

Pages de produits relatives à la proposition d'assurance-vie, d'assurance maladies graves et d'assurance invalidité

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 de la prime :

- Mensuellement, par entente de débit préautorisé
 Annuellement

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

1.3 Est-ce qu'une réduction de primes est demandée? Oui Non

Dans le cas de l'assurance maladies graves et de l'assurance invalidité >

Dans l'affirmative, indiquez le type de réduction demandée ci-dessous :	A.I.	A.M.G.
<input type="checkbox"/> Avenant Complément – Collective	<input type="checkbox"/>	s.o.
<input type="checkbox"/> Rabais Surchoix – Motif de la réduction demandée : À noter : Reportez-vous aux guides du conseiller pour de plus amples renseignements. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Même employeur <input type="checkbox"/> Membres d'une profession libérale partageant locaux et frais <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ 	<input type="checkbox"/>	s.o.
<input type="checkbox"/> Programme d'assurance invalidité Partir du bon pied! destiné aux diplômés	<input type="checkbox"/>	s.o.
<input type="checkbox"/> Majoration Plus	<input type="checkbox"/>	s.o.
<input type="checkbox"/> Régime d'assurance-salaire	<input type="checkbox"/>	s.o.
<input type="checkbox"/> Réduction de prime approuvée par le siège social (nom du programme et montant de la réduction) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si l'assurance maladies graves est demandée >

1.4 Comment les frais de police seront-ils acquittés?

- paiements pendant toute la durée de la police (par défaut) pendant la première année d'assurance

2. Renseignements sur le contrat d'assurance temporaire Simplicité privilégiée

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

2.1 Montant d'assurance de base _____ \$

2.2 Protection sur une tête Protection conjointe payable au premier décès

2.3 Type de régime : Temporaire 10 ans Temporaire 20 ans

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

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

3.1 Montant d'assurance de base _____ \$

3.2 Option de participation :

- Bonifications d'assurance libéré
 Option Majoration de la protection (MP) :
(1) Avec capital maximum ou Avec capital initial de Majoration de la protection _____ \$
(2) Garantie de 10 ans ou Garantie à vie
 Versement en espèces

3.3 Montant de l'option de dépôt supplémentaire* _____ \$

*Uniquement offerte au titre des options de participation Bonifications d'assurance libérée et Majoration de la protection.

- Prime prévue (correspondra au mode de paiement de la prime indiqué en 1.1)
 Prime unique

3.4 Protection sur une tête Protection conjointe payable au premier décès

- Protection conjointe payable au dernier décès, primes payables jusqu'au : Premier décès ou Dernier décès

3.5 Type de régime : Le Réalisateur - Succession Le Réalisateur – Succession, Max 20 Le Réalisateur - Patrimoine Le Réalisateur – Patrimoine, Max 20

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

- 4.1 Avenant d'assurance-vie temporaire renouvelable et transformable (au titre des régimes d'assurance-vie avec participation sur une tête seulement) : Temporaire 10 ans _____ \$ Temporaire 20 ans _____ \$
- 4.2 Avenant AssurEnfant – Vie temporaire (au titre des régimes d'assurance-vie temporaire ou d'assurance-vie avec participation sur une tête seulement) : _____ \$ par enfant
- 4.3 Garantie en cas de décès accidentel (polices sur une tête seulement) _____ \$
- 4.4 Avenant d'assurabilité garantie (polices sur une tête seulement) _____ \$ **par option**
- 4.5 Exonération des primes en cas d'invalidité :
- Sur la tête de la première personne à assurer
 - Sur la tête de la deuxième personne à assurer (assurance-vie avec participation conjointe payables au premier décès seulement)
 - Payeur (assurance-vie avec participation sur une tête seulement)
- 4.6 Exonération des primes en cas de décès du payeur (assurance-vie avec participation sur une tête seulement)
- 4.7 Exonération des primes (les options qui suivent ne sont offertes qu'au titre de l'assurance-vie avec participation conjointe payable au dernier décès, primes payables jusqu'au dernier décès) :
- Première personne à assurer au titre de la protection conjointe :
 - Exonération des primes en cas de décès **ou** Exonération des primes en cas de décès ou d'invalidité
 - Deuxième personne à assurer au titre de la protection conjointe :
 - Exonération des primes en cas de décès **ou** Exonération des primes en cas de décès ou d'invalidité
- 4.8 Avenant protection de la croissance de l'entreprise : 10 ans **ou** 15 ans
- Première personne à assurer au titre de la protection conjointe
 - Deuxième personne à assurer au titre de la protection conjointe
- Nom de l'entreprise : _____
- 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, selon ce qui est applicable)

