



Proposition

d'assurance-vie



Canada-Vie^{MC}

Proposition d'assurance-vie

Contenu

	Numéro de page
1 Renseignements généraux	1
2 Renseignements sur la première personne à assurer	1
3 Renseignements sur la deuxième personne à assurer	2
4 Renseignements sur le ou les propriétaires	2
5 Enfants à assurer au titre de l'avenant AssurEnfant – Vie temporaire	6
6 Assurés au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes	6
7 Exonération des primes / Garantie de paiement d'office de la prime	7
8 Renseignements sur les bénéficiaires	8
9 Adresse du propriétaire / pour correspondance future	13
10 Remplacements	13
11 Demandes spéciales	13
12 Conditions d'admissibilité à l'assurance-vie provisoire	14
13 Renseignements personnels et médicaux sur le ou les adultes à assurer	14
Renseignements généraux	14
Résidence et voyages	14
Renseignements sur la protection	15
Renseignements sur l'emploi	17
Renseignements financiers	18
Renseignements personnels	20
Antécédents de conduite automobile et autres antécédents pertinents	21
Taille et poids	21
Grossesse	22
Antécédents médicaux	22
Renseignements médicaux	24
Antécédents familiaux	26
Activités quotidiennes	27
14 Renseignements personnels et médicaux sur l'enfant à assurer	28
Renseignements sur la protection	28
Résidence et voyages	29
Renseignements personnels	29
Renseignements médicaux	30
15 Questionnaire succinct sur l'état de santé des enfants	32
16 Primes et paiements	34
17 Consentement à la communication de renseignements additionnels à votre conseiller	36
18 Consentements et signatures	37
19 Rapport du conseiller	
20 Entente de débit préautorisé (« entente »)	
21 Reçu	
22 Convention d'assurance-vie provisoire	
23 Avis importants	

Canada-Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, tous droits réservés.

Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada-Vie est strictement interdite.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur tout produit demandé, ou sur la Canada-Vie, visitez notre site Web à l'adresse www.canadavie.com.

*Au Québec, toute référence au terme conseiller correspond à conseiller en sécurité financière au titre des polices d'assurance individuelle.

4. Renseignements sur le ou les propriétaires (suite)

4.2 g) Dans le cas d'un particulier (assurance-vie avec participation et assurance Vie universelle) :

Êtes-vous citoyen des États-Unis ou résident américain aux fins de l'impôt sur le revenu des États-Unis? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez le numéro d'identification – impôt (NII) : _____

4.3 Deuxième propriétaire (lorsqu'il y a plus d'un propriétaire)

a) S'il s'agit d'une autre personne ou d'une entité, veuillez indiquer son nom : b) Sexe : M F
 M. M^{me} D^{r(e)}

 Prénom Second prénom Nom de famille

 Date de naissance

c) L'assurance proposée fait-elle suite à une recommandation de votre conseiller après analyse de votre situation financière ou de vos obligations personnelles actuelles? Oui Non

 Lien avec la personne à assurer

 Province de résidence :

d) Fournissez le ou les numéros pertinents pour la personne ou l'entité :

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

 N° d'entreprise au fédéral

 N° d'entreprise du Québec (NEQ)

 Québec – N° d'identification de l'employeur

e) Profession / titre* : _____ Nom de l'employeur ou de l'entité : _____

*Dans le cas d'une personne retraitée ou sans emploi ou d'une personne au foyer ou d'un étudiant, il faut remplir le 4.3 f)

Nature de l'entité / type d'entité : _____ Revenu annuel gagné : _____ \$

Revenu d'autres sources (précisez le montant et énumérez les sources) : _____ Valeur nette : _____ \$

f) Personne retraitée ou sans emploi :

Source de revenu : _____ Profession antérieure : _____

Nom de l'employeur précédent ou de l'entité précédente : _____ Nature de l'entité / type d'entité : _____

Personne au foyer ou étudiant :

Source de revenu : _____ À la charge de qui êtes-vous? _____

Fournissez les renseignements demandés ci-dessous à l'égard de cette personne :

Profession : _____ Revenu annuel gagné : _____ Assurance-vie en vigueur : _____ \$

g) Dans le cas d'un particulier (assurance-vie avec participation et assurance Vie universelle) :

Êtes-vous citoyen des États-Unis ou résident américain aux fins de l'impôt sur le revenu des États-Unis? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez le numéro d'identification – impôt (NII) : _____

4.4 Dans le cas où il y a plus d'un propriétaire au titre de la police

Remplissez la présente section si plus d'une personne sera propriétaire de la police; si ce n'est pas le cas, passez à la section 4.5.

Dans le cas d'une police détenue par deux personnes, nous décrivons ci-dessous ce qui arrivera si l'un des propriétaires décède alors que l'autre propriétaire et une personne assurée sont toujours en vie, la police demeurant alors en vigueur. En signant la présente proposition, vous choisissez l'option par défaut applicable, à moins d'indication contraire de votre part :

Polices en vigueur là où la loi du Québec ne s'applique pas

Au décès d'un propriétaire, ses droits au titre de la police reviennent immédiatement à l'autre propriétaire (propriété conjointe avec droit de survie entre les propriétaires). Il s'agit de l'option par défaut.

Toutefois, vous pouvez demander plutôt que les droits du propriétaire décédé reviennent à sa succession (sans droit de survie entre les propriétaires). Pour choisir cette option, veuillez cocher la case ci-dessous :

Transmission des droits du propriétaire décédé à sa succession

Polices en vigueur là où la loi du Québec s'applique

Au décès d'un propriétaire, ses droits au titre de la police reviennent immédiatement à sa succession. Il s'agit de l'option par défaut.

Toutefois, vous pouvez choisir plutôt de vous désigner mutuellement comme propriétaires subrogés, ce qui signifie que si l'un de vous décède, le survivant remplace l'autre et devient alors le propriétaire unique de la police. Pour choisir cette option, veuillez cocher la case ci-dessous :

Chacun des propriétaires désigne l'autre comme propriétaire subrogé

À noter : Si vous préférez, vous pouvez nous fournir d'autres directives de paiement de la part détenue par un propriétaire décédé. Vous devez alors les consigner sur une feuille distincte que vous joindrez à la présente proposition.

4. Renseignements sur le ou les propriétaires (suite)

4.5 Désignation d'un propriétaire successeur ou subrogé

Si la police devait demeurer en vigueur au décès du propriétaire (le seul propriétaire restant, le cas échéant) parce qu'une personne assurée est toujours vivante, vous pouvez désigner un propriétaire successeur ci-dessous pour remplacer le propriétaire décédé. Cette personne deviendra le propriétaire successeur si elle est en vie au décès du propriétaire. Pour désigner un propriétaire successeur (au Québec, propriétaire subrogé), remplissez la section ci-dessous :

Nom du propriétaire successeur / subrogé

Prénom	Second prénom	Nom de famille	Lien avec la première personne à assurer
			Âge

4.6 Identification du propriétaire (assurance Vie universelle) – Tous les documents *doivent* être des originaux et être valides.

a) Propriétaire(s) individuel(s)

Premier propriétaire – le propriétaire choisit un seul type de pièce d'identité :

Permis de conduire Certificat de naissance Passeport

Autre document délivré par une instance gouvernementale

(sauf la carte d'assurance-maladie ou d'assurance sociale) : _____

Numéro du document	Lieu de délivrance	Date de délivrance	Date d'expiration

Deuxième propriétaire – le propriétaire choisit un seul type de pièce d'identité :

Permis de conduire Certificat de naissance Passeport

Autre document délivré par une instance gouvernementale

(sauf la carte d'assurance-maladie ou d'assurance sociale) : _____

Numéro du document	Lieu de délivrance	Date de délivrance	Date d'expiration

b) Propriétaires qui sont des entités constituées ou non en société (p. ex., une entreprise) :

Si un propriétaire est une entité (constituée ou non en société) ou un organisme sans but lucratif, remplissez le *Questionnaire à l'intention des proposant / propriétaires qui sont des entités* (imprimé F17-8295).

Dénomination sociale complète _____

Adresse* : _____

Numéro et rue

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Activité principale de l'entité – si l'entité est une société de portefeuille, veuillez préciser la nature des entités dont elle détient des titres

Organisme de bienfaisance canadien enregistré – si l'organisme sans but lucratif est un organisme de bienfaisance enregistré, indiquez le numéro d'enregistrement

* Si l'adresse ci-dessus est une case postale, une route rurale ou la poste restante, précisez le lieu physique de l'entité ci-dessous :

Numéro d'enregistrement :

i) Numéro de constitution en société : _____
Compétence : Fédérale **ou** Provinciale / territoriale (précisez) : _____

ii) Autre numéro d'enregistrement dans le cas d'une entité non constituée en société : _____

Type de numéro : _____

Compétence : Fédérale **ou** Provinciale / territoriale (précisez) : _____

iii) **Si le propriétaire est une entité non constituée en société**, le conseiller doit vérifier l'existence de l'entité en se reportant aux documents papier ou sur support électronique (p. ex., le contrat de société de personnes). Comment les documents ont-ils été examinés?

Sur papier (annexez une photocopie)

Sur support électronique – Type de document (p. ex., contrat de société de personnes) : _____

Source (p. ex., site Web du gouvernement) : _____

4. Renseignements sur le ou les propriétaires (suite)

4.6 c) Avez-vous, en votre qualité de conseiller, examiné les documents originaux et valides et consigné les renseignements demandés à la page précédente en présence du propriétaire? Oui Non

Dans la négative, vous devez soit :

- rencontrer le propriétaire et remplir le formulaire *Identification du propriétaire et détermination du tiers* (imprimé F17-8341) ou,
- si une rencontre avec le propriétaire n'est pas possible, lui demander de remplir les formulaires *Attestation de l'identité* (imprimé F17-8296) et *Confirmation de compte* (imprimé F17-8333).

4.7 Détermination et identification de tiers intéressés (assurance Vie universelle)

a) Une personne ou une entité, autre que le propriétaire, signe-t-elle la présente proposition au nom du propriétaire, ou ordonne-t-elle au propriétaire de faire la demande? Oui Non

Dans l'affirmative, fournissez les renseignements demandés ci-dessous et en 4.7 c).

Ceux qui signent au nom d'un propriétaire doivent s'être identifiés au moyen d'une pièce d'identité de leur choix qui a été délivrée par une instance gouvernementale.

Nom du signataire	Type de document	Document n°	Lieu de délivrance	Date de délivrance	Date d'expiration
				J J M M M M A A A A A	J J M M M M A A A A A
				J J M M M M A A A A A	J J M M M M A A A A A
				J J M M M M A A A A A	J J M M M M A A A A A
				J J M M M M A A A A A	J J M M M M A A A A A
				J J M M M M A A A A A	J J M M M M A A A A A
				J J M M M M A A A A A	J J M M M M A A A A A
				J J M M M M A A A A A	J J M M M M A A A A A
				J J M M M M A A A A A	J J M M M M A A A A A
				J J M M M M A A A A A	J J M M M M A A A A A

b) Une autre personne ou entité paiera-t-elle pour cette police ou, pendant qu'elle est en vigueur, fera-t-elle usage des valeurs de la police ou y aura-t-elle accès? Oui Non

Dans l'affirmative, fournissez les renseignements demandés en 4.7 c).

c) S'il y a plus d'un tiers, utilisez une autre page pour consigner les renseignements relatifs à chaque tiers supplémentaire.

Nom du tiers _____ Date de naissance Lien avec le propriétaire _____

Adresse : _____ Numéro et rue _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Dans le cas d'une société, donnez le numéro d'enregistrement et le pays / la province de constitution en société (fournissez le même type de renseignements pour une entité non constituée en société, p. ex., une société de personnes).

Rôle(s) du tiers : Titulaire d'une procuration / Mandataire Responsable des primes Fiduciaire
 Liquidateur / exécuteur Créancier gagiste / hypothécaire Autre : _____

Renseignements détaillés sur la profession / l'activité principale de l'entité (si le tiers ne travaille pas ou n'exploite plus une entité, fournissez des précisions sur sa profession antérieure ou l'activité principale antérieure de l'entité)

Sources de revenu autres que l'emploi ou l'activité principale de l'entité

Nom de l'employeur / de l'entité _____

Nature de l'entité / type d'entité _____

S'il vous est impossible de recueillir les renseignements exigés à l'égard du ou des tiers, veuillez indiquer pourquoi ci-dessous : _____

5. Enfants à assurer au titre de l'avenant AssurEnfant – Vie temporaire et de l'avenant AssurEnfant – Assurance contre le risque de maladie grave

5.1	Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	Lien avec la première personne à assurer	Sexe	Date de naissance	Province / État / Pays de :	
					Résidence	Naissance
1.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	J J M M M A A A A		
2.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	J J M M M A A A A		
3.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	J J M M M A A A A		
4.			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	J J M M M A A A A		

6. Assurés au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes

Utilisez des propositions supplémentaires, au besoin. Pour le premier assuré au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes, donnez les renseignements demandés ci-dessous et, aux fins de la justification d'assurabilité, répondez aux questions à l'égard de la « deuxième personne à assurer » (si elles sont restées en blanc) ou remplissez le formulaire *Supplément à la proposition – Justification d'assurabilité pour fins de tarification individuelle* (imprimé F17-8911). Pour tous les autres assurés au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes, donnez les renseignements demandés ci-dessous et soumettez le formulaire F17-8911. Dans le cas d'un enfant, remplissez aussi les sections 12 et 15. Si l'enfant est âgé de 16 ans ou plus, répondez aux questions aux fins de la justification d'assurabilité dans le formulaire F17-8911 et soumettez ce formulaire avec la proposition.

6.1 Nom du premier assuré au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes :

Prénom _____ Second prénom _____ Nom de famille _____

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

Province / État / Pays de : Résidence : _____ Naissance : _____

Adresse du domicile* : _____
Numéro et rue

Ville _____ Province _____ Code postal _____

*** Si l'adresse ci-dessus est une case postale, une route rurale ou la poste restante, précisez le lieu physique de la résidence ci-dessous :**

Montant d'assurance _____ \$

Assurance Vie universelle – coût d'assurance Uniforme Croissant annuellement
 10 ans 15 ans 20 ans

Justification d'assurabilité fournie : Sous deuxième personne à assurer **ou**
 Dans le formulaire de justification d'assurabilité F17-8911 n° CUF – _____

6.2 Nom du deuxième assuré au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes :

Prénom _____ Second prénom _____ Nom de famille _____

Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

Province / État / Pays de : Résidence : _____ Naissance : _____

Adresse du domicile* : _____
Numéro et rue

Ville _____ Province _____ Code postal _____

*** Si l'adresse ci-dessus est une case postale, une route rurale ou la poste restante, précisez le lieu physique de la résidence ci-dessous :**

Montant d'assurance _____ \$

Assurance Vie universelle – coût d'assurance Uniforme Croissant annuellement
 10 ans 15 ans 20 ans

Justification d'assurabilité n° CUF – _____

Sexe : M F

J | J | M | M | M | A | A | A | A
Date de naissance

Lien avec le propriétaire
Numéro de téléphone à privilégier :

()

Domicile

()

Cellulaire

()

Travail

Meilleur moment pour appeler si une entrevue téléphonique est jugée nécessaire : Jour Soir
Pour de plus amples renseignements sur le programme d'entrevues téléphoniques avec les clients, reportez-vous à la section 23.

Sexe : M F

J | J | M | M | M | A | A | A | A
Date de naissance

Lien avec le propriétaire
Numéro de téléphone à privilégier :

()

Domicile

()

Cellulaire

()

Travail

Meilleur moment pour appeler si une entrevue téléphonique est jugée nécessaire : Jour Soir
Pour de plus amples renseignements sur le programme d'entrevues téléphoniques avec les clients, reportez-vous à la section 23.

6. Assurés au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes (suite)

6.3 Nom du troisième assuré au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes :

Prénom	Second prénom	Nom de famille
Numéro d'assurance sociale (NAS) :		
Province / État / Pays de : Résidence :		Naissance :
Adresse du domicile* :		
Ville		Code postal

* Si l'adresse ci-dessus est une case postale, une route rurale ou la poste restante, précisez le lieu physique de la résidence ci-dessous :

Montant d'assurance _____ \$

Assurance Vie universelle – coût d'assurance Uniforme Croissant annuellement
 10 ans 15 ans 20 ans

Justification d'assurabilité n° CUF – _____

Sexe : M F

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

Date de naissance

Lien avec le propriétaire

Numéro de téléphone à privilégier :

()

Domicile

()

Cellulaire

()

Travail

Meilleur moment pour appeler si une entrevue téléphonique est jugée nécessaire : Jour Soir
Pour de plus amples renseignements sur le programme d'entrevues téléphoniques avec les clients, reportez-vous à la section 23.

7. Exonération des primes / Garantie de paiement d'office de la prime

7.1 Nom de l'assuré au titre de l'exonération des primes / de la garantie de paiement d'office de la prime :

Premier propriétaire **ou** personne nommée ci-dessous :

Prénom	Second prénom	Nom de famille
Numéro d'assurance sociale (NAS) :		
Province / État / Pays de : Résidence :		Naissance :
Adresse du domicile* :		
Ville		Code postal

* Si l'adresse ci-dessus est une case postale, une route rurale ou la poste restante, précisez le lieu physique de la résidence ci-dessous :

Justification d'assurabilité complète à l'égard de la personne visée par la garantie de paiement d'office de la prime fournie :

Sous deuxième personne à assurer **ou**

Dans le formulaire de justification d'assurabilité F17-8911 n° CUF – _____

Sexe : M F

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

Date de naissance

Lien avec la première personne à assurer

Numéro de téléphone à privilégier :

()

Domicile

()

Cellulaire

()

Travail

Meilleur moment pour appeler si une entrevue téléphonique est jugée nécessaire : Jour Soir
Pour de plus amples renseignements sur le programme d'entrevues téléphoniques avec les clients, reportez-vous à la section 23.

