

# Assurance individuelle

## Proposition

Assurance vie temporaire

Assurance vie avec participation

Assurance vie universelle

Faire parvenir à :  
Affaires nouvelles, Vie, Individuelle, T-019

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

F17-8921 – 1/20

canada  <sup>MC</sup>

# Table des matières

<b>Section 1</b>	Renseignements généraux.....	3
<b>Section 2</b>	Les personnes à assurer .....	3
<b>Section 3</b>	Propriété de la police.....	7
<b>Section 4</b>	Bénéficiaires.....	10
<b>Section 5</b>	Si vous demandez à souscrire la garantie d'exonération des primes ou la garantie de paiement d'office .....	13
<b>Section 6</b>	Si vous demandez à souscrire une assurance-vie pour enfant d'une somme de 250 000 \$ ou moins.....	14
<b>Section 7</b>	Questions sur le style de vie .....	17
<b>Section 8</b>	Questions d'ordre médical .....	22
<b>Section 9</b>	Questions d'ordre financier .....	27
<b>Section 10</b>	Pour la Vie universelle seulement : Vérification de l'identité du propriétaire et détermination de tiers .....	31
<b>Section 11</b>	Questions visant l'assurance-vie provisoire.....	34
<b>Section 12</b>	Comment vous souhaitez payer pour la police.....	35
<b>Section 13</b>	Remplacement et/ou transfert .....	37
<b>Section 14</b>	Consentements et signatures .....	39
<b>Section 15</b>	Rapport du conseiller .....	A1

## Conseils et directives pour le conseiller

- ▶ Utilisez le formulaire **F17-8345** pour demander une transformation simplifiée et pour exercer une option d'établissement garanti, y compris un avenant Protection de la croissance de l'entreprise, un avenant d'assurabilité garantie ou une garantie au survivant.
- ▶ Utilisez le formulaire **F17-8217** pour les modifications de polices, la transformation d'une assurance temporaire et l'exercice d'options d'établissement garanti.
- ▶ Écrivez lisiblement, à l'encre bleue ou noire.
- ▶ Vous pouvez corriger les erreurs en biffant le texte et en demandant au propriétaire ou à la personne à assurer d'apposer ses initiales pour approuver le changement. Nous n'accepterons pas les changements qui auront été paraphés par le conseiller.
- ▶ Si vous avez besoin de plus d'espace pour répondre à une question, veuillez utiliser une page distincte et la joindre à la présente proposition. Assurez-vous que le numéro de la proposition, le numéro de la question, le nom et la signature du propriétaire et de la personne à assurer, ainsi que la date figurent bien sur cette page.
- ▶ Si vous remplissez les Pages de produits relatives à l'assurance Vie universelle, prenez soin de remplir également le formulaire relatif aux options de Dépôts à intérêt et de le joindre à la présente proposition.
- ▶ S'il y a un enfant à assurer, veuillez remplir les questions sur l'assurabilité suivantes :
  - pour un montant de protection de **250 000 \$ ou moins**, veuillez remplir la **section 6**.
  - pour un montant de protection de **plus de 250 000 \$**, veuillez remplir les **sections 7, 8 et 9**.
- ▶ Parcourez avec le propriétaire le livret séparé intitulé **Ce que vous devez savoir au sujet de votre proposition d'assurance-vie** (imprimé F17-8942) et laissez-lui le document.

### À propos des conseillers du Québec

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



# Proposition d'assurance-vie

Tout au long de la présente proposition, les termes *nous*, *notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Au début de chaque section, nous avons indiqué à qui les termes *vous*, *votre* et *vos* se rapportent.

Que vous soyez un propriétaire ou une personne à assurer, il est important de nous fournir des renseignements véridiques, exacts et complets afin que nous puissions évaluer votre proposition. Si vous ne savez pas si certains renseignements sont pertinents ou non, veuillez nous les fournir tout de même. Si vous omettez de soumettre les renseignements demandés, nous pourrions refuser une demande de règlement future et annuler toute police que nous aurions établie.

## Questions réservées aux conseillers

Il est entendu que ces renseignements font partie intégrante de la présente proposition.

Les renseignements sur les produits sont fournis dans l'illustration datée du (jour/mois/année)	Dans quelles provinces détenez-vous un permis?
---	--



## Renseignements généraux

Dans cette section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent les propriétaires de la police.

1.1 Quel type d'assurance demandez-vous à souscrire? Cochez **une** case :

 Personnelle  Commerciale

1.2 Dans quelle langue voulez-vous recevoir votre police et toute correspondance future? Cochez **une** case :

 Français  Anglais


## Les personnes à assurer

Dans cette section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent les personnes à assurer, ou le père ou la mère ou le tuteur des enfants à assurer. Les enfants à assurer doivent être âgés de 17 ans ou moins et d'au moins 15 jours.

### Première personne à assurer

2.1 Renseignements sur la première personne à assurer

Prénom		Second prénom		Nom de famille	
Cochez <b>une</b> case <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance sociale (NAS)		Date de naissance (jour/mois/année)	
Votre adresse postale (numéro et rue, ou case postale)					
Ville			Province		Code postal
Lieu physique de votre résidence, si votre adresse postale est une case postale, une route rurale ou la poste restante					
Téléphone au domicile		Téléphone cellulaire		Téléphone au travail	
Meilleur moment pour vous joindre <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		Meilleur numéro pour vous joindre <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail		Adresse de courriel (facultatif)	



## Les personnes à assurer (suite)

### 2.2 Votre langue

Lisez-vous, parlez-vous et comprenez-vous le français? <input type="checkbox"/> Oui – <b> passez à la question 2.3</b> <input type="checkbox"/> Non – veuillez préciser	Dans la négative, quelle langue lisez-vous, parlez-vous et comprenez-vous?
	Qui a traduit la proposition dans la langue que vous lisez, parlez et comprenez? Cochez <b>une</b> case : <input type="checkbox"/> Votre conseiller <input type="checkbox"/> La personne suivante : _____ Lien avec vous : _____

### 2.3 Où êtes-vous né?

<input type="checkbox"/> Canada – indiquez la province :	<input type="checkbox"/> É.-U. – indiquez l'État :	<input type="checkbox"/> Autre – indiquez le pays :
--	--	---

### 2.4 Depuis combien de temps résidez-vous au Canada?

<input type="checkbox"/> Depuis votre naissance, <b>ou</b> _____ années _____ mois
--

### 2.5 Êtes-vous citoyen ou résident permanent du Canada?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – cochez <b>une</b> case : <input type="checkbox"/> Vous avez présenté une demande en vue d'obtenir le statut de résident permanent <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas présenté de demande en vue d'obtenir le statut de résident permanent. <b> Veuillez préciser ci-dessous :</b> _____
---

### 2.6 Êtes-vous présent pendant que le conseiller consigne toutes vos réponses aux questions de la présente proposition?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – veuillez indiquer pour quelle raison : _____
--

Si la présente proposition vise à souscrire une assurance pour enfant, êtes-vous le père, la mère ou le tuteur de l'enfant à assurer?

**À noter :** Pour répondre aux questions de la présente proposition, vous devez avoir une connaissance suffisante de l'enfant.

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – veuillez indiquer le lien avec l'enfant : _____
---



### Formulaire requis si la proposition est remplie à distance

Si la personne à assurer n'est pas présente physiquement au moment de remplir la présente proposition, **veuillez demander à cette personne** de remplir le formulaire *Autorisation visant les propositions remplies à distance* (**formulaire F17-8944**).

### Personne coassurée - s'il n'y en a pas, passez à la question 2.13.

Par *personne coassurée*, on entend la deuxième personne à assurer, avec la *première personne à assurer*.