- 5.1 Montant d'assurance de base initial _____ \$
- 5.2 Montant de paiement de la prime prévue _____ \$ (correspondra au mode de paiement de la prime indiqué en 1.1)
- 5.3 Montant de paiement de la prime supplémentaire _____ \$
- 5.4 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 (l'option de coût de l'assurance doit être l'option croissant annuellement jusqu'à 85 ans)
- c) Option de coût de l'assurance : Croissant annuellement jusqu'à 85 ans Uniforme
 À période déterminée de versement : 10 ans 15 ans 20 ans
- 5.5 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.
 - _____ % (minimum 25 %, maximum 100 % : excluant 12 fois la retenue mensuelle actuelle)
Si aucun pourcentage n'est indiqué, 25 % sera utilisé.
 - Aucun paiement provenant de la valeur totale du compte ne comprend la valeur de rachat garantie pouvant s'être accumulée aux termes d'une option de coût de l'assurance à période déterminée de versement (10, 15 ou 20 ans).

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

- 6.1 Garantie en cas de décès accidentel (protection sur une tête seulement) : _____ \$
- 6.2 Garantie de paiement d'office (précisez les montants annuels) :
- a) Protection sur une tête
- En cas d'invalidité totale de la personne à assurer (non offerte pour un enfant assuré) _____ \$
 - Sur la tête du responsable des primes :
 - Invalidité totale (si la personne à assurer est un enfant, le décès est également couvert) _____ \$
 - Décès _____ \$

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

- 6.2 b) Protection conjointe payable au premier décès – en cas d'invalidité totale de la :
 Première personne à assurer _____ \$
 Deuxième personne à assurer _____ \$
- c) Protection conjointe payable au dernier décès :
 en cas de décès du coassuré qui meurt le premier _____ \$
ou en cas de décès ou d'invalidité totale de la :
 Première personne à assurer _____ \$
 Deuxième personne à assurer _____ \$
- 6.3 Avenant d'assurance-vie temporaire renouvelable et transformable (protection sur une tête seulement) :
 Temporaire 10 ans _____ \$ Temporaire 20 ans _____ \$
- 6.4 Avenant d'assurabilité garantie (protection sur une tête seulement) _____ \$ **par option**
- 6.5 Garantie indemnité forfaitaire en cas d'invalidité – **cochez une** des options suivantes :
 Oui _____ % Minimum 25 % et maximum 100 % de la valeur de rachat nette de la police calculée conformément à la garantie (si aucun choix n'est fait, l'option 100 % sera choisie d'office).
 Non – exclure la garantie
- 6.6 Avenant AssurEnfant – Vie temporaire (assurance sur une tête seulement) _____ \$ **par enfant**
- 6.7 Maximisation de la valeur
- 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.
- Pour les rajustements du montant d'assurance, permettre :
- À la fois des augmentations d'office et des diminutions optimales avec l'option de coût de l'assurance croissant annuellement jusqu'à 85 ans
- Des augmentations d'office seulement avec l'option de coût de l'assurance :
 Croissant annuellement jusqu'à 85 ans Uniforme 10 ans 15 ans 20 ans
- Si aucun choix de coût de l'assurance n'est fait, l'option croissant annuellement jusqu'à 85 ans s'appliquera.**
- Des diminutions optimales seulement avec l'option de coût de l'assurance croissant annuellement jusqu'à 85 ans
- Si la maximisation de la valeur est choisie, mais qu'aucune des trois options ci-dessus n'est sélectionnée, l'option de coût de l'assurance croissant annuellement et « augmentations d'office et diminutions optimales » s'appliqueront.**
- 6.8 Avenant protection de la croissance de l'entreprise : 10 ans **ou** 15 ans
 Première personne à assurer au titre de la protection conjointe
 Deuxième personne à assurer au titre de la protection conjointe
- Nom de l'entreprise : _____
- Montant de l'option : _____ \$ (le montant maximal aux termes de l'avenant est égal à quatre fois le montant de l'option)

7. Renseignements sur le contrat et les avenants d'assurance maladies graves pour enfants

	Enfant n° 1	Enfant n° 2	Enfant n° 3	Enfant n° 4
7.1 Montant de la police de base (de 10 000 \$ à 250 000 \$)	_____ \$	_____ \$	_____ \$	_____ \$
7.2 Avenants demandés?				
Remboursement de la prime à l'expiration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remboursement de la prime au décès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Renseignements sur le contrat et les avenants d'assurance maladies graves pour adultes

- 8.1 Type d'assurance : Personnelle _____ \$
 Commerciale : Personnel clé _____ \$
 Rachat de parts _____ \$
 Prêt commercial _____ \$

8.2 Indiquez ci-dessous les types de contrats et d'avenants demandés.
Cochez la case appropriée, selon que vous souscrivez une assurance personnelle ou commerciale.