8. Renseignements sur les bénéficiaires

Dans la présente section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent le propriétaire (ou les propriétaires s'il y en a plus d'un).

Désignation de bénéficiaires

Dans la présente section, vous pouvez désigner (nommer) les bénéficiaires – en premier ordre et subsidiaires – appelés à recevoir les sommes payables au décès de la personne à assurer. Votre ou vos désignations de bénéficiaires feront partie intégrante de votre contrat auprès de nous et seront assujetties aux modalités énoncées dans la présente section. Toute désignation de bénéficiaire peut toujours être modifiée par la suite, sous réserve de la loi applicable et de tout consentement ou de toute autorisation nécessaires.

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire en premier ordre ou bénéficiaire subsidiaire, **le total des parts en pourcentage doit être égal à 100 pour cent pour chaque type de bénéficiaire.**

Si vous préférez, vous pouvez nous fournir des directives différentes à l'égard de vos bénéficiaires (ou de votre fiduciaire – voir 8.3 ci-dessous).

Désignations révocable et irrévocable

Tout bénéficiaire que vous désignez à la section 8 l'est d'office à titre **révocable**, sauf si vous cochez la case **Irrévocable** en regard du nom de ce bénéficiaire ou sauf là où la loi du Québec s'applique dans le cas où le bénéficiaire est votre conjoint (voir 8.1 ci-dessous).

Lorsque vous désignez un bénéficiaire à titre **irrévocable**, vous ne pouvez pas modifier votre désignation sans le consentement écrit du bénéficiaire ou une ordonnance de la cour. Vous pourriez également avoir besoin du consentement de votre bénéficiaire irrévocable pour effectuer certaines opérations au titre de votre police, comme contracter une avance sur police.

8.1 Votre conjoint à titre de bénéficiaire – Polices régies par les lois du Québec

Si vous désignez votre conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) à titre de bénéficiaire **en premier ordre**, la loi établit qu'une telle désignation est **irrévocable**, à moins que vous ne cochiez la case **Révocable** en regard du nom de votre conjoint en 8.2.

Si vous désignez votre conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) à titre de bénéficiaire subsidiaire à n'importe quel endroit dans la présente proposition, la désignation est irrévocable, à moins que vous ne cochiez la case ci-contre : **Révocable**

8.2 Désignation de bénéficiaires

a) Bénéficiaires de la ou des personnes à assurer au titre de la police principale

Cochez **une** des cases ci-dessous :

Assurance payable au dernier survivant ou protection conjointe payable au dernier décès : Vous désignez la succession de la personne à assurer au titre de la protection conjointe qui décède en dernier.

Protection conjointe payable au premier décès : Vous désignez la personne à assurer qui survit à l'autre personne à assurer. Si votre police est régie par les lois du Québec et que votre conjoint est l'une des personnes à assurer, la désignation est **irrévocable**, à moins que vous ne cochiez la case ci-contre : **Révocable**

À noter : Si le survivant décède alors qu'il bénéficie d'une protection provisoire d'office au titre de garanties au survivant, nous verserons les sommes dues au décès au propriétaire de la police ou à sa succession, ou tel qu'il est autrement prévu dans la police, à moins d'indication contraire de votre part à la section 11 intitulée *Demandes spéciales*.

Vous désignez les bénéficiaires **en premier ordre** suivants :

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Âge	Pourcentage de la prestation payable (total de 100 %)	Cochez une seule case	Lien avec :	
				La première personne à assurer	Le propriétaire (au Québec seulement)
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		

Bénéficiaires en premier ordre de la ou des personnes à assurer

8. Renseignements sur les bénéficiaires (suite)

Bénéficiaires subsidiaires de la ou des personnes à assurer

8.2 Vous désignez les bénéficiaires subsidiaires suivants :

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Âge	Pourcentage (total de 100 %)	Lien avec :	
			La première personne à assurer	Le propriétaire (au Québec seulement)

b) Bénéficiaires au titre de l'avenant AssurEnfant – Vie temporaire

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Âge	Pourcentage de la prestation payable (total de 100 %)	Cochez une seule case	Lien avec :	
				Le ou les enfants	Le propriétaire (au Québec seulement)
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			s.o.		
			s.o.		

Bénéficiaires en premier ordre au titre de l'avenant AssurEnfant – Vie temporaire

Bénéficiaires subsidiaires

c) Bénéficiaires au titre de l'avenant Assurance-vie temporaire sur la tête d'un partenaire

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Âge	Pourcentage de la prestation payable (total de 100 %)	Cochez une seule case	Lien avec :	
				Le partenaire assuré au titre de l'avenant	Le propriétaire (au Québec seulement)
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			s.o.		
			s.o.		

Bénéficiaires au titre de l'avenant Assurance-vie temporaire sur la tête d'un partenaire

Bénéficiaires subsidiaires

d) Bénéficiaires du premier assuré au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Âge	Pourcentage de la prestation payable (total de 100 %)	Cochez une seule case	Lien avec :	
				Le premier assuré au titre de l'Assurance sur plusieurs têtes	Le propriétaire (au Québec seulement)
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			s.o.		
			s.o.		

Bénéficiaires en premier ordre du premier assuré au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes

Bénéficiaires subsidiaires

8. Renseignements sur les bénéficiaires (suite)

Bénéficiaires en premier ordre du deuxième assuré au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes

Bénéficiaires subsidiaires

8.2 e) Bénéficiaires du deuxième assuré au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Âge	Pourcentage de la prestation payable (total de 100 %)	Cochez une seule case	Lien avec :	
				Le deuxième assuré au titre de l'Assurance sur plusieurs têtes	Le propriétaire (au Québec seulement)
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			S.O.		
			S.O.		

f) Bénéficiaires du troisième assuré au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Âge	Pourcentage de la prestation payable (total de 100 %)	Cochez une seule case	Lien avec :	
				Le troisième assuré au titre de l'Assurance sur plusieurs têtes	Le propriétaire (au Québec seulement)
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			S.O.		
			S.O.		

Bénéficiaires en premier ordre du troisième assuré au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes

Bénéficiaires subsidiaires

g) Bénéficiaires de la valeur totale du compte au premier décès (protection conjointe payable au dernier décès) au titre de l'assurance Vie universelle

Payez _____ % : (minimum 25 pour cent, maximum 100 pour cent; excluant 12 fois la déduction mensuelle courante)

À la personne à assurer survivante au titre de la protection conjointe – si les personnes à assurer ne sont pas aussi les propriétaires, fournissez les renseignements suivants :

Première personne

Deuxième personne

Lien avec le propriétaire : à assurer : _____ à assurer : _____

À noter : Si votre police est régie par les lois du Québec et que votre conjoint est l'une des personnes à assurer, la désignation est **irrévocable** à moins que vous ne cochiez la case ci-contre : **Révocable**

ou

Aux bénéficiaires en premier ordre désignés ci-dessous :

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Âge	Pourcentage de la prestation payable (total de 100 %)	Cochez une seule case	Lien avec le propriétaire
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	
			S.O.	
			S.O.	

Bénéficiaires subsidiaires

8. Renseignements sur les bénéficiaires (suite)

Bénéficiaires en premier ordre de la première personne à assurer au titre de l'avenant Temporaire 10 ans

Bénéficiaires subsidiaires

h) Bénéficiaires de la première personne à assurer au titre de l'avenant Temporaire 10 ans

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Âge	Pourcentage de la prestation payable (total de 100 %)	Cochez une seule case	Lien avec :	
				La première personne à assurer	Le propriétaire (au Québec seulement)
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			S.O.		
			S.O.		

i) Bénéficiaires de la première personne à assurer au titre de l'avenant Temporaire 20 ans

Mêmes désignations que pour l'avenant Temporaire 10 ans en 8 h), ou

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Âge	Pourcentage de la prestation payable (total de 100 %)	Cochez une seule case	Lien avec :	
				La première personne à assurer	Le propriétaire (au Québec seulement)
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			S.O.		
			S.O.		

Bénéficiaires en premier ordre de la première personne à assurer au titre de l'avenant Temporaire 20 ans

Bénéficiaires subsidiaires

j) Bénéficiaires de la deuxième personne à assurer au titre de l'avenant Temporaire 10 ans

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Âge	Pourcentage de la prestation payable (total de 100 %)	Cochez une seule case	Lien avec :	
				La deuxième personne à assurer	Le propriétaire (au Québec seulement)
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			S.O.		
			S.O.		

Bénéficiaires en premier ordre de la deuxième personne à assurer au titre de l'avenant Temporaire 10 ans

Bénéficiaires subsidiaires

k) Bénéficiaires de la deuxième personne à assurer au titre de l'avenant Temporaire 20 ans

Mêmes désignations que pour l'avenant Temporaire 10 ans en 8 j), ou

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Âge	Pourcentage de la prestation payable (total de 100 %)	Cochez une seule case	Lien avec :	
				La deuxième personne à assurer	Le propriétaire (au Québec seulement)
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable		
			S.O.		
			S.O.		

Bénéficiaires en premier ordre de la deuxième personne à assurer au titre de l'avenant Temporaire 20 ans

Bénéficiaires subsidiaires

8. Renseignements sur les bénéficiaires (suite)

Versement des prestations de décès

Bénéficiaires désignés en 8.2.

Nous versons les sommes dues au décès à vos bénéficiaires **survivants** (bénéficiaires qui survivent à la personne assurée), sous réserve de ce qui suit :

- Nous chercherons d'abord à verser la totalité des sommes disponibles aux bénéficiaires en premier ordre que vous avez désignés au titre de la garantie applicable, chaque bénéficiaire recevant individuellement un paiement correspondant au pourcentage précisé à son égard. Cependant, si un bénéficiaire en premier ordre n'est pas un survivant, nous verserons la part d'un tel bénéficiaire en premier ordre conformément à vos directives à la section A ci-dessous.
- Si des sommes disponibles deviennent payables aux bénéficiaires subsidiaires et qu'un bénéficiaire subsidiaire n'est pas un survivant, nous verserons la part d'un tel bénéficiaire subsidiaire conformément à vos directives à la section B ci-dessous.

Section A – Si un bénéficiaire en premier ordre n'est pas vivant

Si un bénéficiaire **en premier ordre** n'est pas un survivant, vous voulez que nous versions la part du bénéficiaire décédé comme suit (cochez l'option 1 ou 2 ci-dessous) :

- Option 1** : Répartition de la part entre vos bénéficiaires *en premier ordre* survivants (autres que vous-même ou votre succession, si vous êtes désigné à titre de bénéficiaire en premier ordre). Cochez une case ci-dessous pour nous préciser comment diviser la part :

Proportionnellement, en fonction de leurs pourcentages, ou

En parts égales, sans égard à leurs pourcentages

S'il n'y a d'autre bénéficiaire en premier ordre survivant que vous ou votre succession, vous voulez que la part soit divisée entre les bénéficiaires *subsidiaires*, en fonction de leurs pourcentages (et sous réserve de vos directives à la **section B** ci-contre). S'il n'y a aucun bénéficiaire subsidiaire survivant ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaires subsidiaires, vous voulez que la part du bénéficiaire en premier ordre décédé vous soit versée, à vous ou à votre succession.

OU

- Option 2** : Répartition de la part entre vos bénéficiaires *subsidiaires* survivants, en fonction de leurs pourcentages (et sous réserve de vos directives à la **section B** ci-contre). S'il n'y a aucun bénéficiaire subsidiaire survivant ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaires subsidiaires, vous voulez que la part du bénéficiaire en premier ordre décédé vous soit versée, à vous ou à votre succession.

Section B – Si un bénéficiaire subsidiaire n'est pas vivant

Si un bénéficiaire **subsidiaire** n'est pas un survivant, vous voulez que nous versions la part du bénéficiaire décédé comme suit (cochez l'option 1 ou 2 ci-dessous) :

- Option 1** : Répartition de la part entre vos bénéficiaires subsidiaires (autres que vous-même ou votre succession, si vous êtes désigné à titre de bénéficiaire subsidiaire). Cochez une case ci-dessous pour nous préciser comment diviser la part :

Proportionnellement, en fonction de leurs pourcentages, ou

En parts égales, sans égard à leurs pourcentages

S'il n'y a d'autre bénéficiaire subsidiaire survivant que vous ou votre succession, vous voulez que la part du bénéficiaire subsidiaire décédé vous soit versée, à vous ou à votre succession.

OU

- Option 2** : Versement de la part du bénéficiaire subsidiaire décédé à vous ou à votre succession.

8.3 Fiduciaire des bénéficiaires mineurs

À noter : Veuillez ne pas remplir la présente section :

- S'il existe déjà une fiducie (ou si une fiducie doit être établie par testament) pour le compte d'un bénéficiaire mineur et que la fiducie est (ou sera) habilitée à recevoir le paiement d'une prestation de décès, ou
- Si votre police est régie par les lois du Québec (dans ce cas, la prestation sera versée au tuteur d'un bénéficiaire mineur, ou à une fiducie établie par la loi, hors du cadre de la présente section, pour recevoir le paiement de la prestation).

Vous nommez la personne suivante à titre de fiduciaire de vos bénéficiaires qui sont mineurs (une fiducie distincte étant établie pour chaque bénéficiaire mineur), sous réserve des modalités fiduciaires énoncées ci-dessous :

Nom du fiduciaire :

Prénom	Second prénom	Nom de famille	Lien avec la première personne à assurer

Modalités fiduciaires : Le fiduciaire que vous désignez ci-dessus recevra en fiducie, pour le compte d'un bénéficiaire mineur, la part de la prestation de décès applicable qui revient à un tel bénéficiaire. Le fiduciaire pourra investir prudemment les fonds qu'il détient en fiducie et affecter ces fonds, tout placement et tout revenu de placement aux études, au soutien ou au bénéfice du mineur. Lorsque le bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité, la fiducie prendra fin et il recevra du fiduciaire le reste des actifs détenus en fiducie.

- Vous ne souhaitez pas désigner de fiduciaire pour les bénéficiaires mineurs.

12. Conditions d'admissibilité à l'assurance-vie provisoire

Aucune assurance provisoire n'est offerte à l'égard d'une personne à assurer dans les cas suivants :

- Si l'on a répondu par « oui » ou qu'on n'a pas répondu à l'une des questions à la section 12 à l'égard de la personne à assurer. Toutefois, la proposition d'assurance-vie peut encore être prise en considération.
- Si l'âge réel de la personne à assurer est de 71 ans ou plus (ou de moins de 15 jours).
- Si l'une des situations ci-dessous s'applique à l'assurance-vie :
 - L'assurance est demandée en lien avec la transformation d'une assurance collective,
 - Le risque total de souscription est égal ou supérieur à cinq millions de dollars,
 - L'assurance est demandée en lien avec l'exercice d'une option de souscription d'assurance additionnelle aux termes d'une police existante.
- Si le paiement minimal exigé n'a pas été reçu.

12.1 Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous consulté un fournisseur de soins de santé ou été soigné par un fournisseur de soins de santé pour l'une des affections suivantes, connues ou soupçonnées : crise cardiaque, accident cérébrovasculaire, cancer ou syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou avez-vous reçu des résultats d'examen indiquant une exposition au VIH (virus du sida)?

12.2 Au cours des **30 derniers jours**, avez-vous consulté un fournisseur de soins de santé ou été soigné par un fournisseur de soins de santé (**pour une raison autre** qu'une grossesse sans complications ou une affection bénigne pour laquelle aucune autre visite de suivi n'a été fixée ni prévue)?

12.3 Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous été une personne à assurer aux termes d'une proposition d'assurance-vie qui a été refusée ou reportée?

Première personne à assurer	Deuxième personne à assurer	Enfants	
		Oui	Non
Oui	Non	Oui	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"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour toute réponse affirmative aux questions 12.1 à 12.3, veuillez indiquer le nom de la ou des personnes à assurer concernées :

Détachez et remettez la section 22, *Convention d'assurance-vie provisoire*, au propriétaire.

13. Renseignements personnels et médicaux sur le ou les adultes à assurer

Renseignements généraux

13.1 Parlez-vous et lisez-vous le français? Oui Non

Oui Non

Dans la négative, indiquez : **a)** la langue utilisée aux fins de la présente proposition (c.-à-d. la langue que vous parlez et comprenez et dans laquelle vous êtes à l'aise) et **b)** si le conseiller (ou une autre personne) en a assuré la traduction :

Première

personne à assurer : a) Langue utilisée : _____

b) Personne ayant assuré la traduction : Conseiller ou

Nom : _____

Lien avec la personne à assurer : _____

Deuxième

personne à assurer : a) Langue utilisée : _____

b) Personne ayant assuré la traduction : Conseiller ou

Nom : _____

Lien avec la personne à assurer : _____

13.2 En votre qualité de personne à assurer, êtes-vous présente pendant que le conseiller consigne toutes les réponses aux questions? Oui Non

Oui Non

Dans la négative, précisez la raison :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

Résidence et voyages

13.3 Êtes-vous résident canadien aux fins de l'impôt sur le revenu du Canada? Oui Non

Oui Non

Dans la négative, donnez tous les renseignements pertinents :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

13. Renseignements personnels et médicaux sur le ou les adultes à assurer (suite)

Première personne à assurer	Deuxième personne à assurer
-----------------------------	-----------------------------

Résidence et voyages (suite)

13.4 Êtes-vous citoyen ou résident permanent du Canada? Oui Non Oui Non

Dans la négative, avez-vous présenté une demande en vue d'obtenir le statut de résident permanent? Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez la date de la demande et joignez une copie de la demande ou de l'accusé de réception de la demande :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

Dans la négative, donnez tous les renseignements pertinents :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

13.5 Depuis combien de temps résidez-vous au Canada?

Première personne à assurer : _____ an(s) **Si c'est moins d'un an**, _____ mois

Deuxième personne à assurer : _____ an(s) **Si c'est moins d'un an**, _____ mois

13.6 a) Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous voyagé, résidé ou travaillé hors du Canada ou des États-Unis? Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, donnez tous les renseignements pertinents, notamment la ville ou la région, le pays, la raison, la fréquence et la durée :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

b) Au cours des **12 prochains mois**, avez-vous l'intention de voyager, de résider ou de travailler hors du Canada ou des États-Unis? Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, donnez tous les renseignements pertinents, notamment la ville ou la région, le pays, la raison, la fréquence et la durée :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

Pour toute réponse affirmative en 13.6, remplissez également le *Questionnaire relatif au voyage /à la résidence à l'étranger* (formulaire F0443A-1).