### 2.7 Renseignements sur la personne coassurée

Prénom		Second prénom		Nom de famille	
Cochez <b>une</b> case <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance sociale (NAS)		Date de naissance (jour/mois/année)	
Votre adresse postale (numéro et rue, ou case postale)					
Ville			Province		Code postal
Lieu physique de votre résidence, si votre adresse postale est une case postale, une route rurale ou la poste restante					
Téléphone au domicile		Téléphone cellulaire		Téléphone au travail	
Meilleur moment pour vous joindre <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		Meilleur numéro pour vous joindre <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail		Adresse de courriel (facultatif)	



## Les personnes à assurer (suite)

### 2.8 Votre langue

Lisez-vous, parlez-vous et comprenez-vous le français? <input type="checkbox"/> Oui – <b> passez à la question 2.9</b> <input type="checkbox"/> Non – veuillez préciser	Dans la négative, quelle langue lisez-vous, parlez-vous et comprenez-vous?
	Qui a traduit la proposition dans la langue que vous lisez, parlez et comprenez? Cochez <b>une</b> case : <input type="checkbox"/> Votre conseiller <input type="checkbox"/> La personne suivante : _____ Lien avec vous : _____

### 2.9 Où êtes-vous né?

<input type="checkbox"/> Canada – indiquez la province : _____	<input type="checkbox"/> É.-U. – indiquez l'État : _____	<input type="checkbox"/> Autre – indiquez le pays : _____
--	--	---

### 2.10 Depuis combien de temps résidez-vous au Canada?

<input type="checkbox"/> Depuis votre naissance, <b>ou</b> _____ années _____ mois
--

### 2.11 Êtes-vous citoyen ou résident permanent du Canada?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – cochez <b>une</b> case : <input type="checkbox"/> Vous avez présenté une demande en vue d'obtenir le statut de résident permanent <input type="checkbox"/> Vous n'avez pas présenté de demande en vue d'obtenir le statut de résident permanent. <b>Veuillez préciser ci-dessous :</b> _____
--

### 2.12 Êtes-vous présent pendant que le conseiller consigne toutes vos réponses aux questions de la présente proposition?

<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non – veuillez indiquer pour quelle raison : _____
--



### Formulaire requis si la proposition est remplie à distance

Si la personne à assurer n'est pas présente physiquement au moment de remplir la présente proposition, **veuillez demander à cette personne** de remplir le formulaire *Autorisation visant les propositions remplies à distance* (formulaire F17-8944).

## Enfants à assurer aux termes d'un avenant AssurEnfant – Vie temporaire – s'il n'y en a pas, passez à la question 2.14

### 2.13 Dressez la liste des enfants à assurer ci-dessous

Pour être couvert aux termes d'un avenant AssurEnfant – Vie temporaire, l'enfant doit être **âgé de 17 ans ou moins, mais d'au moins 15 jours**, au moment auquel nous établissons la police.

Nom des enfants à assurer	Lien avec la première personne à assurer	Cochez <b>une</b> case	Date de naissance (jour/mois/année)	Pays de naissance de l'enfant	Province ou pays de résidence actuel de l'enfant
Premier enfant (prénom, second prénom, nom de famille)		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Deuxième enfant (prénom, second prénom, nom de famille)		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Troisième enfant (prénom, second prénom, nom de famille)		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Quatrième enfant (prénom, second prénom, nom de famille)		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			



## Les personnes à assurer (suite)

### La personne à assurer au titre de la garantie d'exonération des primes ou de la garantie de paiement d'office – s'il n'y en a pas, passez à la section 3

#### Directives à l'intention du conseiller

##### Cette personne :

- **Ne peut pas être** la personne assurée aux termes de la police de base, et
- **Doit être** la personne qui verse les primes.

#### 2.14 Qui sera assuré au titre de la garantie d'exonération des primes ou de la garantie de paiement d'office? Cochez **une** case :

<input type="checkbox"/> Le premier propriétaire – <b>passez à la section 3</b>			<input type="checkbox"/> Le propriétaire conjoint – <b>passez à la section 3</b>			<input type="checkbox"/> La personne nommée ci-dessous – veuillez préciser		
Prénom			Second prénom			Nom de famille		
Cochez <b>une</b> case	Numéro d'assurance sociale (NAS)					Date de naissance (jour/mois/année)		
<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme								
Votre adresse postale (numéro et rue, ou case postale)								
Ville					Province		Code postal	
Lieu physique de votre résidence, si votre adresse postale est une case postale, une route rurale ou la poste restante								
Téléphone au domicile			Téléphone cellulaire			Téléphone au travail		
Meilleur moment pour vous joindre		Meilleur numéro pour vous joindre		Adresse de courriel (facultatif)				
<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		<input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail						
Lien avec la première personne à assurer								



## Propriété de la police

Dans cette section, les termes *vous, votre et vos* désignent les propriétaires de la police.

### Directives à l'intention du conseiller

- Si le ou les propriétaires sont des personnes, veuillez répondre aux questions 3.1 à 3.6.
- Si le propriétaire présente une demande à titre de propriétaire unique, veuillez répondre aux questions 3.1 et 3.3 à 3.6.
- Si le propriétaire est une société par actions, une société de personnes, une fiducie ou une autre entité, répondez seulement aux questions des sections 3.7 et 3.8.
- Vous ne pouvez pas désigner un propriétaire unique à titre de propriétaire conjoint.

## Si le ou les propriétaires sont des personnes

### Premier propriétaire

#### 3.1 Renseignements sur le premier propriétaire

Première personne à assurer – **passez à la question 3.2**  Comme désigné ci-dessous

Prénom		Second prénom		Nom de famille	
Nom de l'entreprise individuelle (s'il y a lieu)					
Cochez <b>une</b> case <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance sociale (NAS)		Date de naissance (jour/mois/année)	
Votre adresse postale (numéro et rue, ou case postale)					
Ville			Province		Code postal
Lieu physique de votre résidence, si votre adresse postale est une case postale, une route rurale ou la poste restante					
Téléphone au domicile		Téléphone cellulaire		Téléphone au travail	
Meilleur moment pour vous joindre <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		Meilleur numéro pour vous joindre <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail		Adresse de courriel (facultatif)	
Lien avec la première personne à assurer					

### Propriétaire conjoint

#### 3.2 Renseignements sur le propriétaire conjoint

Personne coassurée – **passez à la question 3.3**  Comme désigné ci-dessous

**À noter :** Un propriétaire unique **ne peut pas être** le propriétaire conjoint.

Prénom		Second prénom		Nom de famille	
Nom de l'entreprise individuelle (s'il y a lieu)					
Cochez <b>une</b> case <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Numéro d'assurance sociale (NAS)		Date de naissance (jour/mois/année)	
Votre adresse postale (numéro et rue, ou case postale)					
Ville			Province		Code postal
Lieu physique de votre résidence, si votre adresse postale est une case postale, une route rurale ou la poste restante					
Téléphone au domicile		Téléphone cellulaire		Téléphone au travail	
Meilleur moment pour vous joindre <input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Soir		Meilleur numéro pour vous joindre <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Travail		Adresse de courriel (facultatif)	
Lien avec la première personne à assurer					



## Propriété de la police (suite)

### Si le ou les propriétaires sont des personnes (suite)

#### 3.3 S'il y a deux propriétaires, souhaitez-vous garder la propriété de la police si un des propriétaires décède et que la personne assurée est toujours vivante?

