), anxiété, insomnie)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Si vous répondez **NON** à l'une des questions 1 ou 2, vous n'êtes **PAS ADMISSIBLE** à la note de couverture.

Si vous répondez **OUI** à la question 3, vous êtes **ADMISSIBLE**, mais **AVEC UNE EXCLUSION** spécifique pour la condition déclarée.

Déclaration

Je comprends et déclare que:

- Si j'ai répondu OUI à l'une des questions de la section 1 ou laissé en blanc ou répondu NON l'une des questions 1 ou 2 de la section 15 du présent document, je ne suis pas admissible à la note de couverture.
- J'ai pris connaissance des termes et conditions relatifs aux limitations, exclusions, entrée en vigueur et cessation de la note de couverture stipulés à la section 18 du présent document.
- Les renseignements contenus dans toutes déclarations faites à l'Assureur sont vrais et complets et constituent la base sur laquelle le contrat de note de couverture est établi. Je comprends et accepte que, si quelque fausse déclaration ou omission a été faite, l'Assureur ne soit tenu à aucune obligation en vertu de la présente note de couverture et celle-ci sera nulle et sans effet.

Je certifie que toutes les explications demandées m'ont été fournies par le représentant à ma satisfaction.

Date : | |

X

Signature de l'assuré principal #1

X

Signature de l'assuré principal #2

Signature du représentant

16**REÇU POUR LA NOTE DE COUVERTURE**
(Assurance prêt Universelle et Programme Supérieur)

Somme de :

\$

Reçu le :

A | M | J

Signature du représentant : **X****➡ DÉTACHER ET REMETTRE CETTE PARTIE À L'ASSURÉ PRINCIPAL ⬅**

AP-ALLF 04-2017

17 REÇU POUR LA NOTE DE COUVERTURE D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

L'assurance vie temporaire commence à la date de signature de la proposition. Elle est payable au(x) bénéficiaire(s) nommé(s) dans la proposition en cas de décès du proposant. L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, convient de fournir une assurance vie temporaire à toutes les personnes à assurer d'après les conditions stipulées au verso de ce reçu.

Il est entendu que la somme de _____ \$ (prime mensuelle intégrale ou prime annuelle, selon le cas) a été payée à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, au moment de la signature de la présente proposition.

J'ai lu et signé cette note de couverture d'assurance vie temporaire et je certifie que toutes les explications demandées m'ont été données par le représentant à ma satisfaction.

Date :

A | M | J

X

Signature de l'assuré principal #1

X

Signature de l'assuré principal #2

Signature du représentant

➡ DÉTACHER ET REMETTRE CETTE PARTIE À L'ASSURÉ PRINCIPAL ⬅

L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, garantit le paiement des prestations choisies sous réserve des conditions suivantes :

- L'assuré doit avoir répondu à toutes les questions d'admissibilité à la note de couverture de la section 15 du présent document.
- Si l'assuré a répondu OUI à l'une des questions de la section 1 ou laissé en blanc ou répondu NON à l'une des questions 1 ou 2 de la section 15 du présent document, il n'est pas admissible à cette note de couverture.
- L'assuré doit procéder au versement correspondant au montant de la prime mensuelle ou au montant de la prime annuelle selon le choix du mode de paiement. Ce versement doit être sous forme de prélèvement bancaire ou de chèque personnel fait à l'ordre de L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie. Le paiement doit être honoré dès la première présentation.

Limitations et exclusions

- Les protections d'assurance maladie complémentaire, soins dentaires et assurance maladies graves ne sont pas couvertes par cette note de couverture.
- Si l'assuré a répondu de façon positive à la question 3 de la section 15 du présent document, aucune prestation n'est payable lorsqu'un événement menant à une réclamation résulte, directement ou indirectement, de l'une ou l'autre des conditions ainsi déclarées.
- Aucune prestation n'est payable lorsqu'un événement menant à une réclamation résulte d'une maladie ou d'un accident pour lequel l'assuré a consulté un professionnel de la santé et/ou reçu des traitements médicaux dans la période de 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de la note de couverture.
- Les renseignements contenus dans toutes déclarations faites à l'Assureur sont vrais et complets et constituent la base sur laquelle le contrat de note de couverture doit être établi. Si quelque fausse déclaration ou omission a été faite, l'Assureur ne sera tenu à aucune obligation en vertu de la présente note de couverture et celle-ci sera nulle et sans effet.
- Toutes les protections couvertes par la présente note de couverture sont soumises également aux conditions, exclusions et limitations décrites dans le texte du dépliant ou dans celui du contrat demandé. Cela inclut, notamment, l'exclusion relative au suicide ou à la tentative de suicide de l'assuré.
- En cas d'invalidité totale, la protection d'assurance invalidité est limitée à une durée maximale de deux ans et sujette à un délai de carence de 90 jours.