Si le questionnaire est requis, mais qu'il n'a pas été joint à la proposition, une entrevue téléphonique sera réalisée avec le client afin d'obtenir les renseignements nécessaires.

Renseignements sur la protection

13.7 Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance-vie, d'assurance invalidité ou d'assurance contre le risque de maladie grave qui a été refusée, reportée, modifiée ou acceptée sur une base autre que la base demandée? Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, donnez la date, la raison, le nom de l'assureur, le type d'assurance et la décision :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

13.8 Y a-t-il une police individuelle d'assurance-vie, d'assurance invalidité ou d'assurance contre le risque de maladie grave (A.M.G.) en vigueur ou à l'étude sur votre tête ou encore dont la souscription est envisagée? Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements demandés dans le tableau de la page suivante.

Veuillez soumettre les formulaires de divulgation requis.

Veuillez indiquer le nom des formulaires soumis : _____

13. Renseignements personnels et médicaux sur le ou les adultes à assurer (suite)

Nom de la personne à assurer	Nom de la société	Type d'assurance	Montant d'assurance	Indiquez : • L'Année d'établissement • « En vigueur » • « À l'étude » ou • « Envisagée »	Montant de la garantie en cas de décès accidentel et de la garantie d'exonération des primes	But de l'assurance (Vie et A.M.G. seulement)	La protection sera-t-elle modifiée ou remplacée? <small>Si elle est modifiée, précisez. Si une police de la Canada-Vie est remplacée, indiquez le numéro de police.</small>
		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> A.M.G. <input type="checkbox"/> Invalidité	\$		\$	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Modifiée <input type="checkbox"/> Remplacée Numéro de police : _____
Si la protection est modifiée, précisez : _____							
		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> A.M.G. <input type="checkbox"/> Invalidité	\$		\$	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Modifiée <input type="checkbox"/> Remplacée Numéro de police : _____
Si la protection est modifiée, précisez : _____							
		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> A.M.G. <input type="checkbox"/> Invalidité	\$		\$	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Modifiée <input type="checkbox"/> Remplacée Numéro de police : _____
Si la protection est modifiée, précisez : _____							
		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> A.M.G. <input type="checkbox"/> Invalidité	\$		\$	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Modifiée <input type="checkbox"/> Remplacée Numéro de police : _____
Si la protection est modifiée, précisez : _____							
		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> A.M.G. <input type="checkbox"/> Invalidité	\$		\$	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Modifiée <input type="checkbox"/> Remplacée Numéro de police : _____
Si la protection est modifiée, précisez : _____							
		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> A.M.G. <input type="checkbox"/> Invalidité	\$		\$	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Modifiée <input type="checkbox"/> Remplacée Numéro de police : _____
Si la protection est modifiée, précisez : _____							

13. Renseignements personnels et médicaux sur le ou les adultes à assurer (suite)

Renseignements sur l'emploi

13.9 Première personne à assurer :

- a) Profession* : _____ Nature de l'entité / type d'entité : _____
 * Dans le cas d'une personne retraitée ou sans emploi ou d'une personne au foyer ou d'un étudiant, il faut remplir le 13.9 d)
- b) Nom et adresse de l'entité actuelle ou de l'employeur actuel : _____

_____	_____	_____	_____	Nombre d'années _____
Numéro et rue	Ville	Province	Code postal	

- c) Donnez des précisions sur le revenu (montant prévu pour l'année en cours; le revenu gagné comprend les salaires et les commissions)

Revenu annuel gagné : _____	Boni \$ annuel : _____	Revenu \$ annuel non gagné : _____	\$
-----------------------------	------------------------	------------------------------------	----

Source du revenu non gagné : _____

- d) **Personne retraitée ou sans emploi** : Source de revenu : _____

Profession antérieure : _____

Personne au foyer ou étudiant : Source de revenu : _____

À la charge de qui êtes-vous? _____

Fournissez les renseignements demandés ci-dessous à l'égard de cette personne :

Profession : _____

Revenu annuel gagné : _____	Boni \$ annuel : _____	Revenu \$ annuel non gagné : _____	\$
-----------------------------	------------------------	------------------------------------	----

Source du revenu non gagné : _____

Montant d'assurance en vigueur :

Assurance-vie _____	\$	Assurance contre le risque de maladie grave _____	\$	Assurance invalidité _____	\$
---------------------	----	---	----	----------------------------	----

13.10 Deuxième personne à assurer :

- a) Profession* : _____ Nature de l'entité / type d'entité : _____

* Dans le cas d'une personne retraitée ou sans emploi ou d'une personne au foyer ou d'un étudiant, il faut remplir le 13.10 d)

- b) Nom et adresse de l'entité actuelle ou de l'employeur actuel : _____

_____	_____	_____	_____	Nombre d'années _____
Numéro et rue	Ville	Province	Code postal	

- c) Donnez des précisions sur le revenu (revenu prévu pour l'année en cours; le revenu gagné comprend les salaires et les commissions)

Revenu annuel gagné : _____	Boni \$ annuel : _____	Revenu \$ annuel non gagné : _____	\$
-----------------------------	------------------------	------------------------------------	----

Source du revenu non gagné : _____

- d) **Personne retraitée ou sans emploi** : Source de revenu : _____

Profession antérieure : _____

Personne au foyer ou étudiant : Source de revenu : _____

À la charge de qui êtes-vous? _____

Fournissez les renseignements demandés ci-dessous à l'égard de cette personne :

Profession : _____

Revenu annuel gagné : _____	Boni \$ annuel : _____	Revenu \$ annuel non gagné : _____	\$
-----------------------------	------------------------	------------------------------------	----

Source du revenu non gagné : _____

Montant d'assurance en vigueur :

Assurance-vie _____	\$	Assurance contre le risque de maladie grave _____	\$	Assurance invalidité _____	\$
---------------------	----	---	----	----------------------------	----

13. Renseignements personnels et médicaux sur le ou les adultes à assurer (suite)

Première personne à assurer	Deuxième personne à assurer
-----------------------------	-----------------------------

Renseignements financiers

À noter : Dans le cas d'un enfant à assurer (de 17 ans ou moins), veuillez répondre aux questions 13.11 à 13.14 à l'égard du propriétaire.

13.11 Au cours des cinq dernières années, avez-vous, vous-même ou le propriétaire, été jugés insolvable ou mis en faillite, ou avez-vous fait l'objet d'une requête de mise en faillite ou autrement demandé une protection contre les créanciers?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

Dans le cas d'une faillite, y a-t-il eu libération du failli?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, donnez la date de libération de la faillite

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

Dans la négative, donnez tous les renseignements pertinents :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

13.12 Pourquoi demandez-vous cette assurance-vie? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Première personne à assurer

Assurance personnelle

- Revenu au survivant Liquidation d'hypothèque ou de dettes
- Paiement des derniers frais Épargne ou fonds de retraite
- Préservation du patrimoine Dons de bienfaisance
- Autre (précisez) : _____

Assurance commerciale

- Assurance du personnel clé
- Succession de l'entreprise ou achat d'actions
- Convention d'achat (propriétaire unique)
 - Assurance Rachat de parts d'associés
 - Assurance Rachat de parts d'actionnaires
 - Rachat d'actions
- Protection d'un prêt commercial (fournissez une copie du contrat)
- Autre (précisez) : _____

Deuxième personne à assurer

Assurance personnelle

- Revenu au survivant Liquidation d'hypothèque ou de dettes
- Paiement des derniers frais Épargne ou fonds de retraite
- Préservation du patrimoine Dons de bienfaisance
- Autre (précisez) : _____

Assurance commerciale

- Assurance du personnel clé
- Succession de l'entreprise ou achat d'actions
- Convention d'achat (propriétaire unique)
 - Assurance Rachat de parts d'associés
 - Assurance Rachat de parts d'actionnaires
 - Rachat d'actions
- Protection d'un prêt commercial (fournissez une copie du contrat)
- Autre (précisez) : _____

- 13.13 a) Valeur nette personnelle (actif personnel moins passif) _____ \$ _____ \$
- b) Si l'objet de l'assurance est la préservation du patrimoine, impôts estimatifs à payer au décès (gains en capital, droits de succession, RER fermé, etc.) _____ \$ _____ \$
- c) Le montant de tout prêt hypothécaire sur une résidence principale, une propriété de loisirs ou les deux doit-il être assuré? Oui Non Oui Non
- Dans l'affirmative, quel est le solde du ou des prêts hypothécaires? _____ \$ _____ \$
- d) Si l'assurance est souscrite aux fins de protection hypothécaire, quel est le solde du prêt hypothécaire? _____ \$ _____ \$

13. Renseignements personnels et médicaux sur le ou les adultes à assurer (suite)

13.14 Si l'assurance est souscrite à des fins commerciales, fournissez les renseignements financiers demandés sur l'entité ci-dessous :

a) Assurance Rachat de parts :

Valeur nette (capitaux propres, soit l'actif moins le passif)	_____	\$ _____	\$ _____
Revenu annuel brut – an dernier (c.-à-d. les ventes)	_____	\$ _____	\$ _____
Revenu annuel net avant impôts – an dernier	_____	\$ _____	\$ _____
Juste valeur marchande de l'entité	_____	\$ _____	\$ _____

Méthode de calcul de la juste valeur marchande :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

b) Assurance prêt commercial :

Montant du prêt commercial impayé _____ \$

Période de remboursement _____ années

Date d'approbation du prêt J | J | M | M | M | M | A | A | A | A |

Autres assurances créances en vigueur :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

c) Pourcentage de l'entité détenu par chaque personne à assurer _____ % _____ %

d) Assurance du personnel clé :

Expliquez pourquoi la personne à assurer est une personne clé :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

Salaire et bonis sur une base annuelle (montant prévu pour l'année en cours) _____ \$ _____ \$

e) Est-ce que tous les propriétaires de l'entité ou toutes les personnes clés sont déjà couverts par une assurance-vie ou demandent à souscrire une assurance-vie? **Dans l'affirmative**, fournissez tous les renseignements demandés ci-dessous :

Oui Non Oui Non

Première personne à assurer : Nombre d'associés / de personnes clés : _____

Montant d'assurance sur la tête de chaque associé / personne clé _____ \$

Deuxième personne à assurer : Nombre d'associés / de personnes clés : _____

Montant d'assurance sur la tête de chaque associé / personne clé _____ \$

Dans la négative, précisez la raison :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

13. Renseignements personnels et médicaux sur le ou les adultes à assurer (suite)

Renseignements personnels

Première personne à assurer	Deuxième personne à assurer
-----------------------------	-----------------------------

13.15 Au cours des **cinq dernières années**, avez-vous fait usage de produits à base de tabac ou de nicotine ou de marijuana ou de hachich?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ci-dessous.

	Produit	Quantité	Fréquence d'utilisation par :	Date de la dernière utilisation
Première personne à assurer	<input type="checkbox"/> Cigarettes		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
	<input type="checkbox"/> Cigarillos		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
	<input type="checkbox"/> Pipe		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
	<input type="checkbox"/> Cigares		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
	<input type="checkbox"/> Marijuana / hachich		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
	<input type="checkbox"/> Timbres ou gomme à la nicotine		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
	<input type="checkbox"/> Autre (précisez – p. ex., tabac à chiquer ou à priser, noix d'arec, etc.) :			
Deuxième personne à assurer	<input type="checkbox"/> Cigarettes		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
	<input type="checkbox"/> Cigarillos		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
	<input type="checkbox"/> Pipe		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
	<input type="checkbox"/> Cigares		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
	<input type="checkbox"/> Marijuana / hachich		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
	<input type="checkbox"/> Timbres ou gomme à la nicotine		<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
	<input type="checkbox"/> Autre (précisez – p. ex., tabac à chiquer ou à priser, noix d'arec, etc.) :			

13.16 a) Consommez-vous de l'alcool?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le nombre de consommations par semaine :

Première personne à assurer : _____ Vin _____ Bière _____ Spiritueux _____

Deuxième personne à assurer : _____ Vin _____ Bière _____ Spiritueux _____

b) Avez-vous déjà fait usage de médicaments sans ordonnance ou de narcotiques (p. ex., cocaïne, LSD, barbituriques, amphétamines, etc.)?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, remplissez le *Questionnaire relatif à l'usage de drogues* (formulaire F0426A-1).

Si le questionnaire est requis, mais qu'il n'a pas été joint à la proposition, une entrevue téléphonique sera réalisée avec le client afin d'obtenir les renseignements nécessaires.

c) Avez-vous déjà consulté ou été traité pour alcoolisme ou toxicomanie ou assisté à des rencontres pour alcooliques ou toxicomanes, ou vous a-t-on déjà conseillé de consulter ou de suivre un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie ou de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, remplissez le *Questionnaire sur la consommation d'alcool* (formulaire F0430B-2) et / ou le *Questionnaire relatif à l'usage de drogues* (formulaire F0426A-1).

Si un questionnaire est requis, mais qu'il n'a pas été joint à la proposition, une entrevue téléphonique sera réalisée avec le client afin d'obtenir les renseignements nécessaires.

13.17 Au cours des **cinq dernières années**, avez-vous volé à titre de pilote, d'élève pilote ou de membre de l'équipage de tout type d'aéronef, ou projetez-vous de le faire?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, remplissez le *Questionnaire relatif à l'aviation* (formulaire F17-8321).

Si le questionnaire est requis, mais qu'il n'a pas été joint à la proposition, une entrevue téléphonique sera réalisée avec le client afin d'obtenir les renseignements nécessaires.

13.18 Au cours des **deux dernières années**, vous êtes-vous livré à un sport, à une activité ou à un passe-temps dangereux (p. ex., course de véhicules moteurs, plongée en scaphandre autonome, deltaplane, saut en parachute, saut à l'élastique, vol en montgolfière, escalade, héliski, catski, ski nordique, ski hors-piste, arts martiaux, etc.), ou comptez-vous vous livrer à un sport, à une activité ou à un passe-temps dangereux?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, remplissez le formulaire *Questionnaires sur les sports et les loisirs dangereux* (formulaire F17-8322).

Si le formulaire est requis, mais qu'il n'a pas été joint à la proposition, une entrevue téléphonique sera réalisée avec le client afin d'obtenir les renseignements nécessaires.

13. Renseignements personnels et médicaux sur le ou les adultes à assurer (suite)

Première personne à assurer	Deuxième personne à assurer
-----------------------------	-----------------------------

Antécédents de conduite automobile et autres antécédents pertinents

- 13.19 a) Au cours des **trois dernières années**, avez-vous été reconnu coupable ou êtes-vous actuellement accusé d'infractions aux règlements de la circulation, ou votre permis a-t-il été suspendu ou révoqué?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez les dates et les renseignements pertinents :

Première personne à assurer :

Précisez : _____

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

Deuxième personne à assurer :

Précisez : _____

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

- b) Au cours des **dix dernières années**, avez-vous été reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies ou de refus de fournir un échantillon d'haleine?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, donnez la ou les dates de condamnation :

Première personne à assurer :

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

Deuxième personne à assurer :

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

- c) Pour toute réponse affirmative en 13.19 a) ou b), fournissez les renseignements demandés ci-dessous :

Première personne à assurer :

Numéro du permis de conduire

Territoire de délivrance

Date de délivrance

Date d'expiration

Deuxième personne à assurer :

Numéro du permis de conduire

Territoire de délivrance

Date de délivrance

Date d'expiration

À noter : Si vous résidez en Colombie-Britannique, au Manitoba, au Québec, dans les Territoires du Nord-Ouest ou au Yukon (ou dans tout autre territoire où cette exigence peut s'appliquer), vous devez également remplir un *formulaire d'autorisation de rapport du bureau des véhicules automobiles*, ou tout autre formulaire équivalent donnant accès à votre dossier de conduite automobile.

- 13.20 a) Au cours des **dix dernières années**, avez-vous été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle au Canada ou ailleurs?

Oui Non Oui Non

- b) Y a-t-il des accusations criminelles en instance contre vous?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative en 13.20 a) ou b), veuillez donner des précisions, à savoir la date et la nature de chaque infraction, la ou les dates de fin de probation et la peine imposée (précisez les dates exactes) :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

Taille et poids

- 13.21 a) Première personne à assurer :

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

Deuxième personne à assurer :

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

- b) Au cours des **12 derniers mois**, avez-vous subi une perte de poids de plus de 10 lb (4,5 kg)?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

Première personne à assurer : Poids perdu : _____ lb ou _____ kg

Raison : _____

Deuxième personne à assurer : Poids perdu : _____ lb ou _____ kg

Raison : _____

13. Renseignements personnels et médicaux sur le ou les adultes à assurer (suite)

Si l'âge de la personne ou le montant demandé justifient un examen médical ou paramédical, veuillez NE PAS répondre aux questions 13.24 à 13.27 et 13.30 à 13.39.