Comme indiqué ci-dessous – cochez **une** case **ou**  Vous souhaitez que la propriété de la police revienne à un propriétaire subsidiaire – **passez aux questions de la section 3.4**

**Pour les polices en vigueur là où la loi du Québec ne s'applique pas** – cochez **une** case :

Vous souhaitez que la propriété de la police revienne immédiatement au propriétaire qui est toujours vivant (ce qu'on appelle la « propriété conjointe », avec « droit de survie » entre les propriétaires). **Il s'agit de l'option par défaut si vous ne cochez pas une case.**

Vous souhaitez que la portion de la police du propriétaire décédé revienne immédiatement à la succession de celui-ci (ce qu'on appelle la « propriété en commun » sans « droit de survie » entre les propriétaires).

**Pour les polices en vigueur là où la loi du Québec s'applique** – cochez **une** case :

Vous souhaitez que la propriété de la police revienne immédiatement à la succession du propriétaire décédé. **Il s'agit de l'option par défaut si vous ne cochez pas une case.**

Vous souhaitez que la portion de la police du propriétaire décédé revienne immédiatement au propriétaire qui est toujours vivant (ce qui signifie que chaque propriétaire 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.

### Choix d'un propriétaire subsidiaire

#### 3.4 Voulez-vous désigner un propriétaire subsidiaire (au Québec, un propriétaire subrogé)?

Dans l'affirmative – précisez ci-dessous  Non – **passez à la question 3.5**

##### Propriétaire subsidiaire

Prénom		Second prénom		Nom de famille	
Âge	Lien avec la première personne à assurer		Adresse de courriel (facultatif)		

**À noter :** À moins de directives contraires de votre part, le propriétaire subsidiaire désigné ci-dessus reprendra, s'il est toujours vivant, le droit de propriétaire de la police si le ou les propriétaires de la police décèdent et que la personne assurée est toujours vivante.

### Situation fiscale – répondez aux deux questions si vous demandez à souscrire une assurance Vie universelle ou une assurance-vie avec participation

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

<b>Premier propriétaire</b> <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – précisez ci-dessous <input type="checkbox"/> Non Numéro d'identification fiscale (NIF) américain : <input type="text"/>	<b>Propriétaire conjoint</b> <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – précisez ci-dessous <input type="checkbox"/> Non Numéro d'identification fiscale (NIF) américain : <input type="text"/>
--	---

#### 3.6 Êtes-vous un résident aux fins de l'impôt d'un pays ou d'une région autre que le Canada ou les États-Unis?

<b>Premier propriétaire</b> <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – précisez ci-dessous <input type="checkbox"/> Non Territoire(s) de résidence aux fins de l'impôt : <input type="text"/> Numéro d'identification fiscale (NIF) : <input type="text"/>	<b>Propriétaire conjoint</b> <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – précisez ci-dessous <input type="checkbox"/> Non Territoire(s) de résidence aux fins de l'impôt : <input type="text"/> Numéro d'identification fiscale (NIF) : <input type="text"/>
--	---



## 3

## Propriété de la police (suite)

Si le propriétaire est une société par actions, une société de personnes, une fiducie ou une autre entité

**3.7** Quel type d'entité sera propriétaire de cette police? Cochez **une** case :

Société par actions  Société de personnes  Fiducie  Association  Organisme à but non lucratif / de bienfaisance  Autre :



### Formulaire requis pour une entité

Si le propriétaire qui demande à souscrire une police d'assurance Vie universelle ou d'assurance-vie avec participation est une entité, veuillez remplir le formulaire *Classification fiscale internationale d'une entité* (formulaire F17-8945).

**3.8** Renseignements sur la société par actions, la société de personnes, la fiducie ou une autre entité

Dénomination sociale complète		
Numéro de constitution en société ou numéro d'enregistrement	Numéro d'entreprise fédéral	Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) ou numéro d'identification de l'employeur
Compétence régissant la constitution en société ou l'enregistrement		
Adresse postale (numéro et rue, ou case postale)		
Ville	Province	Code postal
Lieu physique de votre entité, si votre adresse postale est une case postale, une route rurale ou la poste restante		

# 4

## Bénéficiaires

Dans cette section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent les propriétaires de la police.

### Choix de vos bénéficiaires

- Dans la présente section, vous pouvez nommer des bénéficiaires en premier ordre pour recevoir les sommes payables au décès d'une personne assurée. Vous pouvez également désigner des bénéficiaires subsidiaires pour remplacer les bénéficiaires en premier ordre qui ne survivent pas à la personne assurée.
- Si vous le préférez, vous pouvez nous fournir des directives différentes de celles indiquées ici au sujet de vos bénéficiaires. Pour ce faire, veuillez utiliser une feuille de papier distincte. Assurez-vous que la date, le numéro de la proposition, le numéro de la question ainsi que le nom et la signature des propriétaires et des personnes à assurer figurent bien sur cette page.
- Plus vous nous donnerez de renseignements au sujet de vos bénéficiaires, plus il nous sera facile de les localiser au moment du règlement.
- Vous pouvez modifier vos désignations de bénéficiaires en tout temps, du vivant de l'assuré et dans la mesure permise par la loi. Si nous n'avons pas de bénéficiaires inscrits à votre dossier au moment de payer les sommes dues, nous vous verserons ces sommes, à vous ou à votre succession, ou les paierons comme la loi le prescrit.
- Si vous désignez un bénéficiaire à titre irrévocable, vous ne pouvez pas effectuer certaines modifications ou transactions à l'égard de votre police, comme retirer le bénéficiaire irrévocable, sans le consentement écrit de ce bénéficiaire ou une ordonnance de la cour.
- Sauf en ce qui concerne la désignation de son époux ou de son épouse à titre de bénéficiaire au Québec, toute désignation de bénéficiaire est révocable, à moins que vous n'indiquiez qu'elle est irrévocable.
- Là où **la loi du Québec s'applique**, si vous désignez votre époux ou votre épouse ou votre conjoint(e) uni(e) civilement à titre de bénéficiaire, la loi établit qu'une telle désignation est **irrévocable**, à moins que vous n'indiquiez dans la présente proposition qu'elle est révocable.
- Le livret **Ce que vous devez savoir au sujet de votre proposition d'assurance-vie** (imprimé F17-8942) contient d'importants renseignements sur les bénéficiaires et sur la façon dont nous leur versons les sommes qui leur sont dues. En utilisant la section 4 de la présente proposition, vous consentez à ces renseignements, y compris ceux décrivant comment les parts des bénéficiaires seront réaffectées si ceux-ci n'ont pas survécu à une personne assurée.

### Vos bénéficiaires en premier ordre

Les désignations de bénéficiaire que vous faites à la question 4.1 s'appliquent à toutes les protections d'assurance prévues aux termes de la police, sauf pour ce qui est de l'avenant AssurEnfant – Vie temporaire, et du paiement à même la valeur totale du compte aux termes d'une police d'assurance Vie universelle conjointe payable au dernier décès. Vous pouvez désigner des bénéficiaires pour ces deux cas précis aux questions 4.3 et 4.4, respectivement

#### 4.1 Désignation de vos bénéficiaires en premier ordre. Cochez **une** des trois options principales suivantes :

- Vous désignez les **bénéficiaires en premier ordre** indiqués ci-dessous
- Pour une **police conjointe payable au dernier décès** : Vous désignez la succession de la personne coassurée qui décède en dernier
- Pour une **police 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 époux est l'une des personnes assurées, la désignation est faite à titre irrévocable à moins que vous ne cochiez la case :  **Révocable**

#### Bénéficiaire en premier ordre n° 1

Nom (prénom, second prénom, nom de famille) ou dénomination sociale complète de l'entité		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	% à payer. <b>Laissez en blanc</b> si le paiement doit être fait en parts égales
Date de naissance (jour/mois/année) ou âge	Lien avec la première personne à assurer (au Québec, lien avec le propriétaire)		
Adresse de courriel (facultatif)			