Personnelle	Commerciale	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temporaire 10 ans, renouvelable jusqu'à 75 ans et transformable jusqu'à 65 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Perte d'autonomie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Second événement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Remboursement de la prime au décès
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Remboursement de la prime à l'expiration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Remboursement de la prime lors d'un retrait ou à l'expiration
		Cochez une case : <input type="checkbox"/> 15 ^e année <input type="checkbox"/> 65 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Exonération des primes en cas d'invalidité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temporaire à prime uniforme jusqu'à 75 ans, libérée à 65 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Perte d'autonomie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Second événement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Remboursement de la prime au décès
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Remboursement de la prime à l'expiration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Exonération des primes en cas d'invalidité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Temporaire à prime uniforme jusqu'à 75 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Perte d'autonomie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Second événement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Remboursement de la prime au décès
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Remboursement de la prime à l'expiration
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Remboursement de la prime lors d'un retrait ou à l'expiration
		Cochez une case : <input type="checkbox"/> 15 ^e année <input type="checkbox"/> 20 ^e année <input type="checkbox"/> 65 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Exonération des primes en cas d'invalidité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Permanente à prime uniforme, libérée à 100 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Perte d'autonomie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Second événement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Remboursement de la prime au décès
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Remboursement de la prime lors d'un retrait
		Cochez une case : <input type="checkbox"/> 15 ^e année <input type="checkbox"/> 20 ^e année <input type="checkbox"/> 65 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Exonération des primes en cas d'invalidité
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Permanente à prime uniforme, libérée après 15 ans
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Perte d'autonomie
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Second événement
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Remboursement de la prime au décès
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Remboursement de la prime lors d'un retrait (15 ^e année)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Avenant Exonération des primes en cas d'invalidité

9. Renseignements sur le contrat et les avenants d'assurance invalidité

- 9.1 Type de contrat : Police Protection Niveau de vie Police pour personne clé
- 9.2 Classe professionnelle : B A 2A 3A 4A
- 9.3 Période d'attente : 30 jours 60 jours 90 jours 120 jours 180 jours 365 jours 730 jours
- 9.4 Période d'indemnisation :
 Jusqu'à 65 ans 120 mois 60 mois 24 mois 12 mois (Police pour personne clé seulement)

9. Renseignements sur le contrat et les avenants d'assurance invalidité (suite)

9.5 Prestation mensuelle d'invalidité :

Prestation mensuelle uniforme _____ \$

Prestation graduée : Prestation mensuelle initiale _____ \$

Cochez une case :

Augmentation : Nouveau montant _____ \$ Après _____ jours

Diminution :

9.6 Prime – Cochez une case :

Prime uniforme Prime échelonnée (offerte pour les âges à l'établissement de 18 à 45 ans)

9.7 Indiquez les avenants de garantie demandés et remplissez les parties appropriées (vous pouvez choisir un avenant de chaque groupe ci-dessous s'il est applicable à votre police) :

Avenant Propre profession

Avenant Prolongation de la période de profession habituelle (PPPH) :

Cochez une case :

60 mois (offert pour les périodes d'indemnisation de 60 mois, 120 mois et jusqu'à 65 ans)

Période d'indemnisation (offert pour les périodes d'indemnisation de 120 mois et jusqu'à 65 ans)

Avenant Invalidité résiduelle

Avenant Invalidité partielle prolongée (offert pour les périodes d'indemnisation de 60 mois, 120 mois et jusqu'à 65 ans)

Avenant Invalidité partielle

Avenant Option d'assurabilité future (offert pour les âges à l'établissement de 18 à 50 ans) _____ \$

Avenant Assurabilité future avec option de remboursement de la prime (offert pour les âges à l'établissement de 18 à 50 ans) _____ \$

Avenant Coût de la vie (CV) :

Cochez une option d'intérêt : maximum de 3 % par année maximum de 8 % par année

Avenant Rattrapage

Avenant Égalisateur des frais (**non offert** avec la prestation graduée)

Avenant Facilitateur pour la vente d'entreprise :

(offert pour les âges à l'établissement de 18 à 50 ans)

Cochez un montant de prestation maximale : 5 000 \$ 10 000 \$ 20 000 \$

Avenant Indemnisation le premier jour en cas d'accident

(offert pour les classes professionnelles B et A avec des périodes d'attente de 30, 60 ou 90 jours)

Avenant Remboursement de la prime (50 %)