Il faut toujours répondre aux questions 13.28 (13.29, s'il y a lieu) et 13.40 à 13.43 (pour les personnes âgées de 70 ans et plus).

Grossesse

13.22 a) Êtes-vous actuellement enceinte?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, date prévue de l'accouchement :

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

b) Avez-vous déjà subi des investigations de fertilité ou reçu des traitements contre l'infertilité, ou avez-vous déjà eu une fausse couche ou des saignements, une prééclampsie ou toute autre complication de la grossesse?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, donnez tous les renseignements pertinents : _____

Antécédents médicaux

13.23 Un examen médical ou paramédical **complet** est-il demandé?

Oui Non Oui Non

13.24 a) Avez-vous déjà eu ou avez-vous actuellement un taux élevé de cholestérol ou de triglycérides?

Oui Non Oui Non

b) Dans l'affirmative, avez-vous déjà reçu un traitement sous forme de médicaments ou de régime alimentaire, ou vous a-t-on déjà recommandé de suivre un traitement?

Oui Non Oui Non

Donnez tous les renseignements pertinents et les dates :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

13.25 Pour toute réponse affirmative aux questions 13.25 ou 13.26, veuillez fournir des précisions dans le tableau en 13.27. Avez-vous déjà été soigné pour l'une des affections ou l'un des troubles de santé ci-dessous, ou avez-vous déjà présenté des symptômes de l'une de ces affections ou de l'un de ces troubles :

a) Cœur :

- | | | | |
|---------------------------|---------------------------|---|---|
| • Hypertension artérielle | • Stimulateur cardiaque | • Angine | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • Souffle cardiaque | • Pontage ou angioplastie | • Douleurs thoraciques | |
| • Poulx irrégulier | • Crise cardiaque | • Toute autre affection ou tout autre trouble du cœur | |
| • ECG anormal | • Essoufflements | | |

b) Vaisseaux sanguins :

- | | | | |
|---|-----------------------------------|--|---|
| • Anévrisme | • Maladie vasculaire périphérique | • Chevilles enflées | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • Accident cérébrovasculaire | • Caillot sanguin | • Toute autre affection ou tout autre trouble des vaisseaux sanguins | |
| • Artériosclérose | • Problèmes circulatoires | | |
| • Accident ischémique transitoire (AIT) | | | |

c) Glandes, sang ou système endocrinien :

- | | | | |
|------------------------|--|--|---|
| • Diabète | • Hypertrophie des ganglions | • Toute autre affection ou tout autre trouble des glandes, du sang ou du système endocrinien | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • Diabète gestationnel | • Trouble de la thyroïde, des glandes surrénales ou de l'hypophyse | | |
| • Glycémie anormale | | | |
| • Anémie | | | |

d) Cancer, kyste, polype, tumeur, excroissance, lésion ou grosseur de quelque nature que ce soit?

Oui Non Oui Non

e) Affections cutanées :

- | | | | |
|-------------|---------------------------------|--|---|
| • Dermatite | • Psoriasis | • Toute autre affection ou tout autre trouble de la peau | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • Kératose | • Syndrome du nævus dysplasique | | |
| • Nævus | • Lésions ou ulcères cutanés | | |

f) Cerveau ou système nerveux :

- | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------------------|--|---|
| • Épilepsie | • Perte d'équilibre | • Pertes de mémoire ou troubles de la mémoire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • Crises épileptiques | • Perte de la parole | • Maladie d'Alzheimer | |
| • Convulsions | • Maux de tête | • Maladie de Parkinson | |
| • Tremblements | • Migraines | • Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) | |
| • Étourdissements ou évanouissements | • Engourdissements ou picotements | • Toute autre affection ou tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux | |
| • Paralyse | • Sclérose en plaques | | |
| • Perte de sensation | • Maladie du motoneurone | | |
| • Faiblesse des extrémités | • Névrite | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

g) Poumons ou système respiratoire :

- | | | | |
|---|--|--|---|
| • Bronchite | • Emphysème | • Sarcoïdose | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| • Toux persistante ou pleurésie | • Tuberculose | • Toute autre affection ou tout autre trouble des poumons ou du système respiratoire | |
| • Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) | • Crachements de sang | | |
| • Asthme | • Apnée du sommeil ou autre trouble du sommeil | | |
| | | | |

13. Renseignements personnels et médicaux sur le ou les adultes à assurer (suite)

13.25 Avez-vous déjà été soigné pour l'une des affections ou l'un des troubles de santé ci-dessous, ou avez-vous déjà présenté des symptômes de l'une de ces affections ou de l'un de ces troubles (suite) :

Première personne à assurer	Deuxième personne à assurer
-----------------------------	-----------------------------

h) Tractus gastro-intestinal ou tube digestif :

- | | | | | |
|--|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Colite ulcéreuse • Indigestion récidivante • Saignements du rectum • Maladie de Crohn | <ul style="list-style-type: none"> • Ulcères • Herni • Maladie ou trouble de la bouche, de la gorge ou de l'œsophage | <ul style="list-style-type: none"> • Toute autre affection ou tout autre trouble de l'estomac, des intestins ou du rectum | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|--|---|---|

i) Santé mentale :

- | | | | | |
|---|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Trouble nerveux ou mental • Épuisement professionnel ou stress • Schizophrénie • Anxiété ou dépression | <ul style="list-style-type: none"> • Trouble bipolaire • Autre trouble psychologique, comportemental, alimentaire ou émotionnel | <ul style="list-style-type: none"> • Déficience développementale • Toute autre affection ou tout autre trouble psychiatrique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|--|---|---|

j) Système immunitaire :

- | | | | | |
|--|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou résultats d'examen indiquant une exposition au VIH (virus du sida) | <ul style="list-style-type: none"> • Lupus • Sclérodémie | <ul style="list-style-type: none"> • Toute autre affection ou tout autre trouble du système immunitaire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|--|--|---|---|

k) Oreilles, yeux, nez ou gorge :

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Surdité • C cicit  | <ul style="list-style-type: none"> • Névrite optique ou tout autre trouble visuel • Allergies | <ul style="list-style-type: none"> • Toute autre affection ou tout autre trouble des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|---|---|---|

l) Pancréas, vésicule biliaire ou foie :

- | | | | | |
|--|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pancréatite • Calculs biliaires • Jaunisse | <ul style="list-style-type: none"> • Hépatite ou porteur de l'hépatite • Cirrhose du foie | <ul style="list-style-type: none"> • Toute autre affection ou tout autre trouble du pancréas, de la vésicule biliaire ou du foie | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|--|---|---|---|---|

m) Reins, vessie, seins ou organes de reproduction :

- | | | | | |
|---|--|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sucre, albumine, pus ou sang dans l'urine • Néphrite • Test PAP ou cliché mammaire anormaux | <ul style="list-style-type: none"> • Niveau élevé d'antigène prostatique spécifique (APS) • Grosseur au sein • Maladie vénérienne ou autre maladie transmissible sexuellement | <ul style="list-style-type: none"> • Calculs rénaux • Toute autre affection ou tout autre trouble des reins, de la vessie, de la prostate, des seins ou des organes de reproduction | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|--|---|---|---|

n) Colonne vertébrale, dos, cou, muscles ou os, y compris les troubles ou blessures des tissus mous :

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Fibromyalgie • Fatigue chronique • Douleur chronique • Poliomyélite • Ost oarthritis • Polyarthrite rhumatoide | <ul style="list-style-type: none"> • Microtraumatismes répétés • Affections invalidantes ou causant une limitation des mouvements ou obligeant l'utilisation de matériel adapté | <ul style="list-style-type: none"> • Toute autre affection ou tout autre trouble du dos, des muscles ou des os, y compris les articulations, le cou et la colonne vertébrale, ou remplacement d'une hanche, d'un genou ou d'une autre articulation | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|---|---|---|

13.26 Avez-vous d j consulté ou reçu des soins ou été en arrêt de travail pour une affection ou un trouble énumérés à la question 13.25 i)? Oui Non Oui Non

13.27 Pour toute réponse affirmative aux questions 13.25 ou 13.26, veuillez fournir des précisions dans le tableau ci-dessous.

Numéro de la question	Nom de la personne à assurer	Affection, symptômes, durée, tests, résultats et traitement	Date		Nom et adresse du fournisseur de soins de santé, de la clinique ou de l'hôpital
			mois	année	

13. Renseignements personnels et médicaux sur le ou les adultes à assurer (suite)

Renseignements médicaux

13.28 Première personne à assurer :

- a) Avez-vous un fournisseur de soins de santé habituel ou une clinique où vous vous rendez régulièrement? Oui Non
- Dans l'affirmative**, nom de votre fournisseur de soins de santé habituel ou de la clinique où vous vous rendez régulièrement :

Adresse : _____

Numéro et rue

Ville Province Code postal

Nom du fournisseur de soins de santé ou de la clinique disposant de vos plus récents antécédents médicaux, s'il ne s'agit pas de votre fournisseur de soins de santé ou de votre clinique habituels :

Adresse : _____

Numéro et rue

Ville Province Code postal Numéro de téléphone

- b) Date de la dernière consultation chez un fournisseur de soins de santé ou dans une clinique (mois/année) :
- Raison de la consultation (cochez une case) :
- Examen de santé annuel **ou** Autre (précisez) : _____
- Veuillez fournir des précisions, notamment le diagnostic, le traitement et les résultats : _____
- c) Le nom figurant au dossier de votre fournisseur de soins de santé ou de la clinique est-il le même que celui indiqué dans la présente proposition? Oui Non
- Dans la négative**, précisez : _____

13.29 Deuxième personne à assurer :

- a) Avez-vous un fournisseur de soins de santé habituel ou une clinique où vous vous rendez régulièrement? Oui Non
- Dans l'affirmative**, nom de votre fournisseur de soins de santé habituel ou de la clinique où vous vous rendez régulièrement :

Adresse : _____

Numéro et rue

Ville Province Code postal

Nom du fournisseur de soins de santé ou de la clinique disposant de vos plus récents antécédents médicaux, s'il ne s'agit pas de votre fournisseur de soins de santé ou de votre clinique habituels :

Adresse : _____

Numéro et rue

Ville Province Code postal Numéro de téléphone

- b) Date de la dernière consultation chez un fournisseur de soins de santé ou dans une clinique (mois/année) :
- Raison de la consultation (cochez une case) :
- Examen de santé annuel **ou** Autre (précisez) : _____
- Veuillez fournir des précisions, notamment le diagnostic, le traitement et les résultats : _____
- c) Le nom figurant au dossier de votre fournisseur de soins de santé ou de la clinique est-il le même que celui indiqué dans la présente proposition? Oui Non
- Dans la négative**, précisez : _____

14. Renseignements personnels et médicaux sur l'enfant à assurer

Veillez remplir la présente section si le montant d'assurance excède 100 000 \$; autrement veuillez remplir la section 15.

La personne, parmi le père, la mère ou le tuteur légal, qui fournit les renseignements à l'égard de l'enfant assuré doit connaître suffisamment ce dernier pour être en mesure de fournir des réponses complètes et exactes.

- 14.1 La personne, parmi le père, la mère ou le tuteur légal, qui connaît suffisamment l'enfant pour être en mesure de fournir les renseignements exigés est-elle présente pendant que le conseiller consigne toutes les réponses aux questions? Oui Non

Dans la négative, précisez la raison : _____

Renseignements sur la protection

- 14.2 L'un des parents ou les deux parents ou le tuteur légal sont-ils couverts par une assurance contre le risque de maladie grave, une assurance-vie ou une assurance invalidité en vigueur, ou ont-ils fait la demande pour l'un ou plusieurs de ces types d'assurance? Oui Non

a) Dans l'affirmative, précisez :

	Nom de la société	Type d'assurance	Montant	Numéro de police
Père			\$	
			\$	
Mère			\$	
			\$	
Tuteur légal			\$	
			\$	

b) Dans la négative, donnez tous les renseignements pertinents : _____

- 14.3 a) La personne (père, mère ou tuteur légal) est-elle citoyenne ou résidente permanente du Canada? Oui Non

b) Dans la négative, la personne (père, mère ou tuteur légal) a-t-elle présenté une demande en vue d'obtenir le statut de résident permanent? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez la date de la demande et joignez une copie de la demande ou de l'accusé de réception de la demande : _____

Dans la négative, donnez tous les renseignements pertinents : _____

- 14.4 Revenu annuel gagné du père, de la mère ou du tuteur légal _____ \$

- 14.5 Y a-t-il une assurance-vie ou une assurance contre le risque de maladie grave (A.M.G.) en vigueur ou à l'étude sur la tête de l'enfant ou encore dont la souscription est envisagée? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

Nom de la société	Type d'assurance	Montant d'assurance	Indiquez : • Année d'établissement • « En vigueur » • « À l'étude » ou • « Envisagée »	La protection sera-t-elle modifiée (Mod.) ou remplacée (Rempl.)?	Si elle est modifiée, précisez. Si une police de la Canada-Vie est remplacée, indiquez le numéro de police.
		\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	

- 14.6 a) L'enfant a-t-il des frères ou sœurs? Oui Non

b) Dans l'affirmative en 14.6 a), y a-t-il une assurance contre le risque de maladie grave ou une assurance-vie en vigueur ou à l'étude sur la tête des frères et sœurs? Oui Non

- i) Dans l'affirmative en 14.6 b), l'assurance contre le risque de maladie grave ou l'assurance-vie sur la tête des frères et sœurs est-elle essentiellement la même pour ce qui est du capital assuré et de la prime? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le montant d'assurance :

Assurance-vie : _____

Assurance contre le risque de maladie grave : _____

- ii) Dans la négative en 14.6 b), précisez la raison : _____

14. Renseignements personnels et médicaux sur l'enfant à assurer (suite)

Résidence et voyages

- 14.7 a) L'enfant est-il citoyen ou résident permanent du Canada? Oui Non
- b) Dans la négative en 14.7 a), l'enfant a-t-il présenté une demande en vue d'obtenir le statut de résident permanent? Oui Non
- c) Dans l'affirmative en 14.7 b), indiquez la date de la demande et joignez une copie de la demande de statut de résident permanent ou de l'accusé de réception de la demande.
- d) Dans la négative en 14.7 b), indiquez pourquoi l'enfant n'a pas demandé le statut de résident permanent.
-
- 14.8 Depuis combien de temps l'enfant vit-il au Canada?
Depuis _____ an(s). Si c'est moins d'un an, précisez le nombre de mois : _____
- 14.9 L'enfant a-t-il voyagé ou résidé hors du Canada ou des États-Unis au cours des **12 derniers mois**, ou va-t-il voyager ou résider hors du Canada ou des États-Unis au cours des **12 prochains mois**? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez :
-

Renseignements personnels

- 14.10 A-t-on déjà refusé, reporté ou modifié de quelque façon que ce soit une proposition d'assurance-vie ou d'assurance contre le risque de maladie grave sur la tête de l'enfant? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez :
-
- 14.11 Au cours des **cinq dernières années**, l'enfant âgé de **16 ou 17 ans** a-t-il fait usage de produits à base de tabac ou de nicotine ou de marijuana ou de hachich? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez :
- | Produit(s) utilisé(s) | Quantité | Fréquence d'utilisation par : | Date de la dernière utilisation |
|-----------------------|----------|---|--|
| | | <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An | <input type="text" value="J J M M M A A A A"/> |
- 14.12 L'enfant consomme-t-il de l'alcool? Oui Non
Dans l'affirmative, indiquez le nombre de consommations par semaine :
Vin : _____ Bière : _____ Spiritueux : _____
- 14.13 L'enfant a-t-il déjà pris des sédatifs, des stimulants, des tranquillisants, des hallucinogènes, des narcotiques ou des drogues comme de la marijuana, de la cocaïne, des amphétamines ou des barbituriques, qu'ils aient été prescrits ou non par un fournisseur de soins de santé? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez :
-
- 14.14 L'enfant a-t-il déjà consulté ou été soigné pour alcoolisme ou toxicomanie, ou lui a-t-on déjà recommandé de consulter ou de suivre un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie ou de réduire sa consommation d'alcool ou de drogue? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez :
-
- 14.15 Au cours des **trois dernières années**, l'enfant a-t-il participé à des courses de véhicules moteurs ou à d'autres courses de véhicules ou fait du saut en parachute, du deltaplane, de la plongée en scaphandre autonome, des arts martiaux, de l'escalade ou d'autres activités ou sports dangereux, ou envisage-t-il de pratiquer de telles activités? Oui Non
Dans l'affirmative, précisez :
-
- 14.16 Si l'enfant est en âge légal de conduire, a-t-il déjà été reconnu coupable ou été accusé d'infractions aux règlements de la circulation, ou s'est-il déjà fait suspendre ou révoquer son permis? Oui Non
Dans l'affirmative, indiquez le numéro de son permis de conduire, les dates et les renseignements pertinents :
-

14. Renseignements personnels et médicaux sur l'enfant à assurer (suite)

Renseignements médicaux

14.17 a) Nom et adresse du fournisseur de soins de santé habituel ou de la clinique habituelle (si l'enfant a été vu en consultation par plus d'un fournisseur de soins de santé ou dans plus d'une clinique au cours des **cinq dernières années**, veuillez en dresser la liste en 14.26):

b) Donnez la date de la dernière consultation (mmm / aaaa), la raison de la consultation, le diagnostic, le traitement et les résultats :

14.18 Quels sont la taille et le poids réels de l'enfant (**non pas estimés**)?

Taille	Poids	L'enfant a-t-il perdu du poids au cours des 12 derniers mois ?
<input type="checkbox"/> pi / po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative , indiquez le poids perdu et la raison :

14.19 Est-ce qu'un membre de la famille biologique immédiate de l'enfant (père, mère, frères ou sœurs) a déjà souffert d'une maladie du cœur, d'un accident cérébrovasculaire, d'hypertension artérielle, d'un taux élevé de cholestérol, d'un cancer (précisez le type), de diabète (précisez : type 1 ou 2), d'une maladie du rein, de la chorée de Huntington, de la maladie du motoneurone, de la sclérose en plaques, de la fibrose kystique, de la dystrophie musculaire ou de toute autre maladie héréditaire? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau des antécédents familiaux ci-dessous.