#### Bénéficiaire en premier ordre n° 2

Nom (prénom, second prénom, nom de famille) ou dénomination sociale complète de l'entité		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	% à payer. <b>Laissez en blanc</b> si le paiement doit être fait en parts égales
Date de naissance (jour/mois/année) ou âge	Lien avec la première personne à assurer (au Québec, lien avec le propriétaire)		
Adresse de courriel (facultatif)			

#### Bénéficiaire en premier ordre n° 3

Nom (prénom, second prénom, nom de famille) ou dénomination sociale complète de l'entité		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	% à payer. <b>Laissez en blanc</b> si le paiement doit être fait en parts égales
Date de naissance (jour/mois/année) ou âge	Lien avec la première personne à assurer (au Québec, lien avec le propriétaire)		
Adresse de courriel (facultatif)			

**Total de 100 %**

## 4

## Bénéficiaires (suite)

## Vos bénéficiaires subsidiaires

**4.2 Désignation de vos bénéficiaires subsidiaires (au Québec, un ou des propriétaires subrogés).** Cochez **une** case :

<input type="checkbox"/> <b>Option 1</b> Les bénéficiaires subsidiaires désignés ci-dessous remplacent les bénéficiaires en premier ordre <b>seulement</b> si <b>AUCUN</b> des bénéficiaires en premier ordre ne survit à la personne assurée.		<input type="checkbox"/> <b>Option 2</b> Vous fournissez d'autres directives sur une page séparée – <b> passez à la question 4.3</b>	
Bénéficiaire subsidiaire n° 1			
Nom (prénom, second prénom, nom de famille) ou dénomination sociale complète de l'entité			% à payer. <b>Laissez en blanc</b> si le paiement doit être fait en parts égales
Date de naissance (jour/mois/année) ou âge	Lien avec la première personne à assurer (au Québec, lien avec le propriétaire)		
Adresse de courriel (facultatif)			
			%
Bénéficiaire subsidiaire n° 2			
Nom (prénom, second prénom, nom de famille) ou dénomination sociale complète de l'entité			% à payer. <b>Laissez en blanc</b> si le paiement doit être fait en parts égales
Date de naissance (jour/mois/année) ou âge	Lien avec la première personne à assurer (au Québec, lien avec le propriétaire)		
Adresse de courriel (facultatif)			
			%
Bénéficiaire subsidiaire n° 3			
Nom (prénom, second prénom, nom de famille) ou dénomination sociale complète de l'entité			% à payer. <b>Laissez en blanc</b> si le paiement doit être fait en parts égales
Date de naissance (jour/mois/année) ou âge	Lien avec la première personne à assurer (au Québec, lien avec le propriétaire)		
Adresse de courriel (facultatif)			
			%
			<b>Total de 100 %</b>

## Vos bénéficiaires pour l'avenant AssurEnfant – Vie temporaire

**4.3 Désignation de vos bénéficiaires**

Bénéficiaire en premier ordre n° 1			
Nom (prénom, second prénom, nom de famille) ou dénomination sociale complète de l'entité		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	% à payer. <b>Laissez en blanc</b> si le paiement doit être fait en parts égales
Date de naissance (jour/mois/année) ou âge	Lien avec l'enfant (au Québec, lien avec le propriétaire)		
Adresse de courriel (facultatif)			
			%
Bénéficiaire en premier ordre n° 2			
Nom (prénom, second prénom, nom de famille) ou dénomination sociale complète de l'entité		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	% à payer. <b>Laissez en blanc</b> si le paiement doit être fait en parts égales
Date de naissance (jour/mois/année) ou âge	Lien avec l'enfant (au Québec, lien avec le propriétaire)		
Adresse de courriel (facultatif)			
			%
			<b>Total de 100 %</b>



## Bénéficiaires (suite)

### Vos bénéficiaires pour la valeur totale du compte aux termes d'une police d'assurance Vie universelle conjointe payable au dernier décès

#### 4.4 Désignation de vos bénéficiaires. Cochez **une** case :

Vous désignez personne assurée survivante à titre de bénéficiaire

**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

Vous désignez :

- Comme bénéficiaires **en premier ordre**, les bénéficiaires désignés à la question 4.1, et
  - Comme **bénéficiaires subsidiaires** les bénéficiaires désignés (le cas échéant) à la question 4.2.
- Chaque bénéficiaire en premier ordre, révocable ou irrévocable, est désigné à l'égard du pourcentage indiqué pour ce bénéficiaire à la question 4.1. Chaque bénéficiaire subsidiaire, révocable ou irrévocable, est désigné à l'égard du pourcentage indiqué pour ce bénéficiaire à la question 4.2.

### Si vous avez désigné un mineur à titre de bénéficiaire

#### 4.5 Pour les bénéficiaires mineurs

Si un bénéficiaire est mineur au moment du versement de la prestation de décès, il est recommandé qu'un fiduciaire reçoive le versement en fiducie pour le compte du bénéficiaire mineur. Vous pouvez utiliser l'espace ci-dessous pour nommer un fiduciaire pour tous les bénéficiaires mineurs que vous avez désignés, sous réserve des modalités fiduciaires énoncées ci-dessous. Si vous avez désigné plus d'un bénéficiaire mineur et souhaitez nommer des fiduciaires distincts, veuillez fournir des directives sur une page séparée, que vous joindrez à la présente proposition.

**À noter :** Veuillez ne pas remplir cette section pour nommer un fiduciaire :

- 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 (à moins que vous n'ayez reçu des conseils juridiques), ou
- Si votre police est régie par les lois du **Québec** (dans ce cas, le paiement sera versé au tuteur d'un bénéficiaire mineur, ou à la fiducie établie séparément de la présente proposition).

Souhaitez-vous nommer un fiduciaire pour les bénéficiaires mineurs? Cochez **une** case :  Dans l'affirmative – précisez ci-dessous  Non – **passez à la section 5**

#### Nom du fiduciaire

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

#### Modalités fiduciaires

Le fiduciaire que vous nommez ci-dessus recevra en fiducie, pour le compte d'un bénéficiaire mineur, toute somme due au décès d'une personne assurée et payable à ce bénéficiaire. Le fiduciaire pourra investir prudemment les fonds détenus en fiducie et affecter ces fonds 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 le bénéficiaire recevra du fiduciaire le reste des actifs détenus en fiducie.

Si plus d'un bénéficiaire mineur devient admissible aux sommes dues au décès d'une personne assurée, une fiducie distincte, sous réserve des modalités ci-dessus, se rapporte à chaque bénéficiaire.



## Si vous demandez à souscrire la garantie d'exonération des primes ou la garantie de paiement d'office

Dans cette section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent la personne à assurer au titre de la garantie d'exonération des primes ou de la garantie de paiement d'office.

- 5.1 La prime annuelle à payer pour la police dépasse-t-elle 1 500 \$?  Oui  Non
- 5.2 Êtes-vous actuellement atteint d'une invalidité, d'une maladie ou de problèmes de santé?  Oui  Non
- 5.3 Êtes-vous actuellement atteint (ou avez-vous déjà été atteint) d'une maladie du cœur, d'un accident vasculaire cérébral, d'un cancer ou du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), ou avez-vous déjà obtenu des résultats positifs indiquant une exposition au VIH, le virus du SIDA?  Oui  Non
- 5.4 Êtes-vous actuellement absent de votre travail habituel (ou vous êtes-vous absenté de votre travail habituel au cours des 12 derniers mois) pendant plus de 15 jours consécutifs pour des raisons de santé?  Oui  Non

Si vous avez répondu **oui à l'une** des questions précitées (5.1 à 5.4), vous devez remplir soit :

- les sections *Questions sur le style de vie* et *Questions d'ordre médical* de la présente proposition (dans le cas d'une police sur une tête, utilisez l'espace prévu pour la personne coassurée), ou
- les sections 1, 2 et 5 du *Supplément à la proposition – Justification d'assurabilité pour fins de tarification individuelle (formulaire F17-8911)* que vous joindrez à la présente proposition.