Entrée en vigueur et expiration de la note de couverture

La note de couverture entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes:

- la date de réception de la proposition d'assurance au siège social de l'Assureur, incluant les sections 1 et 15 dûment complétées et signées par l'assuré;
- la date de signature du prélèvement automatique ou la date figurant sur le chèque initial, en autant que le paiement soit honoré sur présentation;
- si le chèque n'est pas joint à la proposition, à la date de réception du chèque chez l'Assureur, en autant que le paiement soit honoré sur présentation.

La note de couverture expire à la première des dates suivantes:

- la date d'entrée en vigueur du contrat demandé;
- la date à laquelle l'assuré demande l'annulation de la proposition d'assurance;
- la date à laquelle l'Assureur poste un avis de terminaison de la note de couverture à l'assuré;
- la date à laquelle l'Assureur refuse ou n'accepte pas la proposition telle que demandée, peu importe que l'assuré ait été avisé ou non;
- la date d'expiration du délai de 90 jours suivant la signature de la présente note de couverture. L'étude de la proposition d'assurance peut se poursuivre, mais la note de couverture ne sera plus en vigueur.

Aucun représentant de L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, n'a le pouvoir de modifier la présente note de couverture ou de déroger à ces conditions.

AP-ALLF 04-2017

19 CONTRAT POUR LA NOTE DE COUVERTURE D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Paiement des primes: Le paiement ne doit pas être postdaté. La prime mensuelle intégrale ou la prime annuelle doit être soumise avec la proposition. Le paiement doit être honoré dès la première présentation.

Cessation de la couverture: L'assurance en vertu de la présente note de couverture cesse automatiquement à la première des éventualités suivantes:

- la date à laquelle l'assurance en vertu de la police proposée entre en vigueur;
- la date à laquelle vous demandez l'annulation de la proposition;
- la date à laquelle L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, annule ou refuse la proposition;
- 90 jours après la date de signature de la présente note de couverture. L'étude de la proposition peut continuer, mais la présente assurance temporaire ne sera plus en vigueur.

Fausse déclaration ou omission: Si quelque fausse déclaration ou omission a été faite, dans toutes les déclarations faites à l'Assureur, ce dernier ne sera tenu à aucune obligation en vertu de la présente note de couverture et celle-ci sera nulle et sans effet. Dans ce cas, tout paiement de prime effectué en vertu de cette note de couverture sera remboursé au payeur.

Limitation: Le montant d'assurance vie prévu en vertu de la présente note de couverture est le total de tous les montants prévus par la présente proposition et toute autre note de couverture d'assurance vie conclue avec L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, jusqu'à concurrence de 300 000 \$ par personne assurée.

Exclusions: Aucune prestation d'assurance vie ne sera payable en vertu de cette assurance temporaire pour toute personne assurée qui:

- ne respecte pas les critères d'admissibilité du contrat choisi;
- a eu une proposition d'assurance vie, invalidité, maladies graves, individuelle ou collective, refusée, reportée ou modifiée de quelque façon que ce soit auprès de toute compagnie d'assurance;
- souffre ou a déjà souffert: de maladie ou d'affection du système cardiovasculaire, du système circulatoire, du foie, du diabète, du cancer, de maladie chronique des reins ou des poumons;
- souffre ou a déjà souffert: de problème du système immunitaire, du SIDA, du pré-SIDA ou présente des résultats de tests indiquant une exposition au virus du SIDA;
- a des symptômes pour lesquels elle n'a pas encore consulté un médecin ou a été avisé de suivre un traitement ou de subir des tests qui n'ont pas encore été complétés;
- a, au cours des deux dernières années, voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique pendant plus d'un mois durant la même année ou à l'intention de le faire au cours des 90 prochains jours;
- se suicide ou commet une tentative de suicide et blessures volontaires, qu'elle soit saine d'esprit ou non.