Membre de la famille	Problème de santé	Âge à l'apparition de la maladie	Âge actuel, si la personne est vivante	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Sœurs					

14.20 L'enfant a-t-il déjà été soigné pour l'une des affections suivantes ou a-t-il déjà présenté des symptômes de l'une de ces affections?

Dans l'affirmative, précisez en 14.26.

			Oui	Non
a) • Coma • Épilepsie • Blessures à la tête ou lésions cérébrales	• Perte de connaissance • Méningite	• Crise épileptique ou accident cérébrovasculaire • Toute autre affection ou tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) • Asthme • Toux chronique	• Fibrose kystique • Fièvre persistante	• Toute autre affection ou tout autre trouble des poumons ou du système respiratoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) • Souffle cardiaque • Pouls irrégulier	• Toute autre affection ou tout autre trouble du cœur	• Investigation d'une hypertension artérielle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) • Maladie ou trouble des reins	• Maladie ou trouble des voies urinaires ou de la vessie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) • Trouble de la thyroïde, des glandes surrénales ou de l'hypophyse	• Diabète • Glycémie anormale	• Toute autre affection ou tout autre trouble du système endocrinien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) • Arthrite • Poliomyélite	• Toute autre affection ou tout autre trouble des muscles, des articulations, des membres ou de la colonne vertébrale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) • Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)	• Résultats d'examen indiquant une exposition au VIH (virus du sida)	• Toute autre affection ou tout autre trouble du système immunitaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) • Perte de la parole • Perte de l'ouïe	• Cécité • Toute autre affection ou tout autre trouble des yeux ou des oreilles	• Toute autre affection ou tout autre trouble du nez, de la gorge ou de la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Renseignements personnels et médicaux sur l'enfant à assurer (suite)

14.20 Dans l'affirmative, précisez en 14.26.			Oui	Non
i) • Cancer • Kyste • Tumeur	• Excroissance • Lésion • Polype	• Nævus • Syndrome du nævus dysplasique • Grosseur de quelque nature que ce soit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) • Hémophilie • Leucémie	• Anémie persistante	• Toute autre affection ou tout autre trouble du système sanguin ou circulatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) • Maladie du foie • Maladie coeliaque • Hépatite	• Affection abdominale inflammatoire • Diarrhée chronique	• Toute autre affection ou tout autre trouble du système gastro-intestinal ou digestif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) • Paralyse cérébrale • Anomalie congénitale • Syndrome de Down	• Sclérose en plaques • Dystrophie musculaire	• Tout autre trouble héréditaire ou toute autre maladie du motoneurone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.21 L'enfant a-t-il déjà consulté ou été soigné pour des troubles psychiatriques, y compris l'anxiété, la dépression, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, un retard du développement (mental ou physique), une déficience intellectuelle, l'autisme ou une maladie mentale ou nerveuse? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

14.22 Compte non tenu des renseignements déjà divulgués, l'enfant a-t-il déjà subi une électrocardiographie, une radiographie, une échographie, des analyses de sang ou d'autres examens à des fins de diagnostic, ou a-t-il déjà été admis dans un hôpital, une clinique ou tout autre établissement de soins, ou lui a-t-on recommandé de subir des examens diagnostiques ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

14.23 L'enfant est-il actuellement atteint d'une invalidité, d'une maladie ou de problèmes de santé ou suit-il un traitement sous forme de régime alimentaire, de médicaments ou d'un autre ordre qui n'ont pas déjà été mentionnés dans la présente proposition? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

14.24 Compte non tenu des renseignements déjà divulgués, dans les **12 derniers mois**, l'enfant a-t-il été atteint d'une maladie pendant plus de **dix jours consécutifs** ou été hospitalisé pendant **plus de sept jours**? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

14.25 Compte non tenu des renseignements déjà divulgués, y a-t-il des raisons de croire que l'enfant n'est pas en bonne santé ou qu'il a des symptômes, une maladie ou des problèmes de santé? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

15. Questionnaire succinct sur l'état de santé des enfants (suite)

- 15.3 Une proposition d'assurance-vie ou d'assurance contre le risque de maladie grave sur la tête de l'enfant a-t-elle déjà été refusée, reportée ou modifiée de quelque façon que ce soit?

Dans l'affirmative, précisez :

Enfant n° 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant n° 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant n° 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant n° 4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

- 15.4 L'enfant a-t-il déjà reçu un diagnostic ou présenté des symptômes de l'une des affections suivantes ou a-t-il déjà reçu des soins ou subi des investigations relativement à l'une de ces affections : accident cérébrovasculaire, anémie aplastique, asthme, autisme, cancer, cardiopathie congénitale, chirurgie aortique, crise cardiaque, crise épileptique, diabète, dystrophie musculaire, épilepsie, fibrose kystique, hémophilie, hépatite (chronique), insuffisance d'un organe principal, maladie du rein (chronique) ou insuffisance rénale, méningite bactérienne, paralysie cérébrale, paralysie permanente, remplacement de valvules du cœur, souffle cardiaque, syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou test VIH positif (virus du sida), trouble des artères, tumeur cérébrale bénigne ou encore troubles du développement (physiques ou mentaux), ou toute anomalie congénitale ou tout trouble héréditaire?

Dans l'affirmative, précisez :

Enfant n° 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant n° 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant n° 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant n° 4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

- 15.5 Compte non tenu des renseignements déjà divulgués, l'enfant est-il actuellement atteint d'une invalidité, d'une maladie ou de problèmes de santé ou suit-il un traitement sous forme de régime alimentaire, de médicaments ou d'un autre ordre ou y a-t-il des raisons de croire que l'enfant n'est pas en bonne santé ou qu'il a des symptômes, une maladie ou des problèmes de santé?

Dans l'affirmative, précisez :

Enfant n° 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant n° 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant n° 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant n° 4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

- 15.6 Est-ce qu'un membre de la famille biologique immédiate de l'enfant (père, mère, frères ou sœurs) a déjà souffert d'une maladie du cœur, d'un accident cérébrovasculaire, d'hypertension artérielle, d'un taux élevé de cholestérol, d'un cancer (précisez le type), de diabète (précisez : type 1 ou 2), d'une maladie du rein, de la chorée de Huntington, de la maladie du motoneurone, de la sclérose en plaques, de la fibrose kystique, de la dystrophie musculaire ou de toute autre maladie héréditaire? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau des antécédents familiaux ci-dessous. Si les enfants ont des membres de leur famille immédiate différents, indiquez à quel enfant le membre de la famille est lié biologiquement :

Membre de la famille	Lié biologiquement à l'enfant n°	Problème de santé	Âge à l'apparition de la maladie	Âge actuel, si la personne est vivante	Âge au décès	Cause du décès
Père	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
Mère	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
Frères	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
Sœurs	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					

- 15.7 L'enfant va-t-il résider ou voyager hors du Canada ou des États-Unis au cours des 12 prochains mois?

Dans l'affirmative, précisez :

Enfant n° 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant n° 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant n° 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Enfant n° 4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

16. Primes et paiements

16.1 Paiement initial à valoir sur la prime :

- Chèque de _____ \$
 Participations* Transfert électronique de fonds Valeur de rachat nette*
 Bonis en assurance libérée* Contre remboursement

*Veuillez remplir également l'*Autorisation de transfert de fonds / remplacement d'assurance en vigueur* en 16.2. Dans le cas d'un paiement de 100 000 \$ ou plus aux termes d'une police détenue individuellement ou conjointement, veuillez également soumettre le formulaire F17-8294 intitulé *Détermination du statut d'étranger politiquement vulnérable*.

16.2 Autorisation de transfert de fonds / remplacement d'assurance en vigueur

Dans la présente section, les termes *vous, votre* et *vos* renvoient au propriétaire. Les termes *nous, notre* et *nos* renvoient à la Canada-Vie. En apposant votre signature ci-dessous, vous et / ou le bénéficiaire privilégié ou irrévocable et / ou le cessionnaire ou le créancier hypothécaire acceptez ce qui suit :

- Vous convenez que si vous choisissez l'option « Transfert : De la valeur de rachat nette et remplacement de la police », vous souhaitez procéder au rachat de la police indiquée et demandez à ce que sa valeur de rachat nette (le cas échéant) vous soit versée ou soit affectée conformément à vos directives. Vous comprenez que vous n'aurez alors aucun droit aux termes de la police et que le rachat prendra effet uniquement à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle police dont vous avez fait la demande.
- Vous comprenez que le bénéficiaire privilégié ou irrévocable et / ou le cessionnaire ou le créancier hypothécaire peut ne pas avoir de droits aux termes de la nouvelle police (sauf en cas de nantissement).
- Vous convenez de transférer les fonds à la nouvelle police comme il est indiqué ci-dessous ou de libérer les fonds comme il est indiqué à la section 10.1.
- Vous comprenez que tout transfert de fonds de la police peut réduire sa prestation de décès et nécessiter le versement de primes additionnelles afin de la maintenir en vigueur.
- Vous comprenez que votre choix parmi les options ci-dessous pourrait donner lieu à un revenu imposable entre vos mains que nous sommes tenus de déclarer à l'État.

Numéro de police : _____ Numéro de police : _____

Transfert :

- De la valeur de rachat nette et remplacement de la police
 Des participations accumulées Montant _____ \$
 Des bonis en assurance libérée Montant _____ \$

Rachat et remplacement d'une police sans valeur de rachat

Transfert :

- De la valeur de rachat nette et remplacement de la police
 Des participations accumulées Montant _____ \$
 Des bonis en assurance libérée Montant _____ \$

Rachat et remplacement d'une police sans valeur de rachat

X

Signature du **propriétaire**

X

Signature du **bénéficiaire privilégié** ou **irrévocable** et / ou du **cessionnaire / créancier hypothécaire**, selon ce qui est requis

X

Signature du **propriétaire**

X

Signature du **bénéficiaire privilégié** ou **irrévocable** et / ou du **cessionnaire / créancier hypothécaire**, selon ce qui est requis

16. Primes et paiements (suite)

16.3 Demande de mise en place du programme de débit préautorisé :

Veillez remplir la présente section si la prime doit être payée au moyen de retraits mensuels préautorisés du compte du titulaire auprès d'un établissement financier.

Choisissez l'une des **options** suivantes, et signez à l'endroit approprié de la section 18 après avoir lu l'*Entente de débit préautorisé* à la section 20.

- Proposition numéro _____ présentée simultanément
- Renseignements sur le compte indiqués sur le chèque ci-dessous

Nom du titulaire du compte : _____		DATE
(en caractères d'imprimerie)		
Nom de tout autre titulaire d'un compte conjoint, le cas échéant : _____		
(en caractères d'imprimerie)		
PAYEZ À L'ORDRE DE :		
LA SOMME DE		\$
Nom de l'établissement financier : _____	N° de domiciliation : _____	
	(Banque Scotia seulement)	
Adresse : _____		
N° de domiciliation : _____	Code de la banque : _____	N° de compte : _____

Type de compte : Compte de chèques personnel Compte courant / compte d'affaires Compte d'épargne

Les primes seront tirées du compte le même jour de chaque mois que le jour de la date d'effet de la police, à moins que vous ne précisiez un autre jour.

- Faire les prélèvements un autre jour – Veuillez préciser le jour du mois Jour de prélèvement (1 à 28)
- (non offert à l'égard d'une police d'assurance Vie universelle)

Si le responsable des primes n'est pas le propriétaire, veuillez vous assurer de remplir la section 4.7 intitulée *Détermination et identification de tiers intéressés*.

À NOTER : Veuillez lire l'*Entente de débit préautorisé* à la section 20. Le ou les titulaires de compte / propriétaires doivent signer à l'endroit approprié de la section 18.

17. Consentement à la communication de renseignements additionnels à votre conseiller

Dans la présente section, les termes *vous*, *votre* et *vos* renvoient à la ou aux personnes à assurer, y compris, le cas échéant, tout enfant à assurer mineur. Les termes *nous*, *notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

À noter : Le fait de répondre *oui* ou *non* dans la présente section n'a aucune incidence sur l'étude de votre proposition.

Consentement à la communication de renseignements, si vous cochez « *oui* » ci-dessous

Vous consentez à ce que nous fournissions des « renseignements additionnels » à votre conseiller, c'est-à-dire des renseignements détaillés sur vous et votre proposition d'assurance que nous ne lui communiquerions pas habituellement dans le cadre du processus de tarification. Le conseiller, en signant la présente proposition, convient d'utiliser ces renseignements additionnels dans le seul but de discuter avec vous des options d'assurance qui s'offrent à vous et d'expliquer la décision de tarification.

Voici certains des renseignements additionnels que nous pourrions communiquer à votre conseiller :

- Résultats de tests médicaux et d'analyses de laboratoire
- Renseignements personnels à propos de maladies, y compris toute maladie mentale, toute maladie infectieuse ou d'autres affections ainsi que des renseignements sur l'utilisation de médicaments, la consommation de drogues ou d'alcool et la réadaptation
- Renseignements sur votre état de santé qui sont découverts lors de l'étude de votre proposition, même si vous les ignoriez alors
- Renseignements sur vos antécédents professionnels et votre situation financière
- Antécédents criminels
- Autres faits sur votre vie et leur incidence sur notre décision de vous accorder l'assurance

Vous convenez également de ce qui suit :

- Vous avez le droit de révoquer votre consentement en tout temps. Aucun autre renseignement additionnel ne sera communiqué à votre conseiller une fois que nous aurons reçu votre demande en ce sens.
- Ce consentement, sauf s'il est révoqué plus tôt, demeure valide à partir de la date de signature de la proposition, et ce, pendant une période de **60 jours après** celle des dates suivantes qui s'applique : la date à laquelle nous établissons une police d'assurance ou la date à laquelle nous vous envoyons un avis de refus ou d'annulation de la proposition.

Veuillez préciser si les renseignements additionnels peuvent être communiqués au conseiller :

Première personne à assurer : Oui Non

Deuxième personne à assurer : Oui Non

Enfant(s) mineur(s) assuré(s) : Oui Non

À noter : Le père, la mère ou le tuteur légal qui signe la proposition au nom d'un enfant mineur indique le choix pour l'enfant en question.

Si aucun choix n'est fait entre *oui* et *non*, le choix par défaut est *non*.

X

Signature de la première personne à assurer

X

Signature de la deuxième personne à assurer

X

Signature du père, de la mère ou du tuteur légal de chaque enfant mineur assuré

X

Signature du témoin

18. Consentements et signatures

Dans la présente section, les termes *vous*, *votre* et *vos* renvoient au propriétaire et à la personne à assurer, y compris, le cas échéant, tout enfant mineur. Les termes *nous*, *notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

Si vous êtes le père, la mère ou le tuteur légal de l'un des enfants mineurs au nom de qui vous demandez l'assurance ou donnez votre consentement relativement à l'assurance, il est entendu qu'en signant ci-dessous, vous vous prononcez au nom de cet enfant.

En apposant votre signature ci-dessous, vous reconnaissez que vous comprenez et acceptez ce qui suit :

Renseignements à l'égard de la proposition

- Vous reconnaissez avoir lu la présente proposition et confirmez que les déclarations qui y sont fournies sont, à votre connaissance, véridiques, exactes et complètes. Dans l'éventualité où elles ne le sont pas, nous pourrions refuser toute demande de règlement future et annuler toute police que nous aurions établie.
- Votre proposition d'assurance comprend les déclarations que vous nous fournissez dans la présente proposition et dans tout formulaire connexe. Elle comprend également tous les renseignements que vous nous donnez au cours de toute entrevue (ce terme s'étend à tout questionnaire que vous remplissez avec votre conseiller). Si nous vous remettons une copie des renseignements que vous nous donnez au cours d'une entrevue, vous consentez à la passer immédiatement en revue et à communiquer sans délai avec nous si le contenu semble inexact ou incomplet. Sinon, il est entendu que la copie présente fidèlement tous les renseignements que vous nous avez fournis.
- La présente proposition et tous les autres documents que vous nous remettez sont notre propriété, à moins que nous convenions du contraire. Vous convenez également que nous ne sommes aucunement tenus de vous retourner ou de conserver les documents originaux ni de vous en fournir une copie, à moins que la loi nous y oblige ou que nous ayons accepté de le faire, et que les documents qui nous sont remis peuvent être convertis sur d'autres supports ou en d'autres formats (p. ex., un document papier peut être converti en document électronique).
- Toute personne à assurer devra se soumettre aux examens et tests médicaux que nous demandons, le cas échéant, dans le cadre de l'étude de la proposition. Vous comprenez que l'étude de la proposition vise à déterminer l'admissibilité à la protection et les taux de prime applicables.
- Vous nous informerez immédiatement, le cas échéant, de tout changement qui survient dans l'assurabilité d'une personne à assurer après que vous aurez signé la présente proposition. Cela s'applique également à l'état de santé de la personne à assurer.
- Si vous demandez à souscrire une assurance avec participation ou une assurance Vie universelle, vous comprenez que les valeurs et certaines caractéristiques de la police ne sont pas garanties.