## Si vous demandez à souscrire une assurance-vie pour enfant d'une somme de 250 000 \$ ou moins

Dans cette section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent le père, la mère ou le tuteur des enfants à assurer. Ceux-ci doivent être âgés de 17 ans ou moins et d'au moins 15 jours.

### Directives à l'intention du conseiller

- Pour un enfant à assurer aux termes de la **police de base si le capital assuré est de 250 000 \$ ou moins**, veuillez remplir cette section, puis passez à la section 10 (si une assurance Vie universelle est demandée); autrement, passez à la section 11.
- Pour les enfants à assurer aux termes d'un **avenant AssurEnfant – Vie temporaire**, remplissez cette section.
- Pour un enfant à assurer aux termes de la **police de base si le capital assuré dépasse 250 000 \$**, passez à la section 7. Ne remplissez pas la section 6.

## Précisions sur les fournisseurs de soins de santé

### 6.1 Précisions sur les fournisseurs de soins de santé des enfants à assurer

#### Enfant 1

Nom de l'enfant à assurer (prénom, second prénom, nom de famille)			
Nom du fournisseur de soins de santé habituel ou de la clinique fréquentée habituellement			
Type de fournisseur de soins de santé <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		Adresse (numéro et rue)	
Ville		Province	Numéro de téléphone

#### Enfant 2

Nom de l'enfant à assurer (prénom, second prénom, nom de famille)			
Nom du fournisseur de soins de santé habituel ou de la clinique fréquentée habituellement <input type="checkbox"/> Comme pour l'enfant 1 – <b>passez à la question 6.2</b> <input type="checkbox"/> Comme désigné ci-dessous :			
Type de fournisseur de soins de santé <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		Adresse (numéro et rue)	
Ville		Province	Numéro de téléphone

#### Enfant 3

Nom de l'enfant à assurer (prénom, second prénom, nom de famille)			
Nom du fournisseur de soins de santé habituel ou de la clinique fréquentée habituellement <input type="checkbox"/> Comme pour l'enfant 1 – <b>passez à la question 6.2</b> <input type="checkbox"/> Comme désigné ci-dessous :			
Type de fournisseur de soins de santé <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		Adresse (numéro et rue)	
Ville		Province	Numéro de téléphone

#### Enfant 4

Nom de l'enfant à assurer (prénom, second prénom, nom de famille)			
Nom du fournisseur de soins de santé habituel ou de la clinique fréquentée habituellement <input type="checkbox"/> Comme pour l'enfant 1 – <b>passez à la question 6.2</b> <input type="checkbox"/> Comme désigné ci-dessous :			
Type de fournisseur de soins de santé <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		Adresse (numéro et rue)	
Ville		Province	Numéro de téléphone

## 6

## Si vous demandez à souscrire une assurance-vie pour enfant d'une somme de 250 000 \$ ou moins (suite)

### Loi sur la non-discrimination génétique

Vous ne devriez rien nous dire au sujet de tout test génétique (c'est-à-dire toute analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes) que l'enfant pourrait avoir subi. Vous devrez toute fois nous indiquer si l'enfant suit un traitement pour un trouble d'origine génétique ou s'il présente des symptômes liés à ce trouble. Nous vous demanderons également de nous donner des renseignements complets sur les antécédents familiaux de l'enfant, notamment tout trouble d'origine génétique.

### Questions d'ordre médical

Remplissez cette section pour **un enfant** à assurer aux termes de la police de base, ou pour ceux qui sont couverts aux termes d'un **avenant AssurEnfant – Vie temporaire**. Si vous avez répondu **oui** pour **tout** enfant à assurer, vous devez fournir des précisions à la question 6.5 *Précisions sur la santé de l'enfant*.

#### 6.2 Un enfant à assurer aux termes de la police a-t-il actuellement (ou a-t-il déjà eu) une des affections suivantes :

- |   |  |   |   |   |
|---|--|---|---|---|
| • Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), ou des résultats positifs à l'exposition au VIH, le virus du SIDA | • Trouble cardiaque et de la circulation<br>• Asthme<br>• Cancer | • Paralyse cérébrale<br>• Fibrose kystique<br>• Diabète | • Épilepsie<br>• Souffle cardiaque<br>• Crise épileptique | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|--|---|---|---|

#### 6.3 Un enfant à assurer aux termes de la police est-il né avec toute autre affection médicale non indiquée à la question 6.2 ci-dessus?

 Oui  Non

#### 6.4 Au cours des 12 derniers mois, un enfant à assurer aux termes de la police a-t-il été malade pendant plus de 10 jours consécutifs ou été hospitalisé pendant plus de 7 jours au total?

 Oui  Non

#### 6.5 Précisions sur la santé de l'enfant

Si vous avez répondu oui à **l'une ou l'autre** des questions d'ordre médical précitées (6.2 à 6.4), vous devez remplir le tableau ci-dessous.

Nom de l'enfant à assurer	Question à laquelle la réponse est <b>oui</b>	Indiquez : 1. Affection ou symptôme 2. Le moment où le symptôme est apparu pour la première fois 3. Les examens, les résultats et le traitement prescrit	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé
			<input type="checkbox"/> Comme en 6.1 <input type="checkbox"/> Comme indiqué ci-dessous :
			<input type="checkbox"/> Comme en 6.1 <input type="checkbox"/> Comme indiqué ci-dessous :
			<input type="checkbox"/> Comme en 6.1 <input type="checkbox"/> Comme indiqué ci-dessous :
			<input type="checkbox"/> Comme en 6.1 <input type="checkbox"/> Comme indiqué ci-dessous :

## 6

## Si vous demandez à souscrire une assurance-vie pour enfant d'une somme de 250 000 \$ ou moins (suite)

### Questions d'ordre médical (suite)

**6.6 Un enfant à assurer aux termes de la police a-t-il (ou a-t-il déjà eu) un membre de sa famille immédiate biologique (père, mère, frères ou sœurs) ayant reçu un diagnostic relativement à l'une des affections suivantes :**

- Cancer
- Fibrose kystique
- Diabète
- Maladie du cœur
- Chorée de Huntington
- Dystrophie musculaire
- Maladie de Parkinson
- Maladie polykystique des reins
- Accident vasculaire cérébral
- Ou toute autre maladie ou tout autre trouble héréditaire?

- Oui – donnez des précisions à la question 6.7
- Non – **passez à la question 6.8**

**6.7 Précisions sur les antécédents de la famille biologique de l'enfant**

Si vous avez répondu oui à la question 6.6, veuillez donner des précisions ci-dessous.

Nom de l'enfant à assurer	Personne ayant l'affection (Cochez <b>une</b> case) :	Description de l'affection	Âge au diagnostic	Âge actuel, si elle est vivante	Si elle n'est pas vivante, âge et cause du décès
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				

### But de l'assurance

**6.8 Pourquoi demandez-vous à souscrire cette assurance-vie pour enfant? Cochez toutes les cases qui s'appliquent :**

- Programme financier global     Préservation de l'assurabilité des enfants     Protection familiale     Autre – précisez :

### Assurance en vigueur sur la tête d'un enfant à assurer à titre de première personne assurée

#### Directives à l'intention du conseiller

Répondez à la question 6.9 seulement si un enfant doit être couvert à titre de **première personne assurée** aux termes de la police. **N'y répondez pas** s'il s'agit d'un enfant à assurer aux termes d'un avenant AssurEnfant – Vie temporaire.

