

**Version
Mai 2015**



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine

Assurance vie et assurance maladies graves

Proposition

Proposition n° : **11665271**

DIRECTIVES À L'INTENTION DU CONSEILLER

- Écrire lisiblement en lettres moulées avec un crayon à l'encre.
- Cette proposition doit être remplie en présence du preneur et de la personne à assurer.
- Cette proposition doit être utilisée pour :
 - La soumission d'une demande d'assurance vie individuelle ou d'assurance maladies graves ;
 - La transformation d'une assurance temporaire individuelle ou collective ;
 - L'exercice d'une option de garantie d'assurabilité ;
 - Un ajout à un contrat en vigueur.
- Lorsqu'il y a plus de 2 personnes à assurer :
 - Remplir une ou des propositions supplémentaires ;
 - Remplacer le numéro de proposition de chaque proposition supplémentaire par celui de la première proposition ;
 - Soumettre toutes les propositions ensemble.
- Des propositions distinctes doivent être remplies :
 - Si plus d'un contrat doit être émis ;
 - Si des garanties d'assurance vie (traditionnelle et universelle [*Fructivie*]) et des garanties principales en cas de maladies graves sont demandées puisque ces garanties feront l'objet de contrats distincts.
- S'il est demandé qu'un enfant soit une personne à assurer en vertu d'une garantie principale, fournir les renseignements pour cet enfant dans les zones « Personne à assurer 1 » ou « Personne à assurer 2 ».
- Les chèques, le cas échéant, doivent être faits à l'ordre de La Capitale assurances et gestion du patrimoine et tirés sur un compte en dollars canadiens ouvert auprès d'une institution financière canadienne.
- Toutes les signatures appropriées doivent être apposées.
- Toute correction ou tout changement apporté à la proposition doit être paraphé par le preneur ou par la personne à assurer selon le cas.
- Remettre au preneur :
 - Les avis et préavis (section 19) ;
 - Le certificat conditionnel de protection provisoire s'il a été émis (section 18).
- Toutes les pages de la proposition doivent être retournées à l'exception des pages qui doivent être remises au preneur.

DOCUMENTS À JOINDRE À LA PROPOSITION SELON LA SITUATION

Le preneur est une entreprise	<input type="checkbox"/> Copie de la résolution du conseil d'administration autorisant la transaction et désignant la personne autorisée à agir au nom de l'entreprise <input type="checkbox"/> Formulaire « Vérification de l'identité d'une entité » si la garantie choisie est une garantie d'assurance vie permanente traditionnelle ou universelle (<i>Fructivie</i>).
Remplacement	<input type="checkbox"/> Préavis de remplacement <input type="checkbox"/> Formulaire de résiliation-rachat s'il s'agit d'un remplacement interne
Rente d'invalidité pour couvrir un prêt	<input type="checkbox"/> Preuve du prêt provenant d'une institution financière précisant le nom des emprunteurs, la date et le solde du prêt ainsi que le montant du versement mensuel
Rente d'invalidité pour couvrir un bail	<input type="checkbox"/> Copie du bail
Rente d'invalidité > 2 000 \$ en remplacement de revenu	<input type="checkbox"/> Salarié : copie d'un relevé de paie <input type="checkbox"/> Travailleur autonome : T4, T1 et états des revenus et dépenses des 2 dernières années financières complètes
Mode de paiement des primes par débits préautorisés (DPA)	<input type="checkbox"/> Accord de débits préautorisés (DPA) (section 13) <input type="checkbox"/> Spécimen de chèque ou coordonnées bancaires. Si les renseignements sur le compte bancaire ne sont pas fournis, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.
Mode de paiement des primes annuel	<input type="checkbox"/> Chèque à l'ordre de La Capitale assurances et gestion du patrimoine. Si le chèque est remis à la livraison de la police, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.
Garantie d'assurance vie universelle (<i>Fructivie</i>)	<input type="checkbox"/> Exposé signé par le preneur
Dépôt d'une somme forfaitaire de 100 000 \$ ou plus à titre d'épargne dans une garantie d'assurance vie universelle (<i>Fructivie</i>)	<input type="checkbox"/> Formulaire « Détermination des étrangers politiquement vulnérables »

1 RENSEIGNEMENTS DE BASE

- 1.1 Langue de correspondance: Français Anglais
- 1.2 Indiquer s'il s'agit: d'une nouvelle proposition OU d'un ajout au contrat portant le numéro: _____
- 1.3 Cette proposition doit-elle être émise au même moment qu'une autre proposition? Oui Non
Si oui, indiquer le numéro de cette autre proposition: _____

1.4 ORIGINE DE LA PROPOSITION

- Remplacement externe **Remplir et joindre le préavis de remplacement.**
- Remplacement interne – Numéro(s) de contrat(s) à remplacer: _____
Remplir et joindre le préavis de remplacement et le formulaire de résiliation-rachat disponible dans le logiciel d'illustration.
- Transformation d'assurance individuelle – Numéro(s) de contrat(s) à transformer: _____
- partielle – Est-ce que l'excédent sera à annuler? Oui Non
- totale
- Transformation d'assurance collective
- Exercice d'une option de garantie d'assurabilité du contrat numéro: _____

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

2.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À ASSURER

PERSONNE À ASSURER 1

Nom _____ Prénom _____ Nom à la naissance (si différent) _____

Sexe: Masculin Féminin Date de naissance: _____
Année Mois Jour NAS Profession _____

État civil _____ Lieu de naissance: _____
Province Pays _____

Résident canadien permanent: Oui Non Au Canada depuis: _____

Adresse (n°, rue, appartement) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Pays _____ Adresse courriel _____

Ind. rég. Téléphone résidence Ind. rég. Téléphone travail (poste) Ind. rég. Téléphone cellulaire

PERSONNE À ASSURER 2

Nom _____ Prénom _____ Nom à la naissance (si différent) _____

Sexe: Masculin Féminin Date de naissance: _____
Année Mois Jour NAS Profession _____

État civil _____ Lieu de naissance: _____
Province Pays _____

Résident canadien permanent: Oui Non Au Canada depuis: _____

Adresse (n°, rue, appartement) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Pays _____ Adresse courriel _____

Ind. rég. Téléphone résidence Ind. rég. Téléphone travail (poste) Ind. rég. Téléphone cellulaire

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (suite)

2.2 IDENTIFICATION DU PRENEUR

Si le preneur est une personne physique, remplir la section A.

Si le preneur est une entreprise, remplir la section B.

Il n'est pas possible de nommer 2 preneurs lorsque l'exonération des primes (EPI) est demandée ou lorsque la garantie choisie est une assurance vie universelle (*Fructivie*).

A LE PRENEUR EST UNE PERSONNE PHYSIQUE

A.1 IDENTIFICATION DU PRENEUR

- La personne à assurer 1 est le preneur
- La personne à assurer 2 est le preneur
- La personne à assurer 1 et la personne à assurer 2 sont respectivement le preneur 1 et le preneur 2
- Autre Fournir tous les renseignements de la section A.

Passer à la section A.2
« Vérification de l'identité
du preneur ».

PRENEUR 1 (si différent de la personne à assurer 1 ou 2)

Nom _____ Prénom _____
Sexe: Masculin Féminin
État civil _____
Lien avec la personne à assurer 1 _____ Lien avec la personne à assurer 2 _____
Date de naissance: _____
Année Mois Jour NAS
Profession _____
Adresse (n°, rue, appartement) _____
Ville _____ Province _____
Pays _____ Code postal _____
Ind. rég. Téléphone résidence _____ Ind. rég. Téléphone travail _____ (poste) _____
Ind. rég. Téléphone cellulaire _____ Adresse courriel _____

PRENEUR 2 (si différent de la personne à assurer 1 ou 2)

Nom _____ Prénom _____
Sexe: Masculin Féminin
État civil _____
Lien avec la personne à assurer 1 _____ Lien avec la personne à assurer 2 _____
Date de naissance: _____
Année Mois Jour NAS
Profession _____
Adresse (n°, rue, appartement) _____
Ville _____ Province _____
Pays _____ Code postal _____
Ind. rég. Téléphone résidence _____ Ind. rég. Téléphone travail _____ (poste) _____
Ind. rég. Téléphone cellulaire _____ Adresse courriel _____

A.2 VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU PRENEUR Remplir cette section en tout temps pour chaque preneur.

La carte d'assurance maladie ne peut pas être utilisée dans les provinces suivantes : Ontario, Manitoba et Île-du-Prince-Édouard. Au Québec, on ne peut pas exiger la carte d'assurance maladie aux fins d'identification, mais si le preneur choisit de la présenter, elle est acceptée.

PRENEUR 1

Pièce d'identité Seul le document original doit être consulté.
 Certificat de naissance Permis de conduire
 Passeport Carte d'assurance maladie
Numéro du document : _____
Province ou pays de délivrance : _____

PRENEUR 2

Pièce d'identité Seul le document original doit être consulté.
 Certificat de naissance Permis de conduire
 Passeport Carte d'assurance maladie
Numéro du document : _____
Province ou pays de délivrance : _____

A.3 VÉRIFICATION DE LA CLASSIFICATION FISCALE (FATCA) Remplir cette section en tout temps pour chaque preneur.

PRENEUR 1

Est-ce que le preneur 1 est un citoyen ou un résident américain aux fins de l'impôt sur le revenu aux États-Unis? Oui Non
Si oui, inscrire le numéro d'identification fiscal fédéral américain (NIF ou TIN) ou le numéro de sécurité sociale (SSN) du preneur 1.

PRENEUR 2

Est-ce que le preneur 2 est un citoyen ou un résident américain aux fins de l'impôt sur le revenu aux États-Unis? Oui Non
Si oui, inscrire le numéro d'identification fiscal fédéral américain (NIF ou TIN) ou le numéro de sécurité sociale (SSN) du preneur 2.

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (suite)

A.4 PRENEUR SUBROGÉ

Preneurs multiples (sauf au Québec) – S'il y a plus d'un preneur, le type de propriété sera :

Si aucun choix n'est indiqué, le contrat sera établi pour tous les preneurs avec droit de survie.

- Droit de survie : Si un preneur décède alors que le contrat est en vigueur, son intérêt sera transféré au preneur survivant.
- Propriété commune : Si un preneur décède alors que le contrat est en vigueur, son intérêt sera transféré à ses ayants droit à moins qu'il n'ait désigné un preneur subrogé auquel cas son intérêt sera transféré à ce preneur subrogé.

Preneurs multiples (au Québec) – Si un preneur décède alors que le contrat est en vigueur, son intérêt sera transféré à ses ayants droit à moins qu'il n'ait désigné un preneur subrogé auquel cas son intérêt sera transféré à ce preneur subrogé.

PRENEUR SUBROGÉ DU PRENEUR 1

Nom (dénomination sociale le cas échéant) Prénom
Lien avec le preneur 1 Sexe: Masculin Féminin
Date de naissance:

Année	Mois	Jour			

PRENEUR SUBROGÉ DU PRENEUR 2

Nom (dénomination sociale le cas échéant) Prénom
Lien avec le preneur 2 Sexe: Masculin Féminin
Date de naissance:

Année	Mois	Jour			

A.5 DÉTERMINATION QUANT AUX TIERS

PRENEUR 1

Est-ce que le preneur 1 agit suivant les directives d'une autre personne (tiers)? Oui Non

Si oui, fournir les renseignements suivants sur le tiers :

Nom Prénom
Lien avec le preneur 1 Profession ou activité principale
Date de naissance:

Année	Mois	Jour			

Adresse (n°, rue, appartement)
Ville Province
Pays Code postal
Si le tiers est une entreprise: Numéro d'entreprise
Lieu de constitution

PRENEUR 2

Est-ce que le preneur 2 agit suivant les directives d'une autre personne (tiers)? Oui Non

Si oui, fournir les renseignements suivants sur le tiers :

Nom Prénom
Lien avec le preneur 2 Profession ou activité principale
Date de naissance:

Année	Mois	Jour			

Adresse (n°, rue, appartement)
Ville Province
Pays Code postal
Si le tiers est une entreprise: Numéro d'entreprise
Lieu de constitution

B LE PRENEUR EST UNE ENTREPRISE

Joindre une copie de la résolution du conseil d'administration autorisant la transaction et désignant la personne autorisée à agir au nom de l'entreprise.