Remplacement ou modification d'une autre police d'assurance

- Aux questions 13.8 et 14.5, il vous est demandé si la police visée dans la proposition viendra remplacer ou modifier une autre police d'assurance que vous détenez. Si vous avez répondu *oui* et que vous ne procédez pas au remplacement ou à la modification en question une fois que nous aurons établi la nouvelle police, nous pourrions refuser de verser toute prestation payable aux termes de la nouvelle police.
- Si vous remplacez une police en vigueur de la Canada-Vie ou si vous exercez une option au titre d'une police en vigueur, les renseignements que vous avez fournis dans la proposition afférente à cette police constituent la base de la présente proposition.

Assurance provisoire

- Si nous fournissons une assurance-vie provisoire pendant l'étude de votre proposition, vous reconnaissez avoir reçu les clauses d'une telle assurance et en comprendre et en accepter le contenu.

Date d'entrée en vigueur de la police

- Votre police entre en vigueur dès que toutes les conditions ont été remplies.

Collecte, utilisation et protection de vos renseignements personnels

Afin que nous puissions traiter votre proposition, gérer votre relation d'affaires avec nous (y compris toute police établie en exécution de la présente proposition), donner suite aux demandes de règlement, et répondre à tout autre besoin directement lié à ce qui précède, vous consentez et donnez votre autorisation à ce qui suit, comme l'autorise ou l'exige la loi :

- Nous recueillerons, conserverons, utiliserons et divulguerons vos renseignements personnels.
- Si vous nous avez fourni votre numéro d'assurance sociale (ou dans le cas d'une société propriétaire, votre numéro d'entreprise), nous le conserverons en dossier et pourrions l'utiliser à des fins de déclaration fiscale, d'identification et de tenue de dossiers.
- Nous pouvons faire préparer un rapport sur vous pour les besoins de la tarification de l'assurance, tel qu'il est décrit dans l'avis intitulé *Avis concernant le rapport aux fins de la tarification de l'assurance*.
- Au besoin, nous soumettrons un bref rapport au sujet de vos renseignements au MIB, Inc., tel qu'il est décrit dans l'*Avis concernant le MIB, Inc.*
- Nous pouvons divulguer vos résultats médicaux au fournisseur de soins de santé habituel ou à la clinique habituelle dont le nom figure dans la présente proposition.
- Vous autorisez tout fournisseur de soins de santé, tout praticien, tout hôpital ou tout autre établissement de soins, de même que toute compagnie d'assurance, le MIB, Inc., tout bureau des véhicules automobiles ou tout autre organisme ou toute personne ayant des renseignements sur vous ou votre état de santé à nous transmettre ces renseignements.
- Vous comprenez pourquoi nous avons sollicité votre autorisation relativement à la communication de vos renseignements personnels et que nous l'avons sollicitée en conformité avec les lois applicables, tout comme vous comprenez les avantages et les risques de donner (ou de ne pas donner ou de révoquer) votre consentement.
- Une copie de la présente proposition, laquelle comprend des renseignements personnels, sera jointe à la police au moment de sa remise au propriétaire. Selon les circonstances, elle peut également être fournie séparément au propriétaire,

18. Consentements et signatures (suite)

à tout propriétaire ultérieur, à un bénéficiaire ou à un créancier gagiste. Si, après signature de la présente proposition, un propriétaire ou un assuré proposé ne doit pas être inclus dans le contrat (par exemple, s'il décide de se retirer), les renseignements personnels de cette personne figureront toujours sur tout exemplaire de la proposition fourni, à moins qu'on nous demande par écrit de les retirer.

- Si vous soumettez une justification d'assurabilité aux fins de tarification dont la date est antérieure à celle de la présente proposition au lieu de remplir certaines parties de la présente proposition, vous convenez que cette information est toujours vraie, exacte et complète à la date de la présente proposition, et qu'elle en fait partie.
- Vos autorisations, y compris les consentements, prendront effet à la date à laquelle vous signez la présente proposition et demeureront valides tant que nous en aurons besoin, ce qui pourrait vouloir dire jusqu'après votre décès (par exemple, dans le cas d'une demande de règlement). Vous pourrez révoquer en tout temps par écrit ces autorisations requises conformément à la loi, dans la mesure où il n'y a aucune raison légale vous empêchant de les révoquer.

Avis importants

- Vous reconnaissez avoir reçu et compris les avis contenus dans la section intitulée *Avis importants* que nous vous avons remise séparément, et vous en acceptez le contenu.

Entente de débit préautorisé

Dans la sous-section suivante, les termes *vous*, *votre* et *vos* renvoient au titulaire (ou aux titulaires) du compte sur lequel les paiements devront être effectués.

- Vous avez lu l'*Entente de débit préautorisé* à la section 20, et vous en acceptez les modalités et les conditions.
- Vous convenez d'effectuer les paiements sur votre compte par débit préautorisé.
- Vous nous autorisez à faire des retraits de votre compte conformément à vos directives.

Vous convenez que si l'entente de débit préautorisé est suspendue, nous pouvons modifier le mode de paiement et le propriétaire continuera d'être responsable du paiement de la prime. Si le propriétaire souhaite ultérieurement reprendre les paiements par débit préautorisé, nous pourrions demander l'établissement d'une nouvelle entente.

Une copie de la présente entente est aussi valide que l'original.

Fait à (Ville) _____ (Province) _____ le

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

X

Signature du **propriétaire de la police d'assurance-vie** (dans le cas d'une entité, signature **et titre** du signataire autorisé)

Si le **propriétaire est une entité**, inscrire la dénomination sociale complète de l'entité en caractères d'imprimerie

X

Signature du **propriétaire de la police d'assurance-vie** (dans le cas d'une entité, signature **et titre** du signataire autorisé)

X

Signature du **titulaire de compte**, s'il n'est pas le propriétaire (dans le cas d'une entité, signature **et titre** du signataire autorisé)

X

Signature de la **première personne à assurer** si elle est âgée de 16 ans (18 ans au Québec) ou plus, dans le cas où elle n'est pas le propriétaire

X

Signature de l'**autre ou des autres titulaires**, dans le cas d'un **compte conjoint**, si nécessaire aux besoins du compte (dans le cas d'une entité, signature **et titre** du signataire autorisé)

X

Signature de la **deuxième personne à assurer** si elle est âgée de 16 ans (18 ans au Québec) ou plus, dans le cas où elle n'est pas le propriétaire

X

Signature de l'**assuré au titre des garanties visant le responsable des primes**, s'il ne signe pas à titre de propriétaire

X

Signature du **père**, de la **mère** ou du **tuteur légal** de chaque enfant mineur assuré, si aucune de ces personnes n'est le propriétaire

X

Signature du **premier assuré au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes**

X

Signature de l'**assuré au titre de l'exonération des primes**, s'il ne signe pas à titre de propriétaire

X

Signature du **deuxième assuré au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes**

X

Signature du **témoin** de toutes les signatures (s'il ne s'agit pas du conseiller, inscrire son nom au complet en caractères d'imprimerie)

X

Signature du **troisième assuré au titre de la garantie Assurance sur plusieurs têtes**

19. Rapport du conseiller (« conseiller »)

Le rapport du conseiller ne fait pas partie intégrante de la proposition. Dans la présente section, les termes *vous*, *votre*, *vos* et *je* renvoient au conseiller.

- 19.1** Qui a fait les premières démarches à l'égard de la présente proposition?
 Conseiller Personne à assurer Propriétaire Sollicitation directe
- 19.2** Depuis combien de temps connaissez-vous la ou les personnes à assurer? _____ ans
 À quel point? Pas du tout Un peu Bien
- 19.3** Prime spécifiée (la prime doit être maintenue si la catégorie Privilégiée ou des surprimes s'appliquent)
- 19.4** Avez-vous fait une évaluation personnelle des objectifs, des besoins et des priorités du propriétaire / de la personne à assurer à la lumière de la situation financière actuelle, de la protection existante et de tous les autres renseignements requis? Oui Non
Dans l'affirmative, avez-vous joint une copie de l'analyse des besoins? Oui Non
Dans la négative, cochez toutes les réponses qui s'appliquent :
 La personne a refusé de se soumettre au processus d'analyse des besoins
 La personne savait quel montant de protection elle voulait / il lui fallait
 Autre (précisez) : _____
- 19.5** Avez-vous expliqué au client et documenté dans son dossier comment le type de protection d'assurance, le montant d'assurance, les différentes garanties applicables et les caractéristiques et avenants de garantie offerts répondraient à ses besoins? Oui Non
Dans la négative :
 Avez-vous considéré ou examiné d'autres produits ou options avec le client? Oui Non
 L'assurance demandée (montant, type, caractéristiques et garanties) correspond-elle à vos recommandations? Oui Non
 Quel montant d'assurance a été déterminé au moyen de l'analyse des besoins? _____ \$
 Quel montant d'assurance avez-vous recommandé? _____ \$
- 19.6** Selon vous, la décision du propriétaire :
 Était fondée sur les besoins d'assurance et la capacité de payer les primes
 Était limitée par la capacité ou la volonté de payer les primes
 S'inscrit dans le cadre d'un plan devant être mis en place au fil du temps
 Repose sur une stratégie ou un concept en particulier. Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nom de la stratégie : _____
 Autre (précisez) : _____
- 19.7** Veuillez nous faire part de tout autre renseignement qui pourrait nous être utile dans l'évaluation de la présente proposition, notamment toute date de police spéciale, toute demande spéciale ou, si l'on a répondu *non* à la question 4.7, le fait que vous avez des motifs raisonnables de croire à l'existence d'un tiers.
 Veuillez joindre une feuille distincte si vous avez besoin de plus d'espace (celle-ci doit comprendre le numéro de la proposition, la date et votre signature).

19. Rapport du conseiller (« conseiller ») (suite)

19.12 Exigences :

À demander par : Canada-Vie

Conseiller (indiquez le nom de la société paramédicale ci-dessous)

ou

À obtenir auprès d'une autre compagnie d'assurance (précisez) : _____

Première personne à assurer :

- Sans examen médical Examen paramédical Examen médical
- ECG ECG d'effort Signes vitaux
- Radiographie pulmonaire Profil sanguin Échantillon d'urine

Nom de l'établissement paramédical ou du médecin examinateur et date (si elle est connue) :

J | J | M | M | M | A | A | A | A

Deuxième personne à assurer :

- Sans examen médical Examen paramédical Examen médical
- ECG ECG d'effort Signes vitaux
- Radiographie pulmonaire Profil sanguin Échantillon d'urine

Nom de l'établissement paramédical ou du médecin examinateur et date (si elle est connue) :

J | J | M | M | M | A | A | A | A

19.13 En apposant ma signature ci-dessous, je confirme **1)** avoir posé toutes les questions de la présente proposition et avoir consigné intégralement et correctement toutes les réponses de chaque personne à assurer ainsi que du père, de la mère ou du tuteur légal de tout enfant, **2)** qu'à ma connaissance, aucun renseignement important pouvant influencer sur l'assurabilité de toute personne à assurer ou de tout enfant n'a été omis de la proposition ou de mon rapport; et **3)** avoir fourni au propriétaire par écrit l'information qui suit :

- Le nom de la ou des compagnies que je représente
- Le fait que je reçois une rémunération (comme des commissions) pour la vente de produits d'assurance-vie ou d'assurance maladie
- Le fait que je peux recevoir une rémunération additionnelle sous la forme de bonis, d'une participation à des congrès ou de toute autre mesure d'encouragement à la vente
- Tout conflit d'intérêts réel ou potentiel me concernant dans le cadre de la présente transaction

Fait à (Ville) _____ (Province) _____ le J | J | M | M | M | A | A | A | A

X

Signature du conseiller

20. Entente de débit préautorisé (« entente ») – à détacher et à remettre au propriétaire

Dans la présente section, les termes *vous*, *votre* et *vos* renvoient au titulaire (ou aux titulaires) du compte sur lequel les paiements devront être effectués. Les termes *nous*, *notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.
À noter : Si le titulaire de compte n'est pas le propriétaire, le conseiller peut faire une copie de la présente entente et la lui remettre.

En apposant votre signature au bas de la section 18, vous reconnaissez que vous comprenez et acceptez ce qui suit :

Vos renseignements personnels

- Nous pouvons recueillir, conserver, utiliser et divulguer vos renseignements personnels au besoin aux fins de l'exécution de la présente entente.
- Si vous n'êtes pas le propriétaire de la police, nous pouvons transmettre au propriétaire tout renseignement concernant la présente entente, y compris des renseignements sur les paiements.

Votre autorisation relative aux prélèvements périodiques

- Vous nous autorisez, nous et l'établissement financier désigné en 16.3, à prélever sur votre compte les paiements mensuels auxquels vous avez consenti, y compris des paiements dont le montant peut varier d'une fois à l'autre, et ce, sans égard à tout transfert de propriété de la police. Le montant retiré peut augmenter ou diminuer pendant toute la durée de la police d'assurance. **Vous nous libérez de l'obligation de vous informer à l'avance de telles augmentations ou réductions.**
- Les paiements sont assujettis aux dispositions de la police demandée. Si la date de prélèvement indiquée dans la présente entente diffère de la date d'exigibilité de la prime aux termes de la police, cette dernière n'est en rien modifiée.
- Vous consentez à examiner régulièrement vos données bancaires. Si une opération aux termes de la présente entente n'est pas conforme à vos dossiers, vous disposez de 90 jours suivant la date de l'opération en question pour nous en informer. Passé ce délai, l'opération sera considérée comme exacte.

Conséquences si votre établissement financier n'honore pas un retrait préautorisé

- Si votre établissement financier n'honore pas un retrait préautorisé (parce qu'il n'y a pas suffisamment de fonds dans votre compte, par exemple), nous pourrions suspendre la présente entente. Nous pourrions également faire une seconde tentative de retrait. Si celle-ci échoue aussi, nous suspendrons la présente entente.
- Tous frais pour effet sans provision facturés par votre établissement financier dans le cas où il n'honore pas un retrait seront à votre charge.
- Si nous suspendons la présente entente, mais que le propriétaire souhaite ultérieurement reprendre les paiements par débit préautorisé, nous pourrions demander l'établissement d'une nouvelle entente de débit préautorisé.

Vos droits relativement aux retraits non autorisés

- Vous avez certains droits de recours s'il arrive qu'un débit n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas conforme à la présente entente. Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits de recours, communiquez avec votre établissement financier ou consultez le site www.cdnpay.ca.

Modifications apportées au compte

- Si vos données bancaires viennent à changer, vous devez nous en informer par écrit au moins 14 jours avant la date du prochain retrait. Nous pourrions toutefois accepter de modifier vos données bancaires selon vos directives verbales.

Annulation de la présente entente

- Vous ou le propriétaire pouvez annuler la présente entente moyennant un préavis écrit de 30 jours. De même, si nous décidons d'annuler l'entente, nous vous donnerons, à vous ou au propriétaire, un préavis écrit de 30 jours. Pour obtenir un modèle d'avis d'annulation ou de plus amples renseignements sur votre droit d'annuler la présente entente, veuillez communiquer avec votre établissement financier ou consulter le site www.cdnpay.ca.

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de la présente entente, communiquez avec nous par téléphone au 1 888 252-1847 ou par écrit à l'adresse suivante : Assurance individuelle, 1901 rue Scarth, Regina SK S4P 4L4.

Une copie de la présente entente est aussi valide que l'original.

F17-8921 – 7/15 NET

21. Reçu
Veuillez libeller le chèque à l'ordre de la Canada-Vie

Somme perçue avec la présente proposition : _____ \$

N/RÉF. CL 000368888

Paiement versé par :

Prénom Second prénom Nom de famille

À noter : La réception du paiement perçu avec la présente proposition ne garantit ni la prise d'effet de l'assurance ni son maintien en vigueur aux termes d'une convention d'assurance-vie provisoire, ni l'établissement d'une police. Vous devez répondre à toutes les conditions applicables pour que nous garantissons la protection ou que nous établissons une police.

Fait à (Ville) _____ (Province) _____ le J | J | M | M | M | A | A | A | A

X

Signature du conseiller





Canada-Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

22. Convention d'assurance-vie provisoire – à détacher et à remettre au propriétaire

Dans la présente section, les termes *vous*, *votre* et *vos* renvoient au propriétaire (ou aux propriétaires s'il y en a plus d'un). Les termes *nous*, *notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

L'assurance-vie provisoire n'est pas offerte :

- À la transformation d'une police d'assurance collective
- À l'exercice d'une option de souscription d'assurance additionnelle aux termes d'une police existante
- À la souscription d'un montant total d'assurance-vie égal ou supérieur à cinq millions de dollars

Protection garantie aux termes de la présente convention

La présente convention procure une protection d'assurance-vie pendant que votre proposition est à l'étude. Si une personne admissible à l'assurance-vie provisoire en question décède pendant que la présente convention est en vigueur, nous verserons la prestation payable aux termes de la présente convention aux bénéficiaires que vous avez désignés dans la présente proposition à l'égard de toute prestation payable au décès de cette personne, et ce, conformément à vos directives de paiement aux bénéficiaires et aux modalités énoncées ci-dessous. Toutefois, la présente convention ne procure aucune protection au titre d'une garantie d'exonération des primes ou d'une garantie de paiement d'office de la prime.

Qui est admissible à l'assurance-vie provisoire?

Lorsque l'assurance-vie provisoire est offerte, une personne à assurer y est admissible :

- Si son âge réel est de moins de 71 ans (et d'au moins 15 jours); et
- Si elle a répondu *non* à toutes les questions relatives à l'assurance provisoire

Quand la convention prend-elle effet?

La présente convention prend effet à l'égard d'une personne à assurer à la date de signature de la présente proposition si, à cette date, toutes les conditions suivantes sont remplies :

- La présente proposition a été dûment remplie.
- La personne à assurer a répondu *non* à toutes les questions relatives à l'assurance provisoire.
- Nous avons reçu un paiement correspondant au moins à la première prime mensuelle ou à 1 / 12 de la prime annuelle estimative qui est exigible à l'égard du type d'assurance demandé selon nos taux ordinaires. Le paiement doit accompagner la proposition et ne peut pas être postdaté.