**6.9 L'enfant à assurer est-il couvert par une assurance-vie en vigueur, ou une proposition d'assurance est-elle en attente d'approbation à son égard?**

<input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – précisez ci-dessous <input type="checkbox"/> Non
Compagnie d'assurance
Statut de l'assurance
<input type="checkbox"/> En vigueur depuis (année) : _____
<input type="checkbox"/> En attente d'approbation
Montant d'assurance : _____ \$





## Questions sur le style de vie

Dans cette section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent les personnes à assurer. Dans le cas des enfants à assurer pour une somme de plus de 250 000 \$, le père, la mère ou le tuteur doit répondre aux questions.

### Question sur les voyages

#### 7.1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé ou habité à l'extérieur du Canada pendant plus de six mois?

Première personne à assurer  Oui – remplissez la section ci-dessous  Non – **prenez la question 7.2**  
 Personne coassurée  Oui – remplissez la section ci-dessous  Non – **prenez la question 7.2**

Personne à assurer	Ville et pays visités (indiquez-les tous)	Temps total passé à cet endroit

#### 7.2 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé ou habité à l'extérieur du Canada, des États-Unis, des Caraïbes, du Royaume-Uni ou des pays de l'Union européenne pendant toute période?

**À noter :** Même si Haïti fait partie des Caraïbes, si vous avez séjourné dans ce pays, vous devez le déclarer ci-dessous.

Première personne à assurer  Oui – remplissez la section ci-dessous  Non – **prenez la question 7.3**  
 Personne coassurée  Oui – remplissez la section ci-dessous  Non – **prenez la question 7.3**

Personne à assurer	Ville et pays visités ou dans lesquels vous avez habité	Combien de fois avez-vous visité cette destination?	Temps total passé à cet endroit



## Questions sur le style de vie (suite)

### 7.3 Au cours des 12 prochains mois, prévoyez-vous voyager ou habiter à l'extérieur du Canada pendant plus de six mois?

Première personne à assurer  Oui – remplissez la section ci-dessous  Non – **passez à la question 7.4**

Personne coassurée  Oui – remplissez la section ci-dessous  Non – **passez à la question 7.4**

Personne à assurer	Ville et pays que vous prévoyez visiter	Temps total que vous prévoyez passer à cet endroit

### 7.4 Au cours des 12 prochains mois, prévoyez-vous voyager ou habiter à l'extérieur du Canada, des États-Unis, des Caraïbes, du Royaume-Uni ou des pays de l'Union européenne pendant toute période?

**À noter :** Même si Haïti fait partie des Caraïbes, si vous prévoyez séjourner dans ce pays, vous devez le déclarer ci-dessous.

Première personne à assurer  Oui – remplissez la section ci-dessous  Non – **passez à la question 7.5**

Personne coassurée  Oui – remplissez la section ci-dessous  Non – **passez à la question 7.5**

Personne à assurer	Ville et pays que vous prévoyez visiter ou dans lesquels vous prévoyez habiter	Combien de fois prévoyez-vous visiter cette destination?	Temps total que vous prévoyez passer à cet endroit



#### Le formulaire relatif aux voyages à l'étranger peut être requis

Si vous avez répondu oui aux questions 7.1, 7.2, 7.3 ou 7.4, nous pouvons vous demander une entrevue téléphonique pour obtenir des renseignements supplémentaires, ou il pourrait vous être demandé de remplir le *Questionnaire relatif au voyage / à la résidence à l'étranger (formulaire F0443A)*.



## Questions sur le style de vie (suite)

### Questions sur le statut de fumeur/non-fumeur (pour les personnes âgées de 15 ans et plus)

#### 7.5 Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait usage de tabac ou de tout produit à base de nicotine?

Produit (cochez tous ceux qui s'appliquent)	Quantité et fréquence	Date de la dernière utilisation (mois/année)
Première personne à assurer <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – précisez ci-dessous <input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Cigarettes / cigarettes électroniques	Quantité <input type="text"/> tous les : <input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ans	
<input type="checkbox"/> Cigarillo	Quantité <input type="text"/> tous les : <input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ans	
<input type="checkbox"/> Pipe	Quantité <input type="text"/> tous les : <input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ans	
<input type="checkbox"/> Cigares	Quantité <input type="text"/> tous les : <input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ans	
<input type="checkbox"/> Timbre ou gomme à la nicotine	Quantité <input type="text"/> tous les : <input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ans	
<input type="checkbox"/> Autre (p. ex. tabac à chiquer ou à priser, narguilé, vapoteur, noix d'arec, etc.) :	Quantité <input type="text"/> tous les : <input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ans	
Personne coassurée <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – précisez ci-dessous <input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> Cigarettes / cigarettes électroniques	Quantité <input type="text"/> tous les : <input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ans	
<input type="checkbox"/> Cigarillo	Quantité <input type="text"/> tous les : <input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ans	
<input type="checkbox"/> Pipe	Quantité <input type="text"/> tous les : <input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ans	
<input type="checkbox"/> Cigares	Quantité <input type="text"/> tous les : <input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ans	
<input type="checkbox"/> Timbre ou gomme à la nicotine	Quantité <input type="text"/> tous les : <input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ans	
<input type="checkbox"/> Autre (p. ex. tabac à chiquer ou à priser, narguilé, vapoteur, noix d'arec, etc.) :	Quantité <input type="text"/> tous les : <input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ans	

### Questions sur l'alcool et les drogues (pour les personnes âgées de 15 ans et plus)

#### 7.6 Consommez-vous de l'alcool?

(Exemples de portions : une bouteille de bière, un verre de vin ou une once de spiritueux)

Première personne à assurer <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – <b>remplissez la colonne de droite</b> <input type="checkbox"/> Non	Combien de consommations par semaine prenez-vous au total (vin, bière, spiritueux)?
Personne coassurée <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – <b>remplissez la colonne de droite</b> <input type="checkbox"/> Non	Combien de consommations par semaine prenez-vous au total (vin, bière, spiritueux)?

#### 7.7 Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait usage de marijuana ou de haschich?

	Quantité et fréquence (mois/année)	Date de votre dernière consommation
Première personne à assurer <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – <b>veuillez préciser à droite</b> <input type="checkbox"/> Non	Quantité <input type="text"/> tous les : <input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ans	
Personne coassurée <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – <b>veuillez préciser à droite</b> <input type="checkbox"/> Non	Quantité <input type="text"/> tous les : <input type="checkbox"/> jours <input type="checkbox"/> semaines <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ans	

#### 7.8 Avez-vous déjà consulté ou été traité pour alcoolisme ou toxicomanie ou assisté à des rencontres pour alcooliques ou toxicomanie?

Première personne à assurer <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Personne coassurée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

#### 7.9 Un professionnel de la santé ou d'un autre domaine vous a-t-il déjà conseillé de consulter ou de suivre un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie ou de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues?

Première personne à assurer <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Personne coassurée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

## Questions sur le style de vie (suite)

### Questions sur l'alcool et les drogues (pour les personnes âgées de 15 ans et plus) (suite)

**7.10** Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait usage de médicaments sans ordonnance ou de narcotiques qui ne vous aient pas été prescrits (par exemple de la cocaïne, du LSD, des stéroïdes anabolisants ou des amphétamines)?