(offert pour les âges à l'établissement de 18 à 55 ans avec des périodes d'attente de 30, 60, 90 ou 120 jours)

Avenant Rente viagère en cas d'accident / Rente viagère décroissante en cas de maladie (offert pour les âges à l'établissement de 18 à 55 ans, les classes professionnelles 2A, 3A et 4A et la période d'indemnisation jusqu'à 65 ans seulement)

Avenant Professionnels de la santé (consultez le guide du conseiller sur l'assurance invalidité pour connaître les professions admissibles)

Avenant Mort ou mutilation accidentelles – Désignez un bénéficiaire en 8.2 de la proposition. _____ \$

Autre (précisez) : _____

9.8 Si vous demandez une Police pour personne clé :

a) La personne à assurer est-elle propriétaire d'une partie de l'entreprise? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez sa part en pourcentage : _____ %

b) Afin de justifier la protection d'assurance pour personne clé, décrivez les connaissances spécialisées de la personne à assurer ou ses tâches au sein de l'entreprise :

10. Renseignements sur le contrat et les avenants d'assurance frais généraux

- 10.1 Type de contrat : Police pour frais généraux
- 10.2 Montant de la prestation mensuelle au titre des frais généraux _____ \$
- 10.3 a) Classe professionnelle : B A 2A 3A 4A
- b) Êtes-vous membre de l'une des professions suivantes : comptable (CA, CGA, CMA), architecte, podologue, dentiste, ingénieur, avocat, notaire (Québec), optométriste, médecin (tout type), podiatre, psychiatre, psychologue ou vétérinaire? Oui Non
- 10.4 Période d'attente : 30 jours 60 jours 90 jours
- 10.5 Période d'indemnisation : 12 mois 24 mois
- 10.6 Indiquez les avenants de garantie demandés et remplissez les parties appropriées (vous pouvez choisir un avenant de chaque groupe ci-dessous s'il est applicable à votre police) :
- Avenant Propre profession (offert pour les classes professionnelles 3A et 4A)
- _____
- Avenant Invalidité résiduelle (offert pour les classes professionnelles 3A et 4A)
- Avenant Invalidité partielle
- _____
- Avenant Option d'assurabilité future (offert pour les âges à l'établissement de 18 à 50 ans) _____ \$
- Avenant Assurabilité future avec option de remboursement de la prime (offert pour les âges à l'établissement de 18 à 50 ans) _____ \$
- _____
- Avenant Rattrapage
- _____
- Avenant Professionnels de la santé (consultez le guide du conseiller sur l'assurance invalidité pour connaître les professions admissibles)
- _____
- Avenant Remboursement de la prime (50 %)
- _____

11. Renseignements sur le contrat et les avenants d'assurance Rachat de parts de l'associé

- 11.1 Type de contrat : Police Rachat de parts
- 11.2 Montant de l'assurance en une somme forfaitaire _____ \$
- La somme forfaitaire ne peut pas dépasser la moins élevée des sommes suivantes : la limite d'établissement ou la valeur assurable maximale multipliée par la part de la personne à assurer dans l'entreprise exprimée en pourcentage.
- 11.3 Classe professionnelle : 4A 3A 2A
- 11.4 Période d'attente : 365 jours 730 jours
- 11.5 Le cas échéant, **cochez celui** des avenants de garantie que vous demandez :
- Avenant Option d'assurabilité future (offert pour les âges à l'établissement de 18 à 49 ans) _____ \$
- Garantie Indemnité – Besoins futurs (offerte pour les âges à l'établissement de 18 à 49 ans) _____ \$

12. Signature(s)

Je comprends que les présentes Pages de produits font partie de la *Proposition d'assurance-vie, d'assurance maladies graves et d'assurance invalidité* (formulaire F17-8908) ou de la *Proposition d'assurance-vie, d'assurance maladies graves et d'assurance invalidité – version à utiliser au téléphone* (formulaire F17-8909) 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 **premier propriétaire** (si le propriétaire est une société par actions, une société de personnes, une fiducie ou un organisme sans but lucratif, signature de la personne autorisée à signer)

X

Si le premier propriétaire est une **société par actions, une société de personnes, une fiducie ou un organisme sans but lucratif, nom et titre, en caractères d'imprimerie**, de la personne autorisée à signer

X

Signature du **second propriétaire** (si le second propriétaire est une société par actions, une société de personnes, une fiducie ou un organisme sans but lucratif, signature de la personne autorisée à signer)

X

Si le second propriétaire est une **société par actions, une société de personnes, une fiducie ou un organisme sans but lucratif, nom et titre, en caractères d'imprimerie** de la personne autorisée à signer