Quel est le montant de la protection d'assurance-vie garantie aux termes de la présente convention?

La protection couvrant chaque personne admissible à l'assurance-vie provisoire est du même montant que l'assurance-vie demandée à l'égard de cette personne dans la présente proposition, sous réserve du maximum décrit ci-dessous. Toutefois, dans le cas d'une protection conjointe, la prestation n'est payable que selon le type de contrat demandé (protection conjointe payable au premier décès ou protection conjointe payable au dernier décès).

Montant maximal payable

Le montant total que nous verserons à l'égard de toutes les personnes à assurer admissibles à l'assurance-vie provisoire aux termes de la présente convention est limité à un million de dollars.

Toutefois, si la personne à assurer est couverte aux termes de plus d'une convention d'assurance-vie provisoire auprès de nous, et qu'une demande de règlement est présentée aux termes des diverses conventions, le montant maximal que nous verserons à l'égard de la personne à assurer au titre de toutes les conventions s'établit à un million de dollars. Si ce maximum est dépassé et qu'il y a plus d'un demandeur au titre de conventions distinctes, nous répartirons le montant payable (dans le cas présent, un million de dollars) entre les demandeurs sur une base équitable que nous déterminerons.

Exclusion – suicide

Si une personne à assurer couverte aux termes de la présente convention se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, nous ne verserons pas la prestation de décès à l'égard de cette personne. Nous annulerons la présente convention et votre proposition d'assurance-vie en date du décès, et nous vous rembourserons le paiement perçu avec la proposition.

Quand la présente convention prend-elle fin?

La présente convention d'assurance-vie provisoire peut demeurer en vigueur pendant une période de 90 jours suivant la date de signature de la présente proposition. Toutefois, elle prend fin immédiatement si l'un des événements suivants survient avant l'expiration de la période de 90 jours en question :

- La police demandée prend effet.
- Vous nous demandez d'annuler la proposition.
- Nous annulons ou refusons votre proposition.
- Une personne couverte aux termes de la présente convention se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non, même si d'autres personnes sont couvertes aux termes de la présente convention.

Si nous n'avons pas terminé l'étude de votre proposition à l'expiration de la période de 90 jours, nous pouvons en poursuivre l'étude, mais la protection d'assurance-vie provisoire ne sera alors plus en vigueur. Nous garderons tout paiement accompagnant la proposition et l'affecterons à la police, ou nous vous le rembourserons si la police n'est pas établie.



**23. Avis importants
À détacher
et à remettre
au ou aux
propriétaires
et à ceux qui
sont assurés aux
termes de la
police**

Avis concernant vos renseignements personnels

(dans le présent avis, les termes *vous*, *votre* et *vos* s'appliquent également au propriétaire, s'il n'est pas la personne à assurer)
La protection de vos renseignements personnels est importante pour la Canada-Vie. Lorsqu'une proposition nous est soumise, nous établissons un dossier confidentiel qui comprend vos renseignements personnels. Le dossier est conservé dans les bureaux de la Canada-Vie ou dans les locaux de tierces parties autorisées par cette dernière. Que ce soit directement ou par l'entremise de tiers, au Canada ou ailleurs, nous gérons vos renseignements, c.-à-d. que nous les recueillons, les conservons, les utilisons et les divulguons, pour vous offrir des produits et services financiers, pour donner suite aux demandes de règlement, pour vous aider dans la planification de vos objectifs financiers, pour nous conformer aux exigences légales ou pour toute autre fin à laquelle vous avez consenti, selon ce qui est applicable. Nous limitons l'accès aux renseignements de votre dossier aux membres de notre personnel et à d'autres personnes, dont votre conseiller et vos fournisseurs de soins, qui ont besoin de ces renseignements dans l'exercice de leurs fonctions. Nos réassureurs ont également un droit d'accès à ce titre. Dans certains cas, nous pouvons avoir recours à des fournisseurs de services de l'extérieur du Canada pour nous aider à gérer vos renseignements personnels. Vos renseignements personnels seront alors assujettis aux lois applicables, y compris les lois sur l'accès à l'information des autorités publiques, dans d'autres pays.

Si vous désirez consulter et corriger les renseignements personnels dans votre dossier, ou que vous avez des questions au sujet de la façon dont nous gérons et protégeons vos renseignements personnels, y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service, et aimeriez recevoir un exemplaire de nos normes de confidentialité, écrivez-nous à l'adresse suivante :

Chef de la vérification de la conformité de la Canada-Vie
255 avenue Dufferin
London ON N6A 4K1
Vous pouvez aussi visiter le www.canadavie.com.

Avis concernant le MIB, Inc.

La Canada-Vie traite les renseignements concernant votre assurabilité de manière confidentielle. Cependant, nous et nos réassureurs pouvons soumettre un bref rapport à ce sujet au MIB, Inc., organisme sans but lucratif coordonnant l'échange de renseignements entre les compagnies d'assurances de personnes qui en sont membres. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance ou une demande de règlement à une autre compagnie membre du MIB, Inc., celui-ci transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans votre dossier.

Lorsque vous présentez une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie ou une demande de règlement à une autre compagnie d'assurance, nous ou nos réassureurs pouvons également transmettre directement à cette dernière les renseignements contenus dans votre dossier.

(suite à la page suivante)

F17-8921 – 7/15 NET

**23. Avis importants
À détacher
et à remettre
au ou aux
propriétaires
et à ceux qui
sont assurés aux
termes de la
police**

Avis concernant vos renseignements personnels

(dans le présent avis, les termes *vous*, *votre* et *vos* s'appliquent également au propriétaire, s'il n'est pas la personne à assurer)
La protection de vos renseignements personnels est importante pour la Canada-Vie. Lorsqu'une proposition nous est soumise, nous établissons un dossier confidentiel qui comprend vos renseignements personnels. Le dossier est conservé dans les bureaux de la Canada-Vie ou dans les locaux de tierces parties autorisées par cette dernière. Que ce soit directement ou par l'entremise de tiers, au Canada ou ailleurs, nous gérons vos renseignements, c.-à-d. que nous les recueillons, les conservons, les utilisons et les divulguons, pour vous offrir des produits et services financiers, pour donner suite aux demandes de règlement, pour vous aider dans la planification de vos objectifs financiers, pour nous conformer aux exigences légales ou pour toute autre fin à laquelle vous avez consenti, selon ce qui est applicable. Nous limitons l'accès aux renseignements de votre dossier aux membres de notre personnel et à d'autres personnes, dont votre conseiller et vos fournisseurs de soins, qui ont besoin de ces renseignements dans l'exercice de leurs fonctions. Nos réassureurs ont également un droit d'accès à ce titre. Dans certains cas, nous pouvons avoir recours à des fournisseurs de services de l'extérieur du Canada pour nous aider à gérer vos renseignements personnels. Vos renseignements personnels seront alors assujettis aux lois applicables, y compris les lois sur l'accès à l'information des autorités publiques, dans d'autres pays.

Si vous désirez consulter et corriger les renseignements personnels dans votre dossier, ou que vous avez des questions au sujet de la façon dont nous gérons et protégeons vos renseignements personnels, y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service, et aimeriez recevoir un exemplaire de nos normes de confidentialité, écrivez-nous à l'adresse suivante :

Chef de la vérification de la conformité de la Canada-Vie
255 avenue Dufferin
London ON N6A 4K1
Vous pouvez aussi visiter le www.canadavie.com.

Avis concernant le MIB, Inc.

La Canada-Vie traite les renseignements concernant votre assurabilité de manière confidentielle. Cependant, nous et nos réassureurs pouvons soumettre un bref rapport à ce sujet au MIB, Inc., organisme sans but lucratif coordonnant l'échange de renseignements entre les compagnies d'assurances de personnes qui en sont membres. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance ou une demande de règlement à une autre compagnie membre du MIB, Inc., celui-ci transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans votre dossier.

Lorsque vous présentez une proposition d'assurance-vie ou d'assurance-maladie ou une demande de règlement à une autre compagnie d'assurance, nous ou nos réassureurs pouvons également transmettre directement à cette dernière les renseignements contenus dans votre dossier.

(suite à la page suivante)

F17-8921 – 7/15 NET

**23. Avis importants
(suite)****Avis concernant le MIB, Inc. (suite)**

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le MIB, Inc., visitez le www.mib.com, appelez le 416 597-0590 ou écrivez à l'adresse suivante : MIB, Inc., Bureau 501, 330 avenue University, Toronto ON M5G 1R7. Vous pouvez demander à vérifier les renseignements personnels dans votre dossier auprès de MIB, Inc. et faire corriger, le cas échéant, toute donnée inexacte ou incomplète.

Avis concernant le rapport aux fins de la tarification de l'assurance

Dans le cadre de l'étude de votre proposition, nous pouvons faire préparer un rapport aux fins de la tarification de l'assurance afin d'obtenir des renseignements supplémentaires sur votre solvabilité et des renseignements personnels complémentaires. Si vous souhaitez obtenir une description plus détaillée de la nature de cette recherche et des renseignements qui nous sont communiqués, vous pouvez écrire à l'adresse suivante : Assurance individuelle, 255 avenue Dufferin, London ON N6A 4K1.

Avis concernant le programme d'entrevues téléphoniques avec les clients

Pour compléter la proposition, il est possible que la personne à assurer reçoive un appel téléphonique de l'un de nos représentants autorisés qui lui demandera des renseignements personnels ainsi que des données d'information de nature financière. L'entrevue dure normalement de 15 à 20 minutes et se fait à un moment qui convient à la personne à assurer. Si la personne à assurer est absente lorsque le préposé aux entrevues téléphoniques avec les clients l'appelle, ce dernier laissera son nom et un numéro de téléphone afin qu'il soit possible de le joindre sans frais.

Avis concernant le traitement fiscal

Les renseignements fiscaux fournis, s'il y a lieu, sont uniquement d'ordre général et ne doivent pas être considérés comme des conseils juridiques ou fiscaux. Il est recommandé à toute personne sollicitant un avis de cette nature de consulter un conseiller fiscal ou juridique.



Canada-Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

F17-8921 – 7/15 NET

**23. Avis importants
(suite)****Avis concernant le MIB, Inc. (suite)**

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le MIB, Inc., visitez le www.mib.com, appelez le 416 597-0590 ou écrivez à l'adresse suivante : MIB, Inc., Bureau 501, 330 avenue University, Toronto ON M5G 1R7. Vous pouvez demander à vérifier les renseignements personnels dans votre dossier auprès de MIB, Inc. et faire corriger, le cas échéant, toute donnée inexacte ou incomplète.

Avis concernant le rapport aux fins de la tarification de l'assurance

Dans le cadre de l'étude de votre proposition, nous pouvons faire préparer un rapport aux fins de la tarification de l'assurance afin d'obtenir des renseignements supplémentaires sur votre solvabilité et des renseignements personnels complémentaires. Si vous souhaitez obtenir une description plus détaillée de la nature de cette recherche et des renseignements qui nous sont communiqués, vous pouvez écrire à l'adresse suivante : Assurance individuelle, 255 avenue Dufferin, London ON N6A 4K1.

Avis concernant le programme d'entrevues téléphoniques avec les clients

Pour compléter la proposition, il est possible que la personne à assurer reçoive un appel téléphonique de l'un de nos représentants autorisés qui lui demandera des renseignements personnels ainsi que des données d'information de nature financière. L'entrevue dure normalement de 15 à 20 minutes et se fait à un moment qui convient à la personne à assurer. Si la personne à assurer est absente lorsque le préposé aux entrevues téléphoniques avec les clients l'appelle, ce dernier laissera son nom et un numéro de téléphone afin qu'il soit possible de le joindre sans frais.

Avis concernant le traitement fiscal

Les renseignements fiscaux fournis, s'il y a lieu, sont uniquement d'ordre général et ne doivent pas être considérés comme des conseils juridiques ou fiscaux. Il est recommandé à toute personne sollicitant un avis de cette nature de consulter un conseiller fiscal ou juridique.



Canada-Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

F17-8921 – 7/15 NET

Nom de la première personne à assurer (prénom, second prénom, nom de famille)	Document qui fait partie de la proposition n° :
Nom de la deuxième personne à assurer (prénom, second prénom, nom de famille)	

1. Renseignements généraux

1.1 Mode de paiement

- Mensuellement, par entente de débit préautorisé – remplissez la section 16.3 de la proposition
 Paiement annuel

À noter : La prime annualisée relative à toute périodicité autre qu'annuelle sera plus élevée. Sous réserve de l'approbation de la Canada-Vie, vous pouvez modifier la périodicité de paiement de la prime pour toute autre périodicité alors offerte.

- 1.2 Situation fumeur/non-fumeur :** Première personne à assurer : Fumeur Non-fumeur
 Deuxième personne à assurer : Fumeur Non-fumeur

2. Renseignements sur le contrat d'assurance-vie temporaire

(remplissez aussi la section 4, selon ce qui est applicable)

- 2.1** Assurance de base _____ \$

- 2.2** Protection sur une tête Protection conjointe payable au premier décès

- 2.3** Type de contrat : Temporaire 10 ans Temporaire 20 ans

- Garantie polices multiples : Nom de la personne à assurer aux termes de l'autre proposition ou police :

Prénom	Second prénom	Nom de famille
--------	---------------	----------------

3. Renseignements sur le contrat d'assurance-vie avec participation

(remplissez aussi la section 4, selon ce qui est applicable)

- 3.1** Assurance de base _____ \$

- 3.2** Protection sur une tête Protection conjointe payable au premier décès

- Protection conjointe payable au dernier décès (**Primes** payables jusqu'au : Premier décès Dernier décès)

- 3.3** Type de contrat : Le Réalisateur – Succession Le Réalisateur – Patrimoine

- Primes : Payables jusqu'à 100 ans Max 20 (payables pendant 20 ans)

- 3.4** Participations : Assurance additionnelle acquittée (*par défaut*)

- Souscription de l'option Assur-o-plus (AOP)

- (1) Avec capital maximum **ou** Avec capital initial de _____ \$

- (2) **Garantie :** 10 ans **ou** La vie durant

- Réduction de vos paiements de prime (option non offerte avec le programme de débit préautorisé), et affectation de l'excédent :

- à l'assurance additionnelle acquittée à une autre option (précisez) : _____

- Participations capitalisées avec intérêts Versement en espèces

- 3.5** Option de dépôt supplémentaire (ODS)* – montant _____ \$

- Prime prévue : Prime annuelle Débit préautorisé (doit correspondre à la périodicité de paiement de la prime)
 Prime unique

*Uniquement offerte au titre des options de participation Assurance additionnelle acquittée et Assur-o-plus.

Canada-Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, tous droits réservés.

Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada-Vie est strictement interdite.

4. Renseignements sur les garanties et avenants supplémentaires d'assurance-vie temporaire et d'assurance-vie avec participation

Indiquez les garanties et avenants supplémentaires demandés. Consultez le guide des produits pour les modalités d'offre.