Première personne à assurer <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Personne coassurée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---



#### Des formulaires sur les drogues ou l'alcool peuvent être requis

Si vous avez répondu oui à la question 7.8, 7.9 ou 7.10, nous pouvons vous demander une entrevue téléphonique pour obtenir des renseignements supplémentaires, ou il pourrait vous être demandé de remplir le *Questionnaire sur la consommation d'alcool (formulaire F0430B)* ou le *Questionnaire relatif à l'usage de drogues (formulaire F0426A)*.

### Questions sur le dossier de conduite automobile (pour les personnes âgées de 16 ans et plus)

**7.11** Au cours des 10 dernières années, avez-vous été accusé ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies ou de refus de fournir un échantillon d'haleine?

Première personne à assurer <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – remplissez la colonne de droite <input type="checkbox"/> Non	Précisions et dates (jour/mois/année)
Personne coassurée <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – remplissez la colonne de droite <input type="checkbox"/> Non	Précisions et dates (jour/mois/année)

**7.12** Mis à part ce qui a été noté à la question 7.11 ci-dessus, au cours des 3 dernières années avez-vous été reconnu coupable ou accusé d'infractions au Code de la route (p. ex., contraventions pour excès de vitesse), ou votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou retiré?

Première personne à assurer <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – remplissez la colonne de droite <input type="checkbox"/> Non	Précisions et dates (jour/mois/année)
Personne coassurée <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – remplissez la colonne de droite <input type="checkbox"/> Non	Précisions et dates (jour/mois/année)

#### 7.13 Renseignements sur le permis de conduire

Veuillez remplir pour toutes les réponses affirmatives aux questions 7.11 et 7.12 ou si un *formulaire d'autorisation de rapport du bureau des véhicules automobiles* est requis.

Personne à assurer	Votre numéro de permis de conduire	Province ayant délivré votre permis	Date de délivrance de votre permis (jour/mois/année)
Première personne à assurer			
Personne coassurée			



#### Formulaire sur le dossier de conduite requis

Vous devez remplir le *formulaire d'autorisation de rapport du bureau des véhicules automobiles* nous donnant la permission d'obtenir votre dossier de conduite automobile et le joindre à la présente proposition :

- Si vous avez répondu par l'affirmative à la question 7.11 ou 7.12 **ET** êtes titulaire d'un permis de conduire délivré par la Colombie-Britannique, le Manitoba, le Québec, les Territoires-du-Nord-Ouest ou le Yukon **OU**
- Si le montant d'assurance-vie demandé correspond à **10 millions de dollars et plus (2 millions de dollars et plus si vous êtes âgé de 70 ans ou plus)**.



## Questions sur le style de vie (suite)

### Questions sur le casier judiciaire (pour les personnes âgées de 18 ans et plus)

#### 7.14 Au cours des 10 dernières années avez-vous été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle au Canada ou à l'étranger, ou y a-t-il des accusations criminelles en instance contre vous?

Première personne à assurer <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – précisez ci-dessous <input type="checkbox"/> Non	
Date de l'infraction (mois/année)	Description
Quelle a été la peine imposée? <input type="checkbox"/> Probation <input type="checkbox"/> Peine d'emprisonnement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	Dates auxquelles vous avez purgé votre peine : Début (mois/année) Fin (mois/année)
Personne coassurée <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – précisez ci-dessous <input type="checkbox"/> Non	
Date de l'infraction (mois/année)	Description
Quelle a été la peine imposée? <input type="checkbox"/> Probation <input type="checkbox"/> Peine d'emprisonnement <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :	Dates auxquelles vous avez purgé votre peine : Début (mois/année) Fin (mois/année)

### Questions sur les activités à risque élevé (pour les personnes âgées de 15 ans et plus)

#### 7.15 Au cours des 5 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?

Première personne à assurer <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Personne coassurée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---



#### Formulaire sur l'aviation requis

Si vous avez répondu oui à la question 7.15, nous pouvons vous demander une entrevue téléphonique pour obtenir des renseignements supplémentaires, ou vous pouvez remplir le *Questionnaire relatif à l'aviation (formulaire F17-8321)* que vous joindrez à la présente proposition.

#### 7.16 Au cours des 2 dernières années, vous êtes-vous livré à une activité dangereuse, ou projetez-vous de le faire? Ces activités comprennent, sans s'y limiter, la course de véhicules moteurs, la plongée en scaphandre autonome, le deltaplane, le saut en parachute, le saut à l'élastique, le vol en montgolfière, l'escalade, l'hélicoptère, le catski et le ski ou la motoneige nordique ou hors-piste.

Première personne à assurer <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – indiquez de quelles activités dangereuses il s'agit : <input type="checkbox"/> Non
Personne coassurée <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – indiquez de quelles activités dangereuses il s'agit : <input type="checkbox"/> Non



#### Formulaire sur les activités dangereuses requis

Si vous avez répondu oui à la question 7.16, nous pouvons vous demander une entrevue téléphonique pour obtenir des renseignements supplémentaires, ou vous pouvez remplir le *Questionnaire sur les sports et les loisirs dangereux (formulaire F17-8322)* que vous joindrez à la présente proposition.



## Questions d'ordre médical

Dans cette section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent les personnes à assurer. Dans le cas des enfants à assurer pour une somme de plus de 250 000 \$, le père, la mère ou le tuteur doit répondre aux questions.

### Loi sur la non-discrimination génétique

Vous ne devriez rien nous dire au sujet de tout test génétique (c'est-à-dire toute analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes) que vous pourriez avoir subi. Vous devrez toute fois nous indiquer si vous suivez un traitement pour un trouble d'origine génétique ou si vous présentez des symptômes liés à ce trouble. Nous vous demanderons également de nous donner des renseignements complets sur vos antécédents familiaux, notamment tout trouble d'origine génétique.

## Renseignements sur les fournisseurs de soins de santé

### 8.1 Précisions sur le fournisseur de soins de santé de la première personne à assurer et de la personne coassurée

#### Première personne à assurer

Nom complet du fournisseur de soins de santé habituel ou de la clinique fréquentée habituellement			
Type de fournisseur de soins de santé <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		Adresse (numéro et rue)	
Ville	Province	Numéro de téléphone	

#### Personne coassurée

Nom complet du fournisseur de soins de santé habituel ou de la clinique fréquentée habituellement			
Type de fournisseur de soins de santé <input type="checkbox"/> Médecin <input type="checkbox"/> Autre (précisez) :		Adresse (numéro et rue)	
Ville	Province	Numéro de téléphone	

### 8.2 Veuillez nous fournir des précisions sur votre dernière consultation chez un fournisseur de soins de santé

Personne à assurer	À quand remonte votre dernière consultation?	Précisez la raison de la consultation	Indiquez les examens, les résultats et le traitement prescrit
Première personne à assurer			
Personne coassurée			

### Directives à l'intention du conseiller

**Un examen médical ou paramédical complet est-il demandé en raison de l'âge et du montant d'assurance?** Cochez **toutes** les cases qui s'appliquent :

- |                             |  |   |
|-----------------------------|--|---|
| Première personne à assurer | <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – <b>passez à la section 9</b> | <input type="checkbox"/> Non – <b>remplissez le reste de la section 8</b> |
| Personne coassurée          | <input type="checkbox"/> Dans l'affirmative – <b>passez à la section 9</b> | <input type="checkbox"/> Non – <b>remplissez le reste de la section 8</b> |



## Questions d'ordre médical (suite)

### 8.3 Taille et poids

#### Première personne à assurer

Taille :	<input type="text"/> pieds	<input type="text"/> pouces, ou	<input type="text"/> centimètres	Poids :	<input type="text"/> livres, ou	<input type="text"/> kilogrammes
Au cours des <b>12 derniers mois</b> , avez-vous perdu plus de 10 livres (4,5 kilos) ou, dans le cas d'un enfant à assurer, plus de 5 livres (2,3 kilos)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Dans l'affirmative, combien avez-vous perdu et pourquoi? <input type="text"/>						

#### Personne coassurée

Taille :	<input type="text"/> pieds	<input type="text"/> pouces, ou	<input type="text"/> centimètres	Poids :	<input type="text"/> livres, ou	<input type="text"/> kilogrammes
Au cours des <b>12 derniers mois</b> , avez-vous perdu plus de 10 livres (4,5 kilos) ou, dans le cas d'un enfant à assurer, plus de 5 livres (2,3 kilos)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Dans l'affirmative, combien avez-vous perdu et pourquoi? <input type="text"/>						

## Vos antécédents médicaux familiaux

### 8.4 Est-ce qu'un membre de votre famille biologique (père, mère, frères ou sœurs) a eu une maladie du cœur, un cancer ou un accident vasculaire cérébral avant l'âge de 65 ans?

Pour toute réponse affirmative, veuillez répondre à la question 8.6  
*Précisions sur les antécédents médicaux de votre famille biologique.*

Première personne à assurer	Personne coassurée
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### 8.5 Un membre de votre famille biologique (père, mère, frères ou sœurs) âgé de moins de 70 ans a-t-il reçu un diagnostic relativement à l'une des affections suivantes?

Pour toute réponse affirmative, veuillez répondre à la question 8.6 *Précisions sur les antécédents médicaux de votre famille biologique.*

	Première personne à assurer	Personne coassurée
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Maladie d'Alzheimer</li> <li>• Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig)</li> <li>• Maladie du rein chronique</li> <li>• Démence</li> <li>• Diabète</li> <li>• Chorée de Huntington</li> <li>• Maladie du motoneurone</li> <li>• Sclérose en plaques</li> <li>• Maladie de Parkinson</li> <li>• Maladie polykystique des reins</li> <li>• Toute autre maladie ou tout autre trouble héréditaire?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### 8.6 Précisions sur les antécédents médicaux de votre famille biologique

Veuillez remplir pour toutes les réponses affirmatives aux questions 8.4 et 8.5.

Personne à assurer	Personne ayant l'affection (Cochez <b>une</b> case) :	Description de l'affection	Âge au diagnostic	Âge actuel si elle est vivante	Si elle n'est pas vivante, âge au décès et cause
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				
	<input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Frère <input type="checkbox"/> Sœur				



## Questions d'ordre médical (suite)

### Vos antécédents médicaux

**8.7** Veuillez répondre aux questions suivantes. Pour toute réponse affirmative, veuillez répondre aussi à la question 8.11  
*Précisions sur vos antécédents médicaux*

Avez-vous déjà subi des examens ou été soigné pour l'une des affections ou l'un des troubles de santé ci-dessous, ou avez-vous déjà présenté (ou présentez-vous) des symptômes de l'une de ces affections ou de l'un de ces troubles :	Première personne à assurer	Personne coassurée
<b>a) Cœur :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypertension artérielle</li> <li>• Pontage ou angioplastie</li> <li>• ECG anormal</li> <li>• Stimulateur cardiaque</li> <li>• Douleurs thoraciques</li> <li>• Essoufflements</li> <li>• Angine</li> <li>• Pouls irrégulier / palpitations</li> <li>• Crise cardiaque</li> <li>• Souffle cardiaque</li> <li>• Toute autre affection ou tout autre trouble du cœur</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>b) Vaisseaux sanguins :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anévrisme</li> <li>• Artériosclérose</li> <li>• Accident vasculaire cérébral</li> <li>• Caillot sanguin</li> <li>• Maladie vasculaire périphérique</li> <li>• Accident ischémique transitoire (AIT)</li> <li>• Problèmes circulatoires</li> <li>• Toute autre affection ou tout autre trouble des vaisseaux sanguins</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>c) Glandes, sang ou système endocrinien :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabète</li> <li>• Diabète gestationnel</li> <li>• Anémie</li> <li>• Trouble de la thyroïde, des glandes surrénales ou de l'hypophyse</li> <li>• Taux élevé de cholestérol ou de triglycérides</li> <li>• Glycémie anormale</li> <li>• Toute autre affection ou tout autre trouble des glandes, du sang ou du système endocrinien</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>d) Corps :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cancer</li> <li>• Kyste</li> <li>• Polype</li> <li>• Tumeur</li> <li>• Excroissance, lésion ou grosseur de quelque type que ce soit</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>e) Peau :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Psoriasis</li> <li>• Syndrome du nævus dysplasique</li> <li>• Lésions ou ulcères cutanés</li> <li>• Naevus anormaux</li> <li>• Toute autre affection ou tout autre trouble de la peau</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>f) Cerveau ou système nerveux :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Épilepsie</li> <li>• Perte de la parole</li> <li>• Tremblements</li> <li>• Engourdissements ou picotements</li> <li>• Perte de sensation</li> <li>• Perte d'équilibre</li> <li>• Maladie d'Alzheimer</li> <li>• Migraines</li> <li>• Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig)</li> <li>• Maladie du motoneurone</li> <li>• Pertes de mémoire ou troubles de la mémoire</li> <li>• Convulsions</li> <li>• Maladie de Parkinson</li> <li>• Paralyse</li> <li>• Faiblesse des extrémités</li> <li>• Crises épileptiques</li> <li>• Maux de tête</li> <li>• Étourdissements ou évanouissements</li> <li>• Sclérose en plaques</li> <li>• Névrite</li> <li>• Toute autre affection ou tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>g) Poumons ou système respiratoire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Asthme</li> <li>• Toux persistante ou pleurésie</li> <li>• Bronchite chronique</li> <li>• Tuberculose</li> <li>• Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)</li> <li>• Sarcoidose</li> <li>• Apnée du sommeil ou autre trouble du sommeil</li> <li>• Emphysème</li> <li>• Toute autre affection ou tout autre trouble des poumons ou du système respiratoire</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>h) Tractus gastrointestinal ou tube digestif :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Colite ulcéreuse</li> <li>• Indigestion récidivante</li> <li>• Saignements du rectum</li> <li>• Ulcères</li> <li>• Maladie de Crohn</li> <li>• Toute autre affection ou tout autre trouble de la bouche, de la gorge ou de l'œsophage</li> <li>• Toute autre affection ou tout autre trouble de l'estomac, des intestins ou du rectum</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>i) Santé mentale :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anxiété</li> <li>• TDA / TDAH</li> <li>• Trouble du spectre de l'autisme</li> <li>• Dépression</li> <li>• Tentative de suicide</li> <li>• Trouble bipolaire</li> <li>• Schizophrénie</li> <li>• Autre trouble psychologique, comportemental, alimentaire ou émotionnel</li> <li>• Déficience développementale/ déficience intellectuelle</li> <li>• Toute autre affection ou tout autre trouble psychiatrique</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non





## Questions d'ordre médical (suite)

### Vos antécédents médicaux (suite)

#### 8.7 Veuillez répondre aux questions suivantes. Pour toute réponse affirmative, veuillez répondre aussi à la question 8.11 *Précisions sur vos antécédents médicaux (suite)*

Avez-vous déjà subi des examens ou été soigné pour l'une des affections ou l'un des troubles de santé ci-dessous, ou avez-vous déjà présenté (ou présentez-vous) des symptômes de l'une de ces affections ou de l'un de ces troubles :	Première personne à assurer	Personne coassurée
<b>j) Système immunitaire :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou résultats d'examen indiquant une exposition au VIH, le virus du sida</li> <li>Lupus</li> <li>