Lorsque la garantie choisie est une garantie d'assurance vie permanente (traditionnelle ou universelle [*Fructivie*]), remplir le formulaire « Vérification de l'identité d'une entité » disponible dans le logiciel d'illustration.

Nom (dénomination sociale de l'entreprise)
Adresse (n°, rue, appartement)
Ville Province Pays Code postal
Numéro d'entreprise Lieu de constitution
Nom et titre du ou des signataires autorisés: _____

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (suite)

2.3 BUT DE L'ASSURANCE

2.3.1 Assurance personnelle:

Assurance hypothécaire Derniers frais Protection de la succession Protection du revenu Autre: _____

Assurance d'affaires:

Garantie sur un prêt Personne-clé Rachats de parts d'associés/rachat d'actions Autre: _____

2.3.2 Y a-t-il une entente en vigueur ou prévue selon laquelle une personne autre que le preneur ou un bénéficiaire désigné détienne quelque droit, titre ou intérêt que ce soit dans le contrat qui sera émis à la suite de la présente proposition? Oui Non

Si oui, fournir des précisions: _____

2.3.3 Un prêt ou du financement sera-t-il utilisé pour payer les primes du contrat qui sera émis à la suite de la présente proposition? Oui Non

Si oui, fournir le détail complet des termes de l'entente et l'identification des parties concernées: _____

2.4 RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

A RENSEIGNEMENTS FINANCIERS RELATIFS À LA PERSONNE À ASSURER (Remplir pour la personne à assurer de 16 ans ou plus.)

	PERSONNE À ASSURER 1	PERSONNE À ASSURER 2
Nom de l'employeur	_____	_____
Adresse de l'employeur (n°, rue, ville, province, code postal)	_____	_____
Revenu annuel brut gagné (y compris le salaire, les commissions et les bonis)	_____ \$	_____ \$
Autres revenus	_____ \$	_____ \$
Source des autres revenus	_____	_____
Actif total (biens immobiliers, capitaux propres dans une entreprise, actions, obligations, etc.)	_____ \$	_____ \$
Passif total (hypothèque, emprunts, etc.)	_____ \$	_____ \$
Avez-vous déjà déclaré faillite au cours des 5 dernières années? Si oui, indiquer la date de libération de la faillite, le cas échéant:	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ Année _____ Mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non _____ Année _____ Mois

B RENSEIGNEMENTS FINANCIERS RELATIFS AU PRENEUR LORSQU'IL EST UNE ENTREPRISE

Nature des activités de l'entreprise: _____

% des parts de la personne à assurer dans l'entreprise: _____ %
Personne à assurer 1 Personne à assurer 2

Actif de l'entreprise: _____ \$ Juste valeur marchande: _____ \$

Passif de l'entreprise: _____ \$ Bénéfice net de l'année courante: _____ \$

Valeur nette: _____ \$ Bénéfice net de l'année précédente: _____ \$

3 CHOIX DES GARANTIES

Les garanties d'assurance vie (traditionnelle ou universelle [*Fructivie*]) et les garanties principales de maladies graves feront l'objet de contrats distincts. Par conséquent, des propositions distinctes doivent être remplies pour chacune de ces garanties.

3.1 GARANTIES PRINCIPALES

PERSONNE À ASSURER 1

PERSONNE À ASSURER 2

ASSURANCE VIE PERMANENTE

Avantage permanent non participant

* La durée de paiement des primes varie en fonction de l'âge des personnes à assurer. Se référer à l'exposé et au contrat.

- Individuelle
Prime payable : en 10 ans en 15 ans en 20 ans
 jusqu'à 65 ans Minimum 25 ans à vie
- Conjointe
Prime payable : en 10 ans en 15 ans en 20 ans
 jusqu'à 65 ans Minimum 25 ans* à vie
- Capital payable au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 2^e décès
- Capital assuré : _____ \$

- Individuelle
Prime payable : en 10 ans en 15 ans en 20 ans
 jusqu'à 65 ans Minimum 25 ans à vie
- Conjointe
Prime payable : en 10 ans en 15 ans en 20 ans
 jusqu'à 65 ans Minimum 25 ans* à vie
- Capital payable au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 2^e décès
- Capital assuré : _____ \$

Protection 100 % Pure

- Individuelle Option maladies graves
 Conjointe
- Capital payable au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 2^e décès
- Capital assuré : _____ \$

- Individuelle Option maladies graves
 Conjointe
- Capital payable au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 2^e décès
- Capital assuré : _____ \$

Évolution 100 % Pure

- Individuelle
 Conjointe
- Capital payable au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 2^e décès
- Capital assuré : _____ \$

- Individuelle
 Conjointe
- Capital payable au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 2^e décès
- Capital assuré : _____ \$

ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Temporaire fixe

S'il s'agit d'un avenant temporaire fixe, remplir la section 3.2.

- 10 ans 20 ans 25 ans 30 ans 35 ans
 Individuelle
 Conjointe au 1^{er} décès
- Capital assuré : _____ \$

- 10 ans 20 ans 25 ans 30 ans 35 ans
 Individuelle
 Conjointe au 1^{er} décès
- Capital assuré : _____ \$

Protection 20.10

- Individuelle
 Conjointe au 1^{er} décès
- Capital assuré : _____ \$

- Individuelle
 Conjointe au 1^{er} décès
- Capital assuré : _____ \$

Temporaire décroissante

- 15 ans 20 ans 25 ans 30 ans 35 ans
 Individuelle
 Conjointe au 1^{er} décès
- Capital assuré : _____ \$

- 15 ans 20 ans 25 ans 30 ans 35 ans
 Individuelle
 Conjointe au 1^{er} décès
- Capital assuré : _____ \$

Source Revenu mensuel pour vos proches

Le preneur doit être une personne physique. Non offert avec une garantie d'assurance vie universelle (*Fructivie*).

- 15 ans 20 ans 25 ans
 Durée fixe Durée décroissante
- Versement mensuel assuré : _____ \$

- 15 ans 20 ans 25 ans
 Durée fixe Durée décroissante
- Versement mensuel assuré : _____ \$

3 CHOIX DES GARANTIES (suite)

3.1 GARANTIES PRINCIPALES (suite)

PERSONNE À ASSURER 1

PERSONNE À ASSURER 2

ASSURANCE VIE UNIVERSELLE (Fructivie)

* La durée de paiement des primes varie en fonction de l'âge des personnes à assurer. Se référer à l'exposé et au contrat.

- Individuelle**
Prime payable: en 10 ans en 15 ans en 20 ans
 jusqu'à 65 ans **Minimum 25 ans** à vie
- Conjointe**
Prime payable: en 10 ans en 15 ans en 20 ans
 jusqu'à 65 ans **Minimum 25 ans*** à vie
- Capital payable au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 2^e décès

Capital assuré: _____ \$

Directives d'investissement :

Compte liquidités _____ %	Actions américaines (Dynamique) _____ %
CPG 3 ans _____ %	Équilibré canadien (Dynamique) _____ %
CPG 5 ans _____ %	Actions mondiales (Dynamique) _____ %
CPG 10 ans _____ %	Dividendes canadiens (AGF) _____ %
Indiciel d'actions canadiennes _____ %	Équilibré mondial (AGF) _____ %
Indiciel d'actions américaines _____ %	Profil conservateur (BNI) _____ %
Indiciel d'actions internationales _____ %	Profil modéré (BNI) _____ %
Indiciel d'obligations canadiennes _____ %	Profil équilibré (BNI) _____ %
Actions canadiennes (Dynamique) _____ %	Profil croissance (BNI) _____ %
	Profil audacieux (BNI) _____ %
	Total: 100 %

Stratégie fiscale :

- Avis d'imposition Santé et successoral Aucune

Primes d'épargne périodiques :

- Prime d'épargne optimale selon la stratégie choisie
 Prime d'épargne selon le mode de paiement choisi:
 Annuel _____ \$ Mensuel _____ \$

Primes d'épargne additionnelles :

(dépôt comptant): _____ \$

En cas de versement d'une somme forfaitaire de 100 000 \$ ou plus, remplir le formulaire « Détermination des étrangers politiquement vulnérables » disponible dans le logiciel d'illustration.

- Individuelle**
Prime payable: en 10 ans en 15 ans en 20 ans
 jusqu'à 65 ans **Minimum 25 ans** à vie
- Conjointe**
Prime payable: en 10 ans en 15 ans en 20 ans
 jusqu'à 65 ans **Minimum 25 ans*** à vie
- Capital payable au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 1^{er} décès
 Capital payable au 2^e décès, primes payables jusqu'au 2^e décès

Capital assuré: _____ \$

Directives d'investissement :

Compte liquidités _____ %	Actions américaines (Dynamique) _____ %
CPG 3 ans _____ %	Équilibré canadien (Dynamique) _____ %
CPG 5 ans _____ %	Actions mondiales (Dynamique) _____ %
CPG 10 ans _____ %	Dividendes canadiens (AGF) _____ %
Indiciel d'actions canadiennes _____ %	Équilibré mondial (AGF) _____ %
Indiciel d'actions américaines _____ %	Profil conservateur (BNI) _____ %
Indiciel d'actions internationales _____ %	Profil modéré (BNI) _____ %
Indiciel d'obligations canadiennes _____ %	Profil équilibré (BNI) _____ %
Actions canadiennes (Dynamique) _____ %	Profil croissance (BNI) _____ %
	Profil audacieux (BNI) _____ %
	Total: 100 %

Stratégie fiscale :

- Avis d'imposition Santé et successoral Aucune

Primes d'épargne périodiques :

- Prime d'épargne optimale selon la stratégie choisie
 Prime d'épargne selon le mode de paiement choisi:
 Annuel _____ \$ Mensuel _____ \$

Primes d'épargne additionnelles :

(dépôt comptant): _____ \$

MISE EN GARDE RELATIVE AUX COMPTES D'INVESTISSEMENT LA CAPITALE

Les montants investis dans les comptes d'investissement La Capitale de la garantie d'assurance vie universelle (Fructivie) ne sont pas garantis, sauf en cas de décès du preneur. Il s'agit de comptes dont le rendement est lié à la performance d'un indice boursier ou d'un fonds sous-jacent, moins des frais de gestion, s'il y a lieu. La valeur de l'indice boursier ou du fonds sous-jacent fluctue selon la valeur boursière des titres qui les composent. La valeur de ces comptes peut, selon la performance de l'indice boursier ou du fonds sous-jacent, augmenter ou diminuer chaque jour et même devenir inférieure au capital investi si le rendement, net des frais de gestion, est négatif.

Si, l'indice boursier ou le fonds sous-jacent devenait non disponible ou cessait d'être utilisé par l'Assureur pour quelque raison que ce soit, l'Assureur se réserve le droit de le remplacer par un autre indice boursier ou fonds sous-jacent qu'il estime similaire ou de déterminer le taux de rendement applicable.

MALADIES GRAVES

Protection enrichie

Pour *Second souffle simplifié*, utiliser la demande d'adhésion à cet effet.

- Prime payable :**
 en 15 paiements jusqu'à 65 ans jusqu'à l'expiration
- Capital assuré :** _____ \$
- Remboursement des primes au décès
 Remboursement des primes au rachat ou à l'expiration
Si les primes sont payables jusqu'à l'expiration, choisir le moment où le pourcentage de remboursement des primes au rachat ou à l'expiration sera égal à 100 % des primes payées. Certaines conditions s'appliquent.
 Durée 15 ans À l'expiration

- Prime payable :**
 en 15 paiements jusqu'à 65 ans jusqu'à l'expiration
- Capital assuré :** _____ \$
- Remboursement des primes au décès
 Remboursement des primes au rachat ou à l'expiration
Si les primes sont payables jusqu'à l'expiration, choisir le moment où le pourcentage de remboursement des primes au rachat ou à l'expiration sera égal à 100 % des primes payées. Certaines conditions s'appliquent.
 Durée 15 ans À l'expiration

Maladies graves enfant

- Capital assuré :** _____ \$
 Option santé

- Capital assuré :** _____ \$
 Option santé

3 CHOIX DES GARANTIES (suite)

3.2 GARANTIES COMPLÉMENTAIRES ET AVENANTS

	PERSONNE À ASSURER 1	PERSONNE À ASSURER 2
Décès ou mutilation par accident	Capital assuré: _____ \$	Capital assuré: _____ \$
Garantie d'assurabilité	Capital assuré: _____ \$	Capital assuré: _____ \$
Rente d'invalidité Remplir obligatoirement la section 7.	_____ \$/mois Durée de la garantie: <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans <input type="checkbox"/> 30 ans Période maximale de versement: <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> Jusqu'à l'expiration	_____ \$/mois Durée de la garantie: <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans <input type="checkbox"/> 30 ans Période maximale de versement: <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> Jusqu'à l'expiration
Exonération des primes (EPI) Les renseignements personnels et médicaux du preneur doivent être fournis (sections 5 et 6). Non offerte lorsque le preneur est une entreprise ou lorsqu'il y a plus d'un preneur.	<input type="checkbox"/> Invalidité du preneur <input type="checkbox"/> Invalidité ou décès du preneur	<input type="checkbox"/> Invalidité du preneur <input type="checkbox"/> Invalidité ou décès du preneur
Avenant temporaire fixe	<input type="checkbox"/> 10 ans <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans <input type="checkbox"/> 30 ans <input type="checkbox"/> 35 ans Capital assuré: _____ \$	<input type="checkbox"/> 10 ans <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans <input type="checkbox"/> 30 ans <input type="checkbox"/> 35 ans Capital assuré: _____ \$
Avenant Source revenu mensuel pour vos proches Non offert lorsque le preneur est une entreprise.	<input type="checkbox"/> 15 ans <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans <input type="checkbox"/> Durée fixe <input type="checkbox"/> Durée décroissante Versement mensuel assuré: _____ \$	<input type="checkbox"/> 15 ans <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans <input type="checkbox"/> Durée fixe <input type="checkbox"/> Durée décroissante Versement mensuel assuré: _____ \$
Avenant de maladies graves	<input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans <input type="checkbox"/> 30 ans <input type="checkbox"/> 35 ans Capital assuré: _____ \$	<input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans <input type="checkbox"/> 30 ans <input type="checkbox"/> 35 ans Capital assuré: _____ \$
Avenant d'assurance <i>Fracture accidentelle</i>	<input type="checkbox"/> 1 unité <input type="checkbox"/> 2 unités <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Individuelle avec enfants*	<input type="checkbox"/> 1 unité <input type="checkbox"/> 2 unités <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Individuelle avec enfants*
Avenant d'assurance vie pour enfants* Remplir obligatoirement la section 11.	Capital assuré: _____ \$	Capital assuré: _____ \$
Avenant de maladies graves pour enfants* Remplir obligatoirement la section réservée aux enfants.	Capital assuré: _____ \$	Capital assuré: _____ \$

* Les enfants doivent être ceux de la personne à assurer, et ce, en vertu de leur acte de naissance ou par adoption légale.

4 RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Absence de désignation de bénéficiaire: En l'absence de désignation de bénéficiaire, la prestation prévue sera payable au preneur, s'il est en vie, ou à sa succession.

Bénéficiaire révocable/irrévocable: La désignation de bénéficiaire est révocable à moins d'indication contraire. Au Québec, toutefois, si le preneur désigne la personne à laquelle il est marié ou uni civilement comme bénéficiaire, cette désignation est réputée irrévocable à moins que le preneur n'ait indiqué qu'il souhaite qu'elle soit RÉVOCABLE.

La désignation d'un bénéficiaire irrévocable entraîne des conséquences importantes. Notamment, le consentement de celui-ci sera nécessaire pour le remplacer ou pour effectuer certaines modifications ou transactions. Il est à noter qu'un bénéficiaire irrévocable mineur ne peut consentir à une modification ou à une transaction et ni les parents ni le tuteur ne peuvent signer à cette fin au nom de ce bénéficiaire irrévocable mineur.

Bénéficiaire mineur: À l'extérieur du Québec, si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est recommandé de nommer un fiduciaire. En nommant un fiduciaire, la prestation sera payable au fiduciaire qui la détiendra en fiducie pour le bénéficiaire mineur jusqu'à ce que celui-ci atteigne sa majorité (sans objet au Québec). Au Québec, c'est le tuteur du bénéficiaire mineur qui recevra la prestation payable à moins qu'une fiducie officielle n'ait été créée.

Bénéficiaire subsidiaire: Si le bénéficiaire précède l'assuré, la prestation prévue sera payable au bénéficiaire subsidiaire.

4.1 ASSURANCE VIE

PERSONNE À ASSURER 1									
BÉNÉFICIAIRE									
Nom	Prénom	Date de naissance			Lien avec l'assuré (au Québec lien avec le preneur)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %	
		Année	Mois	Jour		Révocable	Irrévocable		
_____	_____	_ _ _	_ _	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_ _	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_ _	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_ _	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE									
_____	_____	_ _ _	_ _	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_ _	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	

PERSONNE À ASSURER 2									
BÉNÉFICIAIRE									
Nom	Prénom	Date de naissance			Lien avec l'assuré (au Québec lien avec le preneur)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %	
		Année	Mois	Jour		Révocable	Irrévocable		
_____	_____	_ _ _	_ _	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_ _	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_ _	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_ _	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE									
_____	_____	_ _ _	_ _	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	
_____	_____	_ _ _	_ _	_ _ _ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	

4 RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE (suite)

4.2 MALADIES GRAVES PROTECTION ENRICHIE ET MALADIES GRAVES ENFANT

Maladies graves protection enrichie

Pour la **prestation de maladies graves**, aucun bénéficiaire ne doit être désigné puisque la prestation est payable au preneur.

Si le **remboursement de primes au décès** a été choisi, un bénéficiaire doit être désigné.

Si le **remboursement des primes au rachat ou à l'expiration** a été choisi, le preneur est le bénéficiaire à moins qu'une désignation contraire soit faite.

Maladies graves enfant

Pour la **prestation de maladies graves** et pour l'**Option santé**, aucun bénéficiaire ne doit être désigné puisque la prestation est payable au preneur.

Pour la **prestation de décès**, un bénéficiaire doit être désigné.

PERSONNE À ASSURER 1										
BÉNÉFICIAIRE										
Nom	Prénom	Date de naissance			Lien avec l'assuré (au Québec lien avec le preneur)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %	Remboursement de primes/prestation de décès	
		Année	Mois	Jour		Révo- cable	Irrévo- cable		<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE										
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès

PERSONNE À ASSURER 2										
BÉNÉFICIAIRE										
Nom	Prénom	Date de naissance			Lien avec l'assuré (au Québec lien avec le preneur)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %	Remboursement de primes/prestation de décès	
		Année	Mois	Jour		Révo- cable	Irrévo- cable		<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE										
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès	<input type="checkbox"/> rachat/expiration <input type="checkbox"/> décès

SECTIONS RÉSERVÉES À LA PERSONNE À ASSURER DE 18 ANS OU PLUS (Si la personne à assurer est âgée de moins de 18 ans, passer à la section 9)

5 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

5.1 AUTRES ASSURANCES EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE

PERSONNE À ASSURER 1

Déterminez-vous présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**), d'assurance maladies graves (**MG**), d'assurance de soins de longue durée (**SLD**) ou d'assurance invalidité (**AI**) ou avez-vous une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non
Si oui, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

VIE	MG	SLD	AI	Capital assuré	Décès accidentel	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)			Personnelle/ D'affaires		Est-ce que l'assurance demandée remplacera ce contrat d'assurance ? Joindre au besoin le préavis de remplacement.
							Année	Mois	À l'étude	P	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PERSONNE À ASSURER 2

Déterminez-vous présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**), d'assurance maladies graves (**MG**), d'assurance de soins de longue durée (**SLD**) ou d'assurance invalidité (**AI**) ou avez-vous une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non
Si oui, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

VIE	MG	SLD	AI	Capital assuré	Décès accidentel	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)			Personnelle/ D'affaires		Est-ce que l'assurance demandée remplacera ce contrat d'assurance ? Joindre au besoin le préavis de remplacement.
							Année	Mois	À l'étude	P	A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5.2 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

PERSONNE À ASSURER 1

Avez-vous déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**), d'assurance maladies graves (**MG**) ou d'assurance invalidité (**AI**) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	AI	Nom de la compagnie	Décision	Raison
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

PERSONNE À ASSURER 2

Avez-vous déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**), d'assurance maladies graves (**MG**) ou d'assurance invalidité (**AI**) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	AI	Nom de la compagnie	Décision	Raison
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

5 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (suite)

5.3 USAGE DE TABAC

PERSONNE À ASSURER 1

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou fait usage de toute autre forme de tabac, de marijuana ou d'un substitut tels que la gomme, le timbre cutané (patch) ou la cigarette électronique? Oui Non **Si oui**:

Type	Quantité	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si vous avez cessé de fumer dans les 12 derniers mois, indiquer la date de cessation:

_____	_____
Année	Mois

PERSONNE À ASSURER 2

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou fait usage de toute autre forme de tabac, de marijuana ou d'un substitut tels que la gomme, le timbre cutané (patch) ou la cigarette électronique? Oui Non **Si oui**:

Type	Quantité	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si vous avez cessé de fumer dans les 12 derniers mois, indiquer la date de cessation:

_____	_____
Année	Mois

Cocher OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative, fournir des précisions ou remplir le questionnaire demandé disponible dans le logiciel d'illustration.

PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
Oui	Non	Oui	Non

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

BOISSONS ALCOOLIQUES

5.4 Consommez-vous des boissons alcooliques? **Si oui**, indiquer la quantité hebdomadaire actuelle (nombre de verres de bière, vin ou spiritueux). _____

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

5.5 Au cours des 5 dernières années, votre consommation d'alcool a-t-elle changé? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif à la consommation de boissons alcooliques.

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

USAGE DE DROGUES OU D'OPIACÉS

5.6 Faites-vous ou avez-vous fait usage de drogues ou d'opiacés, de stupéfiants tels que cocaïne, LSD, barbituriques, amphétamines ou autres substances similaires? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif à l'usage de drogues ou d'opiacés.

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

CONDUITE AUTOMOBILE

5.7 Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif à la conduite automobile.

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

5.8 Au cours des 5 dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif à la conduite automobile.

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

5.9 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été trouvé coupable de 3 infractions ou plus au Code de la sécurité routière? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif à la conduite automobile.

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

DOSSIER CRIMINEL

5.10 Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle quelconque? **Si oui**, préciser pour chacune des infractions, la nature, la date, la sentence et la probation. _____

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

ENVOLÉES AÉRIENNES

5.11 Avez-vous l'intention de faire ou avez-vous fait au cours des 2 dernières années des envolées aériennes autrement que comme passager? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif à l'aviation.

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

SPORTS HASARDEUX

5.12 Avez-vous l'intention de faire ou avez-vous fait au cours des 2 dernières années de l'alpinisme, des courses de véhicules motorisés, du deltaplane, du parachutisme, de la plongée sous-marine ou toute autre activité ou sport hasardeux? **Si oui**, remplir le questionnaire approprié.

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

VOYAGE OU RÉSIDENCE À L'ÉTRANGER

5.13 Au cours des 2 dernières années, avez-vous voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif aux voyages et à la résidence à l'étranger.

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

5.14 Au cours des 2 prochaines années, prévoyez-vous voyager ou résider à l'extérieur du Canada ou des États-Unis? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif aux voyages et à la résidence à l'étranger.

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

6 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (Ne pas remplir la section 6 si un EXAMEN PARAMÉDICAL ou une ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE est demandé.)

6.1 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Cocher OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative :

– **Encercler la maladie, l'affection ou la situation concernée.**

– **Fournir des précisions à la section 6.2 « Renseignements supplémentaires » ou remplir le questionnaire demandé disponible dans le logiciel d'illustration.**

PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
----------------------	--	----------------------	--

Oui	Non	Oui	Non
-----	-----	-----	-----

6.1.1 Avez-vous déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes pour l'une ou l'autre des maladies énumérées ci-dessous ?				
a) SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE : Tension artérielle élevée, taux de cholestérol ou de triglycérides élevé, douleur à la poitrine, palpitations, rythme cardiaque irrégulier, souffle au cœur, rhumatisme articulaire aigu, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, anévrisme ou autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) SYSTÈME RESPIRATOIRE : Asthme, emphysème, essoufflement, bronchite chronique, apnée du sommeil, autre trouble respiratoire ou pulmonaire ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles respiratoires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL :				
c1. Hépatite, cirrhose du foie, pancréatite ou trouble du foie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c2. Colite ulcéreuse, maladie de Crohn, hémorragie, trouble de l'œsophage, de l'estomac, de la vésicule biliaire ou des intestins ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux maladies intestinales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE : Anomalies dans l'urine, trouble des reins, de la vessie, de la prostate, des organes génitaux, maladies sexuellement transmissibles ou Pap test anormal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) SYSTÈME ENDOCRINIEN :				
e1. Trouble de la thyroïde ou autre affection glandulaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e2. Diabète ? Si oui , remplir le questionnaire relatif au diabète.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE :				
f1. Douleur ou trouble du dos ou du cou ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles du dos ou du cou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f2. Arthrite, goutte, bursite, tendinite, entorse ou autre trouble des muscles, des ligaments, des os ou des articulations ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles musculo-squelettiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) SYSTÈME NERVEUX : Épilepsie, paralysie, sclérose en plaques, coma, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, étourdissements, pertes d'équilibre, névrite optique, vue brouillée, engourdissements, fourmillements ou tout autre trouble neurologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) SANTÉ MENTALE : Dépression, épuisement professionnel, trouble d'adaptation, anxiété, fatigue/surmenage ou tout autre trouble psychologique, psychiatrique ou mental ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles psychologiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) SYSTÈME IMMUNITAIRE : Lupus, parasida (ARS), SIDA ou test permettant de vérifier la possibilité d'une exposition au SIDA ou au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ou tout autre trouble du système immunitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) GÉNÉRAL :				
j1. Anémie ou autre maladie du sang, leucémie, trouble des ganglions, cancer, tumeur, kyste, polype, nodule, maladie ou lésion anormale de la peau, affection des yeux, des oreilles, des seins incluant masses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j2. Autre désordre physique ou mental non mentionné à la question 6.1.1 a) à j1 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.2 Avez-vous déjà reçu un traitement ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement ou de consulter un médecin concernant votre consommation de drogue ou d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.3 Au cours des 5 dernières années,				
a) Avez-vous passé un électrocardiogramme, une radiographie, une tomographie (CT scan), une imagerie par résonance magnétique (IRM), des tests sanguins, des examens de contrôle, de dépistage ou des tests diagnostiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous été admis comme patient dans un hôpital ou une clinique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.4 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été invalide ou absent du travail pour une période de 4 semaines consécutives ou plus en raison de maladie ou de blessure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite) (Ne pas remplir la section 6 si un EXAMEN PARAMÉDICAL ou une ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE est demandé.)

6.1 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (suite)

	PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
	Oui	Non	Oui	Non
6.1.5 Au cours des 2 dernières années, avez-vous subi une mammographie ou une échographie des seins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.6 Avez-vous déjà consulté ou vous a-t-on conseillé de consulter un médecin ou un spécialiste ou de suivre un traitement à la suite d'une anomalie découverte lors d'une échographie, d'une biopsie ou d'une mammographie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.7 Prenez-vous des médicaments ? Si oui , préciser lesquels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.8 Présentez-vous des symptômes ou des signes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.9 Devez-vous consulter un médecin ou un spécialiste, suivre un traitement, subir une opération, des examens de contrôle ou des tests diagnostiques qui n'ont pas encore été effectués ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.10 Avez-vous déjà eu des complications durant une grossesse ou au moment d'un accouchement (diabète gestationnel, prééclampsie, césarienne, dépression post-partum, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.11 a) Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Si oui , quelle est la date prévue de l'accouchement ?	<div style="display: flex; gap: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px;"></div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Année Mois</p>		<div style="display: flex; gap: 5px;"> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; width: 40px;"></div> </div> <p style="text-align: center; font-size: small;">Année Mois</p>	

6.2 RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire datée et dûment signée.

Question n°	Nom de la personne à assurer	Diagnostic, date du diagnostic, dates des consultations, raison, résultats, hospitalisations, chirurgies, noms et adresses des médecins ou hôpitaux consultés

6 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite) (Ne pas remplir la section 6 si un EXAMEN PARAMÉDICAL ou une ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE est demandé.)

6.3 TAILLE ET POIDS

PERSONNE À ASSURER 1

Taille: _____ cm pi/po Poids: _____ kg lb

Au cours des douze derniers mois, votre poids a-t-il diminué de 4,5 kg (10 lb) ou plus? Oui Non

Si oui, quel est le poids perdu? _____ kg lb

Raison de la perte de poids: _____

PERSONNE À ASSURER 2

Taille: _____ cm pi/po Poids: _____ kg lb

Au cours des douze derniers mois, votre poids a-t-il diminué de 4,5 kg (10 lb) ou plus? Oui Non

Si oui, quel est le poids perdu? _____ kg lb

Raison de la perte de poids: _____

6.4 MÉDECINS

6.4.1 Médecin personnel

PERSONNE À ASSURER 1

Nom du médecin personnel

Adresse

Ind. rég.

Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation

Année

Mois

Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

PERSONNE À ASSURER 2

Nom du médecin personnel

Adresse

Ind. rég.

Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation

Année

Mois

Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

6.4.2 Dernier médecin consulté

PERSONNE À ASSURER 1

Nom du dernier médecin consulté, si différent

Adresse

Ind. rég.

Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation

Année

Mois

Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

PERSONNE À ASSURER 2

Nom du dernier médecin consulté, si différent

Adresse

Ind. rég.

Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation

Année

Mois

Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

6.5 ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Est-ce qu'un des membres de la famille (vivant ou décédé) de la personne à assurer, soit père, mère, frère, sœur, a déjà souffert de maladie cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, de traumatisme vasculaire cérébral, cancer, diabète, maladie polykystique des reins, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique ou de toute autre maladie héréditaire? **Si oui**, fournir les renseignements requis ci-dessous.

PERSONNE À ASSURER 1

Oui

Non

PERSONNE À ASSURER 2

Oui

Non

Nom de la personne à assurer	Lien de parenté avec la personne à assurer	Nom de la maladie (s'il s'agit de cancer, préciser lequel)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

7 RENTE D'INVALIDITÉ

PERSONNE À ASSURER 1

7.1 BUT DE LA DEMANDE

Couvrir un emprunt

Joindre une preuve du prêt provenant d'une institution financière précisant le nom des emprunteurs, la date et le solde du prêt ainsi que le montant du versement mensuel.

- Prêt hypothécaire Prêt personnel Prêt agricole
 Prêt commercial Marge de crédit

Remboursement mensuel (capital + intérêts)
ou solde actuel de la marge de crédit utilisée: _____ \$

Prêt déjà assuré en cas d'invalidité? Oui Non
Cette assurance prêt sera-t-elle annulée? Oui Non

Couvrir un bail Joindre une copie du bail.

Remplacement de revenu

Si la rente d'invalidité demandée est > 2 000 \$, joindre une preuve du revenu :
salarié: copie d'un relevé de paie; **travailleur autonome**: T4, T1 et états des revenus
et dépenses des 2 dernières années financières complètes.

PERSONNE À ASSURER 2

7.1 BUT DE LA DEMANDE

Couvrir un emprunt

Joindre une preuve du prêt provenant d'une institution financière précisant le nom des emprunteurs, la date et le solde du prêt ainsi que le montant du versement mensuel.

- Prêt hypothécaire Prêt personnel Prêt agricole
 Prêt commercial Marge de crédit

Remboursement mensuel (capital + intérêts)
ou solde actuel de la marge de crédit utilisée: _____ \$

Prêt déjà assuré en cas d'invalidité? Oui Non
Cette assurance prêt sera-t-elle annulée? Oui Non

Couvrir un bail Joindre une copie du bail.

Remplacement de revenu

Si la rente d'invalidité demandée est > 2 000 \$, joindre une preuve du revenu :
salarié: copie d'un relevé de paie; **travailleur autonome**: T4, T1 et états des revenus
et dépenses des 2 dernières années financières complètes.

RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS, PEU IMPORTE LE BUT DE LA DEMANDE.

7.2 Êtes-vous un employé salarié ou un travailleur autonome?

7.3 Nom et adresse de votre employeur ou de votre entreprise:

7.4 Nature de l'entreprise (secteur d'activité):

7.5 Si vous êtes un travailleur autonome, quel est le pourcentage de vos parts dans l'entreprise? _____ %

7.6 Nombre d'années chez cet employeur ou à votre compte: _____

7.7 Nombre d'heures de travail/semaine: _____

7.8 Nombre de semaines de travail/année: _____

7.9 Nombre d'années dans une entreprise similaire: _____

7.10 Type d'emploi: Temporaire Permanent

7.11 Quel emploi occupez-vous (titre):

7.12 Décrire sommairement vos tâches:

7.13 Quel pourcentage de votre travail est considéré comme manuel? _____ %

7.14 Avez-vous de l'assurance salaire de votre employeur, en vigueur ou à l'étude? Oui Non **Si oui:**

Nom de la compagnie d'assurance _____ % du salaire

7.15 Avez-vous de l'assurance invalidité (incluant l'assurance prêt/crédit) en vigueur ou à l'étude? Oui Non **Si oui:**

Année d'établissement	Nom de la compagnie d'assurance	Prestation mensuelle
_____	_____	_____ \$/mois
_____	_____	_____ \$/mois

_____ \$/mois

Remarques additionnelles

7.2 Êtes-vous un employé salarié ou un travailleur autonome?

7.3 Nom et adresse de votre employeur ou de votre entreprise:

7.4 Nature de l'entreprise (secteur d'activité):

7.5 Si vous êtes un travailleur autonome, quel est le pourcentage de vos parts dans l'entreprise? _____ %

7.6 Nombre d'années chez cet employeur ou à votre compte: _____

7.7 Nombre d'heures de travail/semaine: _____

7.8 Nombre de semaines de travail/année: _____

7.9 Nombre d'années dans une entreprise similaire: _____

7.10 Type d'emploi: Temporaire Permanent

7.11 Quel emploi occupez-vous (titre):

7.12 Décrire sommairement vos tâches:

7.13 Quel pourcentage de votre travail est considéré comme manuel? _____ %

7.14 Avez-vous de l'assurance salaire de votre employeur, en vigueur ou à l'étude? Oui Non **Si oui:**

Nom de la compagnie d'assurance _____ % du salaire

7.15 Avez-vous de l'assurance invalidité (incluant l'assurance prêt/crédit) en vigueur ou à l'étude? Oui Non **Si oui:**

Année d'établissement	Nom de la compagnie d'assurance	Prestation mensuelle
_____	_____	_____ \$/mois
_____	_____	_____ \$/mois

_____ \$/mois

Remarques additionnelles

SECTIONS RÉSERVÉES AUX ENFANTS (MOINS DE 18 ANS)

- 1) Si un avenant de maladies graves pour enfants est demandé, remplir les sections 8, 9 et 10.
- 2) Si une garantie principale d'assurance vie est demandée et que la personne à assurer a moins de 18 ans, remplir les sections 9 et 10.
- 3) Si une garantie principale de maladies graves est demandée et que la personne à assurer a moins de 18 ans, remplir les sections 9 et 10.
- 4) Si un avenant d'assurance vie pour enfants est demandé, remplir la section 11.

8 IDENTIFICATION DES ENFANTS DE L'AVENANT DE MALADIES GRAVES POUR ENFANTS

Les enfants doivent être ceux de la personne à assurer, et ce, en vertu de leur acte de naissance ou par adoption légale. Tous les enfants de moins de 18 ans de la personne à assurer doivent être identifiés. Lorsqu'il y a plus de 2 enfants, utiliser autant de propositions supplémentaires que nécessaire.

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance		
			Année	Mois	Jour
Enfant 1 _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _	_	_ _
Enfant 2 _____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _	_	_ _

9 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

9.1 AUTRES ASSURANCES EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE

PERSONNE À ASSURER 1 OU ENFANT 1

L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

VIE	MG	Capital assuré	Décès accidentel	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)			Est-ce que l'assurance demandée remplacera ce contrat d'assurance? <small>Joindre au besoin le préavis de remplacement.</small>
					Année	Mois	À l'étude	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_ _ _	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_ _ _	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PERSONNE À ASSURER 2 OU ENFANT 2

L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

VIE	MG	Capital assuré	Décès accidentel	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)			Est-ce que l'assurance demandée remplacera ce contrat d'assurance? <small>Joindre au besoin le préavis de remplacement.</small>
					Année	Mois	À l'étude	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_ _ _	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_ _ _	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

9 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (suite)

9.2 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

PERSONNE À ASSURER 1 OU ENFANT 1

L'enfant a-t-il déjà eu une proposition d'assurance vie (VIE) ou d'assurance maladies graves (MG) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	Nom de la compagnie	Décision	Raison
_ _ _ _	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_ _ _ _	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

PERSONNE À ASSURER 2 OU ENFANT 2

L'enfant a-t-il déjà eu une proposition d'assurance vie (VIE) ou d'assurance maladies graves (MG) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	Nom de la compagnie	Décision	Raison
_ _ _ _	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_ _ _ _	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

9.3 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX MEMBRES DE LA FAMILLE DE L'ENFANT

9.3.1 Frères et sœurs de l'enfant

L'enfant a-t-il des frères et sœurs?
Si oui, combien?

PERSONNE À ASSURER 1/ ENFANT 1		PERSONNE À ASSURER 2/ ENFANT 2	
Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9.3.2 Antécédents d'assurance des membres de la famille de l'enfant

PERSONNE À ASSURER 1 OU ENFANT 1

Inscrire ci-dessous toute assurance vie (VIE), maladies graves (MG) ou invalidité (AI) en vigueur ou à l'étude sur la vie des parents, des frères et sœurs.

Nom du membre de la famille de l'enfant	Lien de parenté avec l'enfant	VIE	MG	AI	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année d'émission	À l'étude
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_ _ _	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_ _ _	<input type="checkbox"/>

PERSONNE À ASSURER 2 OU ENFANT 2

Inscrire ci-dessous toute assurance vie (VIE), maladies graves (MG) ou invalidité (AI) en vigueur ou à l'étude sur la vie des parents, des frères et sœurs.

Nom du membre de la famille de l'enfant	Lien de parenté avec l'enfant	VIE	MG	AI	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année d'émission	À l'étude
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_ _ _	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_ _ _	<input type="checkbox"/>

9.3.3 Renseignements financiers des parents de l'enfant **À remplir si le capital assuré demandé est supérieur à 100 000 \$.**

- a) Revenu annuel des parents: _____ \$
- b) Valeur nette (actif-passif) des parents: _____ \$

9 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (suite)

9.4 USAGE DE TABAC

PERSONNE À ASSURER 1 OU ENFANT 1

Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou fait usage de toute autre forme de tabac, de marijuana ou d'un substitut tels que la gomme, le timbre cutané (*patch*) ou la cigarette électronique? Oui Non **Si oui:**

Type	Quantité	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si l'enfant a cessé de fumer dans les 12 derniers mois, indiquer la date de cessation:

Année				Mois

PERSONNE À ASSURER 2 OU ENFANT 2

Au cours des 12 derniers mois, l'enfant a-t-il fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou fait usage de toute autre forme de tabac, de marijuana ou d'un substitut tels que la gomme, le timbre cutané (*patch*) ou la cigarette électronique? Oui Non **Si oui:**

Type	Quantité	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si l'enfant a cessé de fumer dans les 12 derniers mois, indiquer la date de cessation:

Année				Mois

Cocher OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative, fournir des précisions ou remplir le questionnaire demandé disponible dans le logiciel d'illustration.

PERSONNE À ASSURER 1/ ENFANT 1		PERSONNE À ASSURER 2/ ENFANT 2	
Oui	Non	Oui	Non

BOISSONS ALCOOLIQUES

9.5 L'enfant consomme-t-il des boissons alcooliques? **Si oui**, indiquer la quantité hebdomadaire actuelle (nombre de verres de bière, vin ou spiritueux). _____

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

USAGE DE DROGUES OU D'OPIACÉS

9.6 L'enfant fait-il ou a-t-il fait usage de drogues ou d'opiacés, de stupéfiants tels que cocaïne, LSD, barbituriques, amphétamines ou autres substances similaires? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif à l'usage de drogues ou d'opiacés.

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

CONDUITE AUTOMOBILE

9.7 L'enfant a-t-il déjà été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif à la conduite automobile.

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

9.8 Le permis de conduire de l'enfant a-t-il déjà été suspendu ou révoqué? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif à la conduite automobile.

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

9.9 L'enfant a-t-il déjà été trouvé coupable d'une ou de plusieurs infractions au Code de la sécurité routière? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif à la conduite automobile.

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

DOSSIER CRIMINEL

9.10 L'enfant a-t-il déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle quelconque? **Si oui**, préciser pour chacune des infractions, la nature, la date, la sentence et la probation. _____

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

ENVOLÉES AÉRIENNES

9.11 L'enfant a-t-il l'intention de faire ou a-t-il fait au cours des 2 dernières années des envolées aériennes autrement que comme passager? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif à l'aviation.

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

SPORTS HASARDEUX

9.12 L'enfant a-t-il l'intention de faire ou a-t-il fait au cours des 2 dernières années de l'alpinisme, des courses de véhicules motorisés, du deltaplane, du parachutisme, de la plongée sous-marine ou toute autre activité ou sport hasardeux? **Si oui**, remplir le questionnaire approprié.

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

VOYAGE OU RÉSIDENCE À L'ÉTRANGER

9.13 Au cours des 2 dernières années, l'enfant a-t-il voyagé ou résidé hors du Canada ou des États-Unis? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif aux voyages et à la résidence à l'étranger.

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

9.14 Au cours des 2 prochaines années, l'enfant a-t-il l'intention de voyager ou de résider hors du Canada ou des États-Unis? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif aux voyages et à la résidence à l'étranger.

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

10 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (Ne pas remplir la section 10 si un EXAMEN PARAMÉDICAL ou une ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE est demandé.)

10.1 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Cocher OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative :

- Encercler la maladie, l'affection ou la situation concernée.
- Fournir des précisions à la section 10.2 « Renseignements supplémentaires » ou remplir le questionnaire demandé disponible dans le logiciel d'illustration.

	PERSONNE À ASSURER 1/ ENFANT 1		PERSONNE À ASSURER 2/ ENFANT 2	
	Oui	Non	Oui	Non
10.1.1 L'enfant a-t-il déjà consulté un médecin ou eu un diagnostic ou a-t-il déjà présenté des signes ou des symptômes concernant ce qui suit :				
a) Malformation cardiaque ou autre anomalie congénitale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Paralysie cérébrale, sclérose latérale amyotrophique, dystrophie musculaire, fibrose kystique ou retard du développement physique ou mental ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.1.2 L'enfant est-il âgé de moins de 1 an ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui , est-il né plus de 4 semaines avant terme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.1.3 L'enfant a-t-il déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes pour l'une ou l'autre des maladies énumérées ci-dessous ?				
a) SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE : Tension artérielle élevée, taux de cholestérol ou de triglycérides élevé, douleur à la poitrine, palpitations, rythme cardiaque irrégulier, souffle au cœur, rhumatisme articulaire aigu, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, anévrisme ou autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) SYSTÈME RESPIRATOIRE : Asthme, emphysème, essoufflement, bronchite chronique, apnée du sommeil, autre trouble respiratoire ou pulmonaire ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles respiratoires.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL :				
c1. Hépatite, cirrhose du foie, pancréatite ou trouble du foie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c2. Colite ulcéreuse, maladie de Crohn, hémorragie, trouble de l'œsophage, de l'estomac, de la vésicule biliaire ou des intestins ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux maladies intestinales.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE : Anomalies dans l'urine, trouble des reins, de la vessie, de la prostate, des organes génitaux, maladies sexuellement transmissibles ou Pap test anormal ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) SYSTÈME ENDOCRINIEN :				
e1. Trouble de la thyroïde ou autre affection glandulaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e2. Diabète ? Si oui , remplir le questionnaire relatif au diabète.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE :				
f1. Douleur ou trouble du dos ou du cou ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles du dos ou du cou.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f2. Arthrite, goutte, bursite, tendinite, entorse ou autre trouble des muscles, des ligaments, des os ou des articulations ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles musculo-squelettiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) SYSTÈME NERVEUX : Épilepsie, paralysie, sclérose en plaques, coma, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, étourdissements, pertes d'équilibre, névrite optique, vue brouillée, engourdissements, fourmillements ou tout autre trouble neurologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) SANTÉ MENTALE : Trouble du déficit de l'attention, autisme, dépression, trouble d'adaptation, anxiété, fatigue/surmenage ou tout autre trouble psychologique, psychiatrique ou mental ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles psychologiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) SYSTÈME IMMUNITAIRE : Lupus, parasida (ARS), SIDA ou test permettant de vérifier la possibilité d'une exposition au SIDA ou au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ou tout autre trouble du système immunitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) GÉNÉRAL :				
j1. Anémie ou autre maladie du sang, leucémie, trouble des ganglions, cancer, tumeur, kyste, polype, nodule, maladie ou lésion de la peau, affection des yeux, des oreilles, des seins incluant masses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j2. Autre désordre physique ou mental non mentionné à la question 10.1.3 a) à j1 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.1.4 L'enfant a-t-il déjà reçu un traitement ou lui a-t-on conseillé de suivre un traitement ou de consulter un médecin concernant sa consommation de drogue ou d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite) (Ne pas remplir la section 10 si un EXAMEN PARAMÉDICAL ou une ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE est demandé.)

10.1 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (suite)

	PERSONNE À ASSURER 1/ ENFANT 1		PERSONNE À ASSURER 2/ ENFANT 2																															
	Oui	Non	Oui	Non																														
10.1.5 Au cours des 5 dernières années, a) L'enfant a-t-il passé un électrocardiogramme, une radiographie, une tomographie (CT scan), une imagerie par résonance magnétique (IRM), des tests sanguins, des examens de contrôle, de dépistage ou des tests diagnostiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
b) L'enfant a-t-il été admis comme patient dans un hôpital ou une clinique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
10.1.6 Au cours des 5 dernières années, l'enfant a-t-il été invalide ou absent du travail ou de l'école pour une période de 4 semaines consécutives ou plus en raison de maladie ou de blessure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
10.1.7 Au cours des 2 dernières années, l'enfant a-t-il subi une mammographie ou une échographie des seins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
10.1.8 L'enfant a-t-il déjà consulté ou lui a-t-on conseillé de consulter un médecin ou un spécialiste ou de suivre un traitement à la suite d'une anomalie découverte lors d'une échographie, d'une biopsie ou d'une mammographie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
10.1.9 L'enfant prend-il des médicaments ? Si oui , préciser lesquels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
10.1.10 L'enfant présente-t-il des symptômes ou des signes pour lesquels il n'a pas encore consulté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
10.1.11 L'enfant doit-il consulter un médecin ou un spécialiste, suivre un traitement, subir une opération, des examens de contrôle ou des tests diagnostiques qui n'ont pas encore été effectués ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
10.1.12 L'enfant a-t-elle déjà eu des complications durant une grossesse ou au moment d'un accouchement ? (diabète gestationnel, prééclampsie, césarienne, dépression post-partum, etc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
10.1.13 a) L'enfant est-elle enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
b) Si oui , quelle est la date prévue de l'accouchement ?	<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td align="center"> </td><td align="center"> </td><td align="center"> </td><td align="center"> </td><td align="center"> </td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">Année</td><td align="center" colspan="3">Mois</td> </tr> </table>												Année		Mois			<table border="1"> <tr> <td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> <tr> <td align="center"> </td><td align="center"> </td><td align="center"> </td><td align="center"> </td><td align="center"> </td> </tr> <tr> <td align="center" colspan="2">Année</td><td align="center" colspan="3">Mois</td> </tr> </table>												Année		Mois		
Année		Mois																																
Année		Mois																																

10.2 RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire datée et dûment signée.

Question n°	Nom de l'enfant	Diagnostic, date du diagnostic, dates des consultations, raison, résultats, hospitalisations, chirurgies, noms et adresses des médecins ou hôpitaux consultés

10 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite) (Ne pas remplir la section 10 si un EXAMEN PARAMÉDICAL ou une ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE est demandé.)

10.3 TAILLE ET POIDS

PERSONNE À ASSURER 1/ENFANT 1

Taille: _____ cm pi/po Poids: _____ kg lb

Au cours des douze derniers mois, le poids de l'enfant a-t-il diminué de 4,5 kg (10 lb) ou plus? Oui Non

Si oui, quel est le poids perdu? _____ kg lb

Raison de la perte de poids: _____

PERSONNE À ASSURER 2/ENFANT 2

Taille: _____ cm pi/po Poids: _____ kg lb

Au cours des douze derniers mois, le poids de l'enfant a-t-il diminué de 4,5 kg (10 lb) ou plus? Oui Non

Si oui, quel est le poids perdu? _____ kg lb

Raison de la perte de poids: _____

10.4 MÉDECINS

10.4.1 Médecin personnel

PERSONNE À ASSURER 1/ENFANT 1

Nom du médecin personnel

Adresse

Ind. rég. Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation

Année Mois Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

PERSONNE À ASSURER 2/ENFANT 2

Nom du médecin personnel

Adresse

Ind. rég. Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation

Année Mois Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

10.4.2 Dernier médecin consulté

PERSONNE À ASSURER 1/ENFANT 1

Nom du dernier médecin consulté, si différent

Adresse

Ind. rég. Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation

Année Mois Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

PERSONNE À ASSURER 2/ENFANT 2

Nom du dernier médecin consulté, si différent

Adresse

Ind. rég. Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation

Année Mois Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

10.5 ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Est-ce qu'un des membres de la famille (vivant ou décédé) de l'enfant, soit père, mère, frère, sœur et grands-parents maternels ou paternels, a déjà souffert de maladie cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, de traumatisme vasculaire cérébral, cancer, diabète, maladie polykystique des reins, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique ou de toute autre maladie héréditaire? **Si oui**, fournir les renseignements requis ci-dessous.

PERSONNE À ASSURER 1/ ENFANT 1

Oui

Non

PERSONNE À ASSURER 2/ ENFANT 2

Oui

Non

Nom de l'enfant	Lien de parenté avec l'enfant	Nom de la maladie (s'il s'agit de cancer, préciser lequel)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

SECTION RÉSERVÉE À L'AVENANT D'ASSURANCE VIE POUR ENFANTS

11 AVENANT D'ASSURANCE VIE POUR ENFANTS

11.1 IDENTIFICATION DES ENFANTS DE L'AVENANT D'ASSURANCE VIE POUR ENFANTS

Les enfants doivent être ceux de la personne à assurer, et ce, en vertu de leur acte de naissance ou par adoption légale. Tous les enfants de moins de 18 ans de la personne à assurer doivent être identifiés. Lorsqu'il y a plus de 2 enfants, utiliser autant de propositions supplémentaires que nécessaire.

	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance		
				Année	Mois	Jour
Enfant 1	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _	_	_
Enfant 2	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _ _	_	_

11.2 RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Nom	Prénom	Date de naissance			Lien avec les enfants (au Québec lien avec le preneur)	Cocher une case	
		Année	Mois	Jour		Révocable	Irrévocable
_____	_____	_ _ _	_	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

11.3 AUTRES ASSURANCES EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE

ENFANT 1

L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

VIE	MG	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)		
				Année	Mois	À l'étude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_ _ _	_	<input type="checkbox"/>

ENFANT 2

L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

VIE	MG	Capital assuré	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)		
				Année	Mois	À l'étude
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_ _ _	_	<input type="checkbox"/>

11.4 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

ENFANT 1

L'enfant a-t-il déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	Nom de la compagnie	Décision	Raison
_ _ _	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

ENFANT 2

L'enfant a-t-il déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	Nom de la compagnie	Décision	Raison
_ _ _	_	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

12 PAIEMENT DES PRIMES

CHOIX DU MODE DE PAIEMENT DES PRIMES

Annuel Le chèque doit être fait à l'ordre de La Capitale assurances et gestion du patrimoine.

Chèque joint à la présente proposition _____ \$

Chèque remis à la livraison de la police **Si cette option est choisie, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.**

Débits préautorisés (DPA) Ne joindre aucun chèque couvrant la première prime.

Remplir l'accord de débits préautorisés (DPA) à la section 13.

Si les renseignements sur le compte bancaire ne sont pas fournis, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.

13 ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)

Je, soussigné, autorise La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (La Capitale) ou son mandataire à porter au débit du compte bancaire figurant sur le spécimen de chèque ci-joint ou du compte bancaire ci-après identifié les montants mensuels fixes requis pour le paiement des sommes dues à La Capitale.

RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE BANCAIRE

Joindre un spécimen de chèque ou remplir comme l'exemple ci-dessous :

Numéro de succursale	Numéro de l'institution	Numéro du compte
_____	_____	_____

Type de DPA : Personnel D'entreprise

Date du prélèvement : Le _____ de chaque mois (entre le 1^{er} et le 28^e jour du mois). Si aucune date n'est indiquée, celle-ci sera établie par La Capitale.

Je renonce à mon droit de recevoir un préavis du montant ou de la date du DPA ainsi qu'à mon droit de recevoir un préavis de tout changement du montant ou de la date du DPA.

Cet accord peut être annulé sur réception par La Capitale d'un préavis d'au moins 30 jours avant la date prévue du prochain DPA. De plus, vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou pour de plus amples renseignements sur le droit d'annulation du présent accord ou sur vos droits de recours, communiquez avec La Capitale ou visitez www.cdnpay.ca.

Nom du payeur _____

Adresse du payeur (si autre que celle du preneur) _____

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU PAYEUR DE LA PRIME

X

Signature du payeur de la prime _____

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
625, rue Saint-Amable, Québec (Québec) G1R 2G5
Téléphone : 418 528-2211 ou 1 800 463-4433
Courriel : gfi@lacapitale.com

14 QUESTIONS LIÉES AU CERTIFICAT CONDITIONNEL DE PROTECTION PROVISOIRE
(assurance vie, rente d'invalidité ou maladies graves) (À remplir pour toutes les personnes à assurer)

Remettre au preneur le certificat conditionnel de protection provisoire si les réponses à toutes les questions de cette section sont NON.

	PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
	Oui	Non	Oui	Non
Avez-vous déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes concernant ce qui suit ?				
14.1 Troubles cardiaques ou vaisseaux sanguins, y compris l'hypertension ou une tension artérielle élevée, douleurs thoraciques, angine, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral, cancer ou tumeur, SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), para-SIDA (syndrome apparenté au SIDA) ou tout autre trouble immunitaire, diabète, insuffisance rénale ou pulmonaire chronique, maladie chronique du foie, sclérose en plaques, paralysie, maladie de Parkinson ou maladie d'Alzheimer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.2 Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consulté ou été traité par un médecin ou autre praticien pour une raison autre qu'une grossesse sans complication ou une condition mineure pour laquelle aucune autre visite de suivi n'a été fixée ou prévue ou pour laquelle des résultats sont inconnus à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.3 Avez-vous eu une demande d'assurance vie, invalidité, maladies graves, soins de longue durée, individuelle ou collective, refusée, modifiée, annulée, différée ou qui a fait l'objet d'une surprime depuis moins de 3 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.4 Avez-vous été ou êtes-vous présentement en arrêt de travail pour invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15 AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS AU CONSEILLER OU À L'AGENT GÉNÉRAL

Le preneur et la personne à assurer autorisent l'Assureur à divulguer au conseiller ou à l'agent général les renseignements personnels recueillis sur la proposition ou au cours du processus d'évaluation du risque et qui pourraient avoir une incidence sur la prime ou l'émission du contrat. Ces renseignements sont notamment les résultats de tests médicaux ou de tests de laboratoire, les antécédents médicaux, criminels, de travail, de consommation d'alcool ou d'usage de drogues, les renseignements financiers ou tout autre élément considéré lors de l'évaluation de la proposition.

L'Assureur peut choisir de ne pas divulguer de renseignements au conseiller ou à l'agent général même si cette autorisation est signée.

Cette autorisation demeurera en vigueur 45 jours après l'émission du contrat ou l'envoi d'un avis de refus d'établir le contrat demandé. Cette autorisation peut être annulée en tout temps par l'envoi d'un avis écrit à l'Assureur.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU PRENEUR 1

X

Signature du preneur 1

SIGNATURE DU PRENEUR 2

X

Signature du preneur 2

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 1

X

Signature de la personne à assurer 1 ou de son tuteur légal si la personne à assurer 1 a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 2

X

Signature de la personne à assurer 2 ou de son tuteur légal si la personne à assurer 2 a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

16 DÉCLARATIONS ET SIGNATURES DE LA PROPOSITION

Le preneur et la personne à assurer déclarent que toutes les réponses et explications données dans cette proposition et, le cas échéant, dans tout autre formulaire s'y rapportant incluant toute entrevue téléphonique ou en personne, sont complètes et véridiques, sachant que l'Assureur se base sur celles-ci pour établir le contrat.

Sous réserve des conditions générales du contrat et des conditions du certificat conditionnel de protection provisoire, s'il a été émis, le preneur et la personne à assurer conviennent que l'assurance prendra effet globalement à la date d'acceptation de la proposition par l'Assureur pourvu que cette dernière ait été acceptée sans modification, que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit survenu dans le caractère assurable du risque de la personne à assurer depuis la signature de la proposition.

Le preneur et la personne à assurer conviennent que le suicide d'une personne à assurer au cours des deux premières années qui suivent la date de prise d'effet de toute garantie d'assurance sur la vie établie pour cette personne est cause de nullité du contrat quant à cette personne et que la seule obligation de l'Assureur se limite au remboursement des primes payées pour cette garantie.

Le preneur reconnaît avoir pris connaissance de l'exposé d'assurance contenant des renseignements sur la garantie demandée dont, entre autres, les éléments garantis et non garantis et les restrictions, réductions et exclusions applicables, le cas échéant. Le preneur reconnaît que son conseiller lui a fourni des explications satisfaisantes.

Le preneur reconnaît avoir lu et compris la mise en garde relative aux comptes d'investissement La Capitale.

Si le certificat conditionnel de protection provisoire a été émis, le preneur reconnaît l'avoir lu et compris.

Le preneur reconnaît avoir reçu et lu le préavis du MIB, Inc., l'avis concernant l'enquête, l'examen médical et les tests, l'entrevue téléphonique ou en personne et l'avis concernant la protection des renseignements personnels.

Au surplus, la personne à assurer consent à ce que le preneur souscrive cette assurance.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU PRENEUR 1

X

Signature du preneur 1

SIGNATURE DU PRENEUR 2

X

Signature du preneur 2

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 1

X

Signature de la personne à assurer 1 ou de son tuteur légal si la personne à assurer 1 a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 2

X

Signature de la personne à assurer 2 ou de son tuteur légal si la personne à assurer 2 a moins de 18 ans au Québec ou moins de 16 ans à l'extérieur du Québec

SIGNATURE DU CONSEILLER

X


Signature du conseiller

17 AUTORISATION

1. Aux fins de l'établissement de mon assurabilité, de la gestion de mon dossier et de l'étude de mes demandes de prestations, j'autorise toute personne physique ou morale et tout organisme public ou parapublic détenant des renseignements sur mon compte dont notamment tout professionnel de la santé et tout établissement de santé, le MIB, Inc., toute institution financière, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout agent de renseignement ou toute agence d'investigation, mon employeur ou mes employeurs précédents, à communiquer ces renseignements à l'Assureur ou à ses réassureurs. J'autorise également l'Assureur et ses réassureurs aux mêmes fins à communiquer auxdites personnes ou auxdits organismes dont le MIB, Inc. les renseignements qu'ils détiennent sur mon compte.
2. Aux mêmes fins, j'autorise l'Assureur ou ses réassureurs à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet et à faire un bref rapport donnant des renseignements personnels sur ma santé au MIB, Inc.
3. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.
4. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.


SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 1

 _____
Signature de la personne à assurer 1 (autorisée à signer si âgée de 14 ans ou plus au Québec et si âgée de 16 ans ou plus à l'extérieur du Québec)

 _____
Signature du parent ou du tuteur légal si la personne à assurer 1 est mineure

Nom du parent ou du tuteur légal signataire (en caractères d'imprimerie)


SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 2

 _____
Signature de la personne à assurer 2 (autorisée à signer si âgée de 14 ans ou plus au Québec et si âgée de 16 ans ou plus à l'extérieur du Québec)

 _____
Signature du parent ou du tuteur légal si la personne à assurer 2 est mineure

Nom du parent ou du tuteur légal signataire (en caractères d'imprimerie)

SIGNATURE DU CONSEILLER

 _____
Signature du conseiller

Cette page a été laissée en blanc intentionnellement

Remettre au preneur seulement si la personne à assurer a répondu **NON** aux questions de la section 14.

Le certificat conditionnel de protection provisoire (le certificat) garantit une protection d'assurance limitée pendant que la proposition d'assurance identifiée par le numéro au bas de cette page est à l'étude par l'Assureur. Le fait d'être couvert par le certificat ne garantit pas que la proposition sera acceptée.

Prise d'effet du certificat

Pour que le certificat prenne effet, les conditions suivantes doivent être respectées :

- la personne à assurer a répondu « non » aux questions liées au certificat ;
- les réponses données à toutes les questions sont complètes et exactes ;
- le paiement de la première prime annuelle a été effectué ou l'accord de débits préautorisés (DPA) a été dûment rempli et signé ; et
- le preneur ne doit pas avoir demandé que la date de prise d'effet du contrat soit à une date spécifique ultérieure.

Sous réserve du respect des conditions énumérées ci-dessus, le certificat prend effet à la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de signature de la proposition dûment remplie ;
- la date à laquelle le tout dernier test ou examen ou entrevue téléphonique ou déclaration ou formulaire nécessaire à l'étude de la proposition a été complété ou rempli.

Fin du certificat

L'assurance provisoire que procure ce certificat prend fin au plus rapproché des événements suivants :

- la date de prise d'effet du contrat demandé ;
- la date de l'envoi par l'Assureur au conseiller d'une contre-proposition ;
- la date de l'envoi par l'Assureur au preneur d'un avis de refus d'établir le contrat demandé ;
- la date de l'envoi par l'Assureur au conseiller ou au preneur d'un avis de sa décision de mettre fin à ce certificat ;
- la date à laquelle le preneur demande l'annulation de la proposition ;
- le 60^e jour suivant la date de prise d'effet du certificat.

18.1 – Conditions et exclusions relatives à l'assurance vie

Si une personne à assurer décède pendant que le certificat est en vigueur à son égard, le versement du montant d'assurance sera effectué, comme si le contrat demandé avait été établi, sous réserve des conditions et exclusions énoncées audit contrat et au certificat, ces dernières ayant priorité.

Aucun montant d'assurance ne sera payable en vertu du certificat si la personne à assurer est âgée de moins de 15 jours ou de plus de 64 ans.

Aucun montant d'assurance ne sera payable en vertu du certificat en cas de fausse déclaration, d'omission, de réticence ou de fraude dans la proposition ou dans tout autre document qui en fait partie.

À la date de prise d'effet du certificat, la personne à assurer doit constituer un risque assurable au taux normal selon les normes de l'Assureur.

En cas de suicide de la personne à assurer, qu'elle soit saine d'esprit ou non, le certificat devient nul et la seule responsabilité de l'Assureur se limite à rembourser la prime payée, le cas échéant.

Les seuls garanties complémentaires et avenants visés par la section 18.1 sont ceux comportant une garantie d'assurance vie (excluant le décès accidentel).

Le montant d'assurance payable par personne à assurer en vertu du certificat ou de tout autre certificat en vigueur chez l'Assureur correspond au moindre des montants suivants :

- le montant d'assurance demandé MOINS toute portion du montant d'assurance demandé provenant de l'exercice d'un droit de transformation, de l'exercice d'une option d'assurabilité garantie ou d'un remplacement de contrats en vigueur chez l'Assureur ;
- 500 000 \$.

18.2 – Conditions et exclusions relatives à une garantie de rente d'invalidité

Si une personne à assurer devient en état d'invalidité totale pendant que le certificat est en vigueur à son égard, l'Assureur procède à l'étude du dossier de cette personne en se basant sur ses critères de sélection habituels sans toutefois tenir compte de tout changement dans le caractère assurable du risque de cette personne survenu après la prise d'effet du certificat à son égard.

Ainsi, dans le cas où, à la date de prise d'effet du certificat et **sous réserve de la prise d'effet du contrat d'assurance vie auquel la garantie de rente d'invalidité est rattachée,**

- l'Assureur aurait émis une garantie de rente d'invalidité standard, une garantie de rente d'invalidité est émise conformément à la proposition ;
- l'Assureur aurait émis une garantie de rente d'invalidité réduite ou modifiée, une garantie de rente d'invalidité réduite ou modifiée est émise ;
- l'Assureur n'aurait pas émis de garantie de rente d'invalidité, aucune garantie n'est émise et le certificat prend fin.

Si aux termes du certificat une garantie de rente d'invalidité est émise, celle-ci comportera les mêmes conditions que la garantie demandée, dont le délai de carence, sous réserve des conditions et exclusions du certificat, ces dernières ayant priorité.

Si une personne à assurer ne devient pas en état d'invalidité totale pendant que le certificat est en vigueur à son égard, tout changement dans le caractère assurable du risque de cette personne survenu après la date de signature de la proposition, sera pris en considération pour déterminer si une garantie de rente d'invalidité est émise et, le cas échéant, à quelles conditions.

Aucun montant de rente d'invalidité ne sera payable en vertu du certificat si la personne à assurer est âgée de moins de 18 ans ou de plus de 55 ans.

Aucun montant de rente d'invalidité ne sera payable en vertu du certificat en cas de fausse déclaration, d'omission, de réticence ou de fraude dans la proposition ou dans tout autre document qui en fait partie.

Aucun montant de rente d'invalidité ne sera payable en vertu du certificat, si l'invalidité de la personne à assurer résulte d'une blessure auto-infligée volontairement ou d'une tentative de suicide, que la personne à assurer soit saine d'esprit ou non ; de blessures subies au moment où la personne à assurer conduit un véhicule alors qu'elle est sous l'influence d'alcool excédant la limite légale ou de drogues ; d'une grossesse, sauf les complications en découlant ; de l'absorption volontaire de poison ou de l'inhalation volontaire de gaz ; de l'absorption de narcotiques ou d'autres drogues, avec ou sans ordonnance médicale, pris en quantité telle qu'ils deviennent toxiques ; de blessures subies à l'occasion d'une opération militaire ou de sa participation à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection ; de sa participation directe ou indirecte à un acte criminel, à un sport hasardeux ou à une envolée autrement que comme passager ordinaire sur un vol régulier.

Le montant de rente d'invalidité payable par personne à assurer en vertu du certificat ou de tout autre certificat en vigueur chez l'Assureur correspond au moindre des montants suivants :

- le montant de rente d'invalidité demandé MOINS toute portion du montant de rente d'invalidité demandé provenant d'un remplacement de contrats en vigueur chez l'Assureur ;
- 2 000 \$ par mois.

18.3 – Conditions et exclusions relatives à une assurance de maladies graves

Si une personne à assurer contracte une maladie grave ou subit une intervention chirurgicale assurées pendant que le certificat est en vigueur à son égard, le versement du montant d'assurance sera effectué, comme si le contrat demandé avait été établi, sous réserve des conditions et exclusions énoncées audit contrat et au certificat, ces dernières ayant priorité.

Aucun montant d'assurance ne sera payable en vertu du certificat si la personne à assurer est âgée de moins de 31 jours ou de plus de 60 ans.

Aucun montant d'assurance ne sera payable en vertu du certificat en cas de fausse déclaration, d'omission, de réticence ou de fraude dans la proposition ou dans tout autre document qui en fait partie.

À la date de prise d'effet du certificat, la personne à assurer doit constituer un risque assurable au taux normal selon les normes de l'Assureur.

Aucun montant d'assurance ne sera payable en vertu du certificat si la personne à assurer reçoit un diagnostic de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne OU décède dans les 30 jours suivant la date du diagnostic d'une maladie grave ou d'une intervention chirurgicale assurées.

Aucun montant d'assurance ne sera payable en vertu du certificat, si la maladie grave ou l'intervention chirurgicale résulte d'une blessure auto-infligée volontairement ou d'une tentative de suicide, que la personne à assurer soit saine d'esprit ou non ; de la conduite d'un véhicule motorisé avec un taux d'alcoolémie excédant la limite légale ; de l'usage d'alcool ou de drogues ; d'un acte de guerre déclarée ou non ; de sa participation directe ou indirecte à un acte criminel, à un sport hasardeux ou à une envolée autrement que comme passager ordinaire sur un vol régulier.

Les seuls garanties complémentaires et avenants visés par la section 18.3 sont ceux comportant une garantie de maladies graves.

Le montant d'assurance payable par personne à assurer en vertu du certificat ou de tout autre certificat en vigueur chez l'Assureur correspond au moindre des montants suivants :

- le montant d'assurance demandé MOINS toute portion du montant d'assurance demandé provenant d'un remplacement de contrats en vigueur chez l'Assureur ;
- 500 000 \$ MOINS tout autre capital assuré en vertu d'une assurance maladies graves payable par l'Assureur pour la personne à assurer.

Aucun conseiller ne peut modifier les conditions du certificat.

Inscrire le nom de la personne à assurer admissible* à la protection provisoire :

 Nom de la personne à assurer admissible

 Nom de la personne à assurer admissible

* En cas de réclamation, l'Assureur validera l'admissibilité de la personne à assurer.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU CONSEILLER

 _____
 Signature du conseiller

À remettre au preneur

19.1 – Préavis du MIB, Inc.

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

Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance, y compris l'Assureur, transigent avec un organisme appelé « MIB, Inc. (MIB) ».

Tout renseignement relatif à votre assurabilité est traité de façon confidentielle. Toutefois, l'Assureur et ses réassureurs pourront en transmettre un résumé au MIB, organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance vie. Cet organisme effectue un échange de renseignements au nom de ses compagnies membres.

Si vous présentez une demande d'assurance vie ou d'assurance maladie à une autre compagnie membre du MIB, ou si une demande de prestations est présentée à une telle compagnie, le MIB, sur demande, fournira à cette compagnie les renseignements contenus dans son dossier.

L'Assureur, ou ses réassureurs, peut également divulguer les renseignements contenus dans son dossier à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous pouvez présenter une demande d'assurance vie ou d'assurance maladie, ou auxquelles une demande de prestations peut être présentée.

S'il reçoit une demande de votre part, le MIB prendra des dispositions pour vous donner les renseignements apparaissant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB, vous pourrez demander une rectification conformément aux procédures énoncées dans la loi américaine sur les enquêtes de crédit équitables. Voici l'adresse du MIB :

MIB, Inc.
330, avenue Université, bureau 501
Toronto (Ontario) M5G 1R7
Téléphone : 416 597-0590
www.mib.com

Le MIB reçoit des renseignements personnels, et la collecte, l'utilisation et la divulgation de tels renseignements sont régies par la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* ainsi que par d'autres lois provinciales. Par conséquent, le MIB a consenti à protéger de tels renseignements d'une manière qui est essentiellement similaire aux pratiques de confidentialité et de sécurité des entreprises et conformément aux lois applicables, et de tels renseignements personnels ne peuvent être divulgués que conformément à ces lois. Si vous avez des questions concernant l'engagement du MIB à protéger la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec le service responsable de la confidentialité à l'adresse suivante : privacy@mib.com

19.2 – Avis concernant l'enquête, l'examen médical et tests, l'entrevue téléphonique ou en personne

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

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

Examen médical et tests : Un médecin ou le personnel infirmier d'un organisme paramédical peut vous faire subir un examen médical, un électrocardiogramme, une radiographie pulmonaire ou tout autre test de diagnostic. Des échantillons de sang, d'urine ou de salive peuvent être prélevés. Des analyses pourront être effectuées en vue de déceler la présence des anticorps anti-VIH également appelé le virus du SIDA, déterminer le dosage du cholestérol ainsi que le dépistage de troubles hépatiques ou rénaux, de diabète, de nicotine, de drogues et de médicaments.

Avant d'effectuer un prélèvement, votre consentement écrit sera exigé.

Nous comptons sur votre collaboration pour que les rendez-vous soient pris rapidement, s'il y a lieu.

Entrevue téléphonique ou en personne : Une entrevue téléphonique ou en personne pourrait être nécessaire pour compléter votre demande d'assurance. Un évaluateur collaborant avec La Capitale communiquera alors avec vous afin de fixer un rendez-vous pour effectuer, selon les renseignements recueillis dans la proposition d'assurance, une entrevue téléphonique ou en personne. Cette entrevue devrait durer entre 30 minutes et 1 heure et vous devrez répondre à des questions ayant trait à vos antécédents médicaux (coordonnées complètes des médecins consultés au cours des 5 dernières années, liste des médicaments que vous prenez, votre taille et votre poids, etc.), à vos loisirs et à votre mode de vie. Il est donc important d'avoir en main tous les renseignements concernant ces questions. Votre évaluation comprendra aussi un bref exercice de mémoire. Une fois l'entrevue terminée, l'évaluateur ne sera pas en mesure de vous dire si vous êtes admissible ou non. Les renseignements obtenus seront ajoutés à ceux inclus dans la proposition ainsi qu'à ceux obtenus de votre médecin, le cas échéant.

19.3 – Avis concernant la protection des renseignements personnels

La Capitale traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle détient sur vous. La Capitale conserve ces renseignements dans un dossier dont l'objet est « *services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et autres services complémentaires* ». Seuls les employés, les mandataires, les partenaires de distribution (tels que les représentants et leur cabinet) et les fournisseurs de services peuvent avoir accès aux renseignements personnels vous concernant, et ce, uniquement lorsque requis dans l'exercice de leurs fonctions ou dans l'exécution de leur mandat ou de leur contrat de service. Dans certains cas, La Capitale peut faire affaire avec des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada. Il se pourrait que certains de vos renseignements personnels soient ainsi transférés dans un autre pays et qu'ils soient alors régis par les lois qui sont en vigueur dans ce pays. Tous les fournisseurs de services, qu'ils se trouvent ou non au Canada, sont tenus d'assurer la protection de vos renseignements personnels conformément aux politiques et pratiques établies par La Capitale.

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez également y faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts ou incomplets. Vous devez alors en faire la demande écrite à l'adresse suivante :

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
Direction principale de l'assurance individuelle de personnes
625, rue Saint-Amable, C.P. 16040
Québec (Québec) G1K 7X8

Cette page a été laissée en blanc intentionnellement

20 COMMANDE DE L'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE OU DES EXIGENCES MÉDICALES

20.1 S'agit-il d'une présélection ? Oui Non **Si oui**, ne pas commander d'entrevue téléphonique ni d'exigences médicales.

Il y a présélection dans les situations suivantes :

- 1) la personne à assurer a consulté, a été traitée, a présenté des signes ou des symptômes pour l'une ou l'autre des maladies suivantes : troubles cardiaques (infarctus, angine, pontage), diabète, cancer, insuffisance rénale ou pulmonaire chronique, maladie chronique du foie, sclérose en plaques, paralysie, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer ; ou
- 2) au cours des 3 dernières années, la personne à assurer a eu une proposition d'assurance individuelle ou collective refusée, différée ou qui a fait l'objet d'une surprime.

20.2 COMMANDE DE L'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Si une entrevue téléphonique doit être commandée, indiquer le moment de la journée où il est facile de joindre la personne à assurer.

		PERSONNE À ASSURER 1	PERSONNE À ASSURER 2
1^{er} choix	Jour de la semaine :	_____	_____
	Moment de la journée :	<input type="checkbox"/> avant-midi <input type="checkbox"/> après-midi <input type="checkbox"/> soir _____ Ind. rég. Téléphone (poste)	<input type="checkbox"/> avant-midi <input type="checkbox"/> après-midi <input type="checkbox"/> soir _____ Ind. rég. Téléphone (poste)
2^e choix	Jour de la semaine :	_____	_____
	Moment de la journée :	<input type="checkbox"/> avant-midi <input type="checkbox"/> après-midi <input type="checkbox"/> soir _____ Ind. rég. Téléphone (poste)	<input type="checkbox"/> avant-midi <input type="checkbox"/> après-midi <input type="checkbox"/> soir _____ Ind. rég. Téléphone (poste)

20.3 COMMANDE DES EXIGENCES MÉDICALES

EXIGENCES MÉDICALES	PERSONNE À ASSURER 1	PERSONNE À ASSURER 2
Examen paramédical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urine HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Profil sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antigène prostatique spécifique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rapport d'enquête (Portamédic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Électrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Électrocardiogramme à l'effort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiographie pulmonaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Exigences médicales à commander par l'Assureur

Exigences médicales commandées par le conseiller

Date de la commande : _____ N° de confirmation de la commande : _____
 Année Mois Jour

Exigences médicales commandées auprès de : ExamOne
 MedAxio
 Portamédic/Hooper Holmes
 QUS
 Watermark

21 RAPPORT DU CONSEILLER

- 21.1** Qui a amorcé le processus de la présente proposition ? Conseiller Preneur Personne à assurer Connaissance
 Autre conseiller Autre : _____
- 21.2** Le preneur et la personne à assurer parlent-ils ou lisent-ils la langue dans laquelle la présente proposition est rédigée ? Oui Non
Si non, qui a expliqué le contenu de la proposition au preneur et à la personne à assurer ? _____
Selon vous, ont-ils compris les explications données ? Oui Non Fournir des précisions, le cas échéant : _____
- 21.3** Avez-vous rempli la présente proposition en présence du preneur et de la personne à assurer ? Oui Non
Si non, préciser : _____
- 21.4** Êtes-vous au courant de tout renseignement non donné dans la présente proposition qui pourrait influencer l'évaluation du risque de la personne à assurer ? Oui Non **Si oui**, préciser : _____
- 21.5** Depuis quand connaissez-vous la personne à assurer ?

PERSONNE À ASSURER 1	PERSONNE À ASSURER 2
_____	_____
- 21.6** Quel est le lien entre vous et la personne à assurer ?

_____	_____
-------	-------
- 21.7** Avez-vous établi et remis au preneur le certificat conditionnel de protection provisoire ?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

21.8 IDENTIFICATION DU CONSEILLER

_____ Code du conseiller _____ Agent général _____ Code de l'agent général _____

21.9 COMMISSIONS

Y a-t-il un partage de commissions ? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements concernant le partage de commissions.

Nom du conseiller	Code du conseiller	Partage	Agent général	Code de l'agent général
_____	_____	_____ %	_____	_____
_____	_____	_____ %	_____	_____
_____	_____	_____ %	_____	_____

21.10 INDICATIONS SPÉCIFIQUES

21.11 DÉCLARATIONS DU CONSEILLER

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente section sont exacts.

Je confirme avoir divulgué par écrit le nom de la ou des compagnies que je représente, le fait que je reçoive une rémunération sous forme de commissions pour la vente de produits d'assurance, la possibilité que je reçoive une rémunération additionnelle sous forme de bonis, de participation à des congrès ou autres incitatifs, et tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.

Je déclare avoir fourni tous les renseignements sur la garantie demandée dont, entre autres, les éléments garantis et non garantis, les restrictions, réductions et exclusions applicables, le cas échéant.

Je déclare détenir tous les permis et certificats nécessaires pour faire souscrire la présente proposition dans la province ou le territoire où a lieu la souscription.

En apposant ma signature, je confirme qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans cette proposition d'assurance sont exacts, à jour et complets.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU CONSEILLER

X

Signature du conseiller