- 4.1 Avenant d'assurabilité garantie (protection sur une tête seulement) _____ \$
- 4.2 Avenant Décès par accident (protection sur une tête seulement) _____ \$
- 4.3 Avenant d'assurance-vie temporaire renouvelable et transformable (contrats avec participation sur une tête seulement) :
 Temporaire 10 ans _____ \$ Temporaire 20 ans _____ \$
- 4.4 Avenant d'assurance-vie temporaire renouvelable et transformable (avenant d'assurance temporaire sur une tête au titre de contrats avec participation à protection conjointe seulement) :
Première personne assurée : Temporaire 10 ans _____ \$ Temporaire 20 ans _____ \$
Deuxième personne assurée : Temporaire 10 ans _____ \$ Temporaire 20 ans _____ \$
- 4.5 Avenant Assurance-vie temporaire sur la tête d'un partenaire (contrats avec participation sur une tête seulement) : Remplissez la section 3.1 de la proposition et, aux fins de la justification d'assurabilité, répondez aux questions à l'égard de la « deuxième personne à assurer » de la proposition ou remplissez le formulaire *Supplément à la proposition – Justification d'assurabilité pour fins de tarification individuelle* (imprimé F17-8911).
 Temporaire 10 ans _____ \$ **ou** Temporaire 20 ans _____ \$
- 4.6 Avenant AssurEnfant – Vie temporaire (pour les enfants de moins de 18 ans à l'ajout de cet avenant qui sont les enfants _____ (par enfant et sous réserve des maximums naturels ou adoptés de la première personne à assurer ou les _____ \$ contractuels) enfants du conjoint de la première personne à assurer)
Remplissez la section 5 de la proposition et désignez le bénéficiaire en 8.2 b).
- 4.7 Avenant d'assurance contre le risque de maladie grave (protection sur une tête seulement) (non offert au titre des contrats d'assurance temporaire) :
 Temporaire 10 ans, renouvelable jusqu'à 75 ans et transformable jusqu'à 65 ans _____ \$
 Assurance permanente à prime uniforme, libérée à 100 ans _____ \$
- 4.8 Avenant AssurEnfant – Assurance contre le risque de maladie grave (protection sur une tête seulement) (non offert au titre des contrats d'assurance temporaire; l'avenant d'assurance contre le risque de maladie grave en 4.7 doit aussi être choisi)
Pour les enfants âgés de 2 à 17 ans inclusivement à la date d'établissement de la police qui sont les enfants naturels ou adoptés de la première personne à assurer ou les enfants du conjoint de la première personne à assurer. Remplissez la section 5 de la proposition. _____ \$
- 4.9 Exonération des primes en cas d'invalidité (non offerte au titre d'un contrat temporaire conjoint) :
Si cet avenant est demandé au titre d'un contrat avec participation, fournissez les renseignements suivants :
Sur la tête de quelle personne?
 Première personne à assurer Propriétaire (police sur une tête seulement)
Remplissez la section 7 de la proposition et soumettez une justification d'assurabilité complète.
 Deuxième personne à assurer Responsable des primes (police sur une tête seulement)
Remplissez la section 7 de la proposition et soumettez une justification d'assurabilité complète.
- 4.10 Exonération des primes en cas de décès (assurance-vie avec participation seulement) : Sur la tête de quelle personne?
 Première personne à assurer Propriétaire (police sur une tête seulement)
Remplissez la section 7 de la proposition et soumettez une justification d'assurabilité complète.
 Deuxième personne à assurer Responsable des primes (police sur une tête seulement)
Remplissez la section 7 de la proposition et soumettez une justification d'assurabilité complète.
- 4.11 Avenant Protection de la croissance de l'entreprise (propriétaires d'entreprise seulement) :
 10 ans 15 ans
Montant de l'option : _____ \$
(le montant maximal aux termes de l'avenant est égal à quatre fois le montant de l'option)

5. Renseignements sur le contrat Vie universelle

(remplissez aussi la section 6)

- 5.1 a) Type de contrat : Vie universelle Millénium **ou** Vie universelle Millénium avec bonification – client _____ \$
- b) Montant de la prime prévue : _____ \$ Mensuellement, par débit préautorisé **ou** Annuellement
- 5.2 a) Protection sur une tête Protection conjointe payable au premier décès
Protection conjointe payable au dernier décès
- b) Option de prestation de décès : Protection plus
Uniforme (Choisissez « Croissant annuellement » comme coût d'assurance)
- c) Option du coût d'assurance (CDA) : Croissant annuellement (CA) Uniforme
CDA à période déterminée de versement : 10 ans 15 ans 20 ans
- 5.3 **Paiement à même la valeur totale du compte** au premier décès (protection conjointe payable au dernier décès seulement) :
- Offert avec l'option de prestation de décès Protection plus uniquement.
 - Si aucun pourcentage n'est indiqué, 25 pour cent sera utilisé. Précisez le pourcentage en 8.2 g) de la proposition.
 - Aucun paiement provenant de la valeur totale du compte ne comprend la valeur en espèces garantie pouvant s'être accumulée aux termes d'une option de CDA à période déterminée de versement (10, 15 ou 20 ans).
- 5.4 Capitalisateur Millénium :
- Permet que des rajustements soient faits au montant d'assurance afin qu'un traitement optimal de l'impôt soit appliqué à la police en entier.
 - Pour toute diminution du montant d'assurance, un consentement écrit doit être donné au moment de chaque diminution.
- À noter : Si le Capitalisateur Millénium n'est pas choisi**, aucune augmentation ni diminution ne s'appliqueront.
- Pour les rajustements du montant d'assurance, permettre :
- Des augmentations d'office seulement avec l'option CDA : Uniforme CA 10 ans 15 ans 20 ans
(**Si aucun choix de CDA n'est fait**, l'option « Croissant annuellement » sera choisie d'office.)
- Des diminutions optimales seulement avec l'option CDA Croissant annuellement
- À la fois des augmentations d'office et des diminutions optimales avec l'option CDA Croissant annuellement
- Si le Capitalisateur Millénium est choisi**, mais qu'aucune des trois options ci-dessus n'est sélectionnée, l'option CDA Croissant annuellement et « augmentations d'office et diminutions optimales » s'appliqueront.

6. Renseignements sur les garanties et avenants supplémentaires du contrat Vie universelle

- 6.1 Décès par accident (protection sur une tête **ou** protection conjointe payable au premier décès seulement) :
- | | Première personne à assurer : _____ \$ | Deuxième personne à assurer : _____ \$ |
|--|--|--|
|--|--|--|
- 6.2 Garantie de paiement d'office en cas d'invalidité totale : Sur la tête de quelle personne à assurer?
- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> Première personne à assurer | _____ \$ |
| <input type="checkbox"/> Deuxième personne à assurer | _____ \$ |
- 6.3 Garantie de paiement d'office en cas de décès de celle des personnes à assurer qui meurt la première aux termes d'une police conjointe payable au dernier décès _____ \$
- 6.4 Garantie de paiement d'office sur la tête du propriétaire ou du responsable des primes nommé en 7.1 de la proposition (protection sur une tête seulement) :
- | | |
|--|----------|
| <input type="checkbox"/> En cas d'invalidité totale (si la personne à assurer est un enfant, le décès est également couvert) | _____ \$ |
| <input type="checkbox"/> En cas de décès | _____ \$ |
- Soumettez une justification d'assurabilité complète.
- 6.5 Avenant d'assurance-vie temporaire renouvelable et transformable (protection sur une tête seulement)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Temporaire 10 ans _____ \$ | <input type="checkbox"/> Temporaire 20 ans _____ \$ |
|---|---|
- 6.6 Avenant d'assurance-vie temporaire renouvelable et transformable (avenant d'assurance temporaire sur une tête au titre de contrats conjoints seulement) :
- | | |
|---|---|
| Première personne à assurer : <input type="checkbox"/> Temporaire 10 ans _____ \$ | <input type="checkbox"/> Temporaire 20 ans _____ \$ |
| Deuxième personne à assurer : <input type="checkbox"/> Temporaire 10 ans _____ \$ | <input type="checkbox"/> Temporaire 20 ans _____ \$ |

6. Renseignements sur les garanties et avenants supplémentaires du contrat Vie universelle (suite)

- 6.7 Avenant d'assurabilité garantie (protection sur une tête seulement) _____ \$
- 6.8 a) Garantie Assurance sur plusieurs têtes – Remplissez la section 6 de la proposition. Tous les assurés aux termes de la garantie Assurance sur plusieurs têtes doivent signer à la section 18 de la proposition.
- b) **Si vous avez choisi la garantie Assurance sur plusieurs têtes et l'option de prestation de décès Protection plus, cochez une** des options suivantes :
- Partie de la valeur totale du compte calculée au prorata payable au décès de chaque personne à assurer.
 - _____ pour cent de la valeur totale du compte payable au décès de chaque personne à assurer (minimum de 25 pour cent; maximum de 100 pour cent, excluant 12 fois la déduction mensuelle actuelle). Si aucun pourcentage n'est indiqué, 25 pour cent sera utilisé.
 - Valeur totale du compte payable au décès de la personne à assurer aux termes de la police qui meurt la dernière (option par défaut si aucune autre case n'est cochée).
- 6.9 Avenant AssurEnfant – Vie temporaire – Remplissez la section 5 de la proposition et désignez le bénéficiaire en 8.2 b). _____ \$ par enfant
- 6.10 Avenant d'assurance contre le risque de maladie grave (protection sur une tête seulement) :
- Temporaire 10 ans, renouvelable jusqu'à 75 ans et transformable jusqu'à 65 ans
 - Assurance permanente à prime uniforme, libérée à 100 ans _____ \$
- 6.11 Avenant AssurEnfant – Assurance contre le risque de maladie grave (protection sur une tête seulement) (l'avenant d'assurance contre le risque de maladie grave en 6.10 doit aussi être choisi)
Pour les enfants âgés de 2 à 17 ans inclusivement à la date d'établissement de la police qui sont les enfants naturels ou adoptés de la première personne à assurer ou les enfants du conjoint de la première personne à assurer. Remplissez la section 5 de la proposition. _____ \$
- 6.12 Avenant Protection de la croissance de l'entreprise (propriétaires d'entreprise seulement)
 10 ans 15 ans
Montant de l'option : _____ \$ (le montant maximal aux termes de l'avenant est égal à quatre fois le montant de l'option)
- 6.13 Indemnité forfaitaire en cas d'invalidité – **cochez une** des options suivantes :
- _____ % de la valeur de rachat nette de la police calculée conformément à la garantie (minimum de 25 pour cent; maximum de 100 pour cent). **À noter :**
 - Aucun paiement provenant de la valeur de rachat nette ne comprend la valeur en espèces pouvant s'être accumulée aux termes d'une option de CDA à période déterminée de versement (10, 15 ou 20 ans).
 - ou**
 - Exclut six fois la déduction mensuelle actuelle.
- Exclure la garantie

7. Signature(s)

Je comprends que les présentes Pages de produits font partie de la *Proposition d'assurance-vie* présentée à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

Fait à (Ville) _____ (Province) _____ le

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

X

Signature du ou des **propriétaires** (dans le cas d'une **entité**, signature et titre du signataire autorisé)

Nom du propriétaire : (prénom, second prénom, nom de famille)	Numéro de proposition / de police :
---	-------------------------------------

- Prière d'indiquer à la section 1 la répartition des primes que vous désirez. Le compte par défaut est l'option de Dépôts à intérêt quotidien.
- Nous effectuerons la répartition de tout l'argent déposé à votre police de la manière indiquée dans la présente jusqu'à ce que vous nous donniez des directives à l'effet contraire, par écrit ou en remplissant la Demande de transaction financière – Vie universelle Millénium.
- Une fois l'an, nous vérifierons si votre police Millénium est toujours exonérée d'impôt. Si elle ne l'est pas, nous transférerons la partie imposable dans un compte Millénium. Ce compte comportera l'option de Dépôts à intérêt garanti (DIG) à intérêt composé de cinq ans, à moins d'indication contraire de votre part à la section 2 de la présente.
- Vous pouvez modifier votre répartition à tout moment. Toutefois, un rajustement selon la valeur marchande (RVM) peut s'appliquer aux retraits et aux transferts de fonds des options de Dépôts à intérêt garanti (DIG) demandés par le propriétaire.
- Tout dépôt dans vos options de Dépôts à intérêt garanti dépassant 1 000 000 \$, au total nécessite l'approbation du siège social.
- Le formulaire Détermination du statut d'étranger politiquement vulnérable (EPV) (F17-8294) doit être rempli pour chaque personne qui est propriétaire de la police ou responsable des primes :
 - si le versement initial prévu est de 100 000 \$ ou plus. Il n'est pas nécessaire de remplir le formulaire pour les versements prévus subséquents.
 - dans le cas de tout versement non prévu de 100 000 \$ ou plus.

Section 1 : Répartition des primes

- A. Prime prévue :** _____ \$ **B. Périodicité :** versement mensuel automatique versement annuel
- C. Prime supplémentaire** (montant forfaitaire) : _____ \$ à répartir selon les directives ci-dessous à verser au compte Millénium
- D. Prière de choisir une des méthodes de répartition ci-dessous :**
- a. Répartir mes primes entre les options de Dépôts à intérêt choisies plus bas.
- b. Affecter mes primes comme suit :
- 1) **d'abord** à l'option de Dépôts à intérêt quotidien et ensuite,
 - 2) **lorsque** ce compte atteint une valeur de _____ \$ ou plus, transférer le solde en entier aux options de Dépôts à intérêt choisies plus bas.
- À noter :
- Ce montant doit être d'au moins 25 \$ pour chaque option de Dépôts à intérêt choisie.
 - **Ce choix n'est pas disponible si vous voulez que vos primes soient affectées à l'option de Dépôts à intérêt quotidien ou réparties entre des options de Dépôts à intérêt variable ABC.**
- E. Voici les directives à suivre pour choisir vos options de Dépôts à intérêt :**
- Maximum de 10 choix
 - Les répartitions minimales à un fonds donné ne peuvent pas être inférieures à 5 % (et pas moins de 25 \$), sous réserve des montants minimums suivants :
 - 500 \$ pour une option de Dépôts à intérêt variable ABC
 - 25 \$ pour les autres options de Dépôts à intérêt
 - Si vous ne faites pas de choix, votre prime sera créditée à l'option de Dépôts à intérêt quotidien.
- F. Choisir des options de Dépôts à intérêt pour le retrait des déductions mensuelles.**
- i) retrait des déductions mensuelles au prorata de toutes les options de Dépôts à intérêt existantes (*par défaut*)
- ii) retrait de la totalité des déductions mensuelles de l'option de Dépôts à intérêt _____ (nom de l'option)
- Vous ne pouvez choisir qu'une seule option de Dépôts à intérêt. **Les comptes ABC ne peuvent pas être utilisés.** Si les fonds de cette option ne suffisent pas à couvrir les déductions mensuelles, la différence sera prélevée par défaut selon l'option i ci-dessus.

Options de Dépôts à intérêt quotidien et de Dépôts à intérêt garanti	Répartition		Répartition	
	Prime prévue	Prime suppl.	Prime prévue	Prime suppl.
Option de Dépôts à intérêt quotidien (option par défaut)	_____%	_____%	_____%	_____%
Option de Dépôts à intérêt garanti – 1 an, intérêt composé	_____%	_____%	_____%	_____%
Option de Dépôts à intérêt garanti – 3 ans, intérêt composé	_____%	_____%	_____%	_____%

Options de Dépôts à intérêt variable (DIV)

Options de DIV liées à un indice	Prime prévue	Prime suppl.		Prime prévue	Prime suppl.
Actions canadiennes	_____%	_____%	Sciences et technologies	_____%	_____%
Actions américaines	_____%	_____%	Actions européennes	_____%	_____%
Actions mondiales	_____%	_____%	Actions japonaises	_____%	_____%
Obligations canadiennes	_____%	_____%	États-Unis – petite capitalisation	_____%	_____%
Obligations à rendement réel	_____%	_____%			
	_____%	_____%	Total partiel pour la présente page :	_____%	_____%

Suite des options de Dépôts à intérêt variable à la page 2.

Options de Dépôts à intérêt variable (DIV) (suite)
Options de DIV liées à un fonds

Options liées à des fonds à revenu fixe	Répartition			Répartition	
	Prime prévue	Prime suppl.		Prime prévue	Prime suppl.
Obligations Franklin Bissett	_____ %	_____ %	Obligations de sociétés Mackenzie	_____ %	_____ %
Options liées à des fonds d'actions	Prime prévue	Prime suppl.		Prime prévue	Prime suppl.
Actions canadiennes					
Valeur fondamentale ABC	_____ %	_____ %	Ressources canadiennes Mackenzie	_____ %	_____ %
Actions canadiennes Trimark	_____ %	_____ %	Actions canadiennes AGF	_____ %	_____ %
Actions canadiennes Franklin Bissett	_____ %	_____ %	Croissance grandes cap. can. Mackenzie	_____ %	_____ %
Dividendes grandes cap. can. Mackenzie	_____ %	_____ %	Harbour CI	_____ %	_____ %
Catégorie d'excellence canadienne de croissance Invesco	_____ %	_____ %	Croissance canadienne Power Dynamique	_____ %	_____ %
Actions américaines					
Valeur d'Amérique ABC	_____ %	_____ %	Croissance grandes cap. amér. Mackenzie	_____ %	_____ %
Actions américaines AGF	_____ %	_____ %			
Options d'actions mondiales et internationales					
Mackenzie mondiales	_____ %	_____ %	Actions internationales Templeton	_____ %	_____ %
Fidelity mondiales	_____ %	_____ %	Actions mondiales Trimark	_____ %	_____ %
			International Signature	_____ %	_____ %
			Valeur mondiale Dynamique	_____ %	_____ %
			Fidelity Étoile du Nord ^{MD}	_____ %	_____ %
Fonds équilibrés canadiens					
Revenu et croissance Harbour (CI)	_____ %	_____ %	Actifs canadiens Fidelity	_____ %	_____ %
Gestion globale ABC	_____ %	_____ %	Revenu mensuel Fidelity	_____ %	_____ %
Fonds Profil / fonds de répartition de l'actif					
Profil prudent Millénium	_____ %	_____ %	Profil accéléré Millénium	_____ %	_____ %
Profil modéré Millénium	_____ %	_____ %	Profil énergétique Millénium	_____ %	_____ %
Profil équilibré Millénium	_____ %	_____ %			
Total partiel de la page 1 :	_____ %	_____ %		_____ %	_____ %
Total partiel de la présente page :	_____ %	_____ %		_____ %	_____ %
La répartition totale doit être de 100 % :	_____ %	_____ %		_____ %	_____ %

Section 2 : Compte Millénium (détenu par le propriétaire de police; ne fait pas partie de la police)

- Un « compte Millénium » sera ouvert automatiquement.
- Tout intérêt gagné dans ce compte est imposable.
- Seuls les retraits sortant de l'option de DIG à intérêt composé de cinq ans demandés par le propriétaire sont assujettis à des rajustements selon la valeur marchande (RVM). Les transferts automatiques à la police ne le sont pas.
- **Si vous ne faites pas de choix, les fonds seront crédités automatiquement à l'option de DIG à intérêt composé de cinq ans.**

Les transferts de la police à ce compte seront affectés à

 l'option de Dépôts à intérêt quotidien

 l'option de Dépôts à intérêt garanti (DIG) à intérêt composé de cinq ans.

Le présent Supplément est transmis relativement à la proposition et en fait partie intégrante. Je demande à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada-Vie) d'assurer la répartition de mes fonds conformément aux directives ci-dessus. En cas de divergence entre le présent Supplément et la proposition, les renseignements contenus dans le présent Supplément auront préséance.

 Fait à _____ le _____
 Ville Province Date (jj-mmmm-aaaa)

Si le propriétaire est une société, écrivez le nom de la société en caractères d'imprimerie, puis signez ci-dessous en indiquant votre titre. ==>

 X _____
 Signature du propriétaire (dans le cas d'une entité, signature et titre du signataire autorisé)

 X _____
 Signature du propriétaire (s'il y a plus d'un propriétaire; dans le cas d'une entité, signature et titre du signataire autorisé)

 X _____
 Témoin de toutes les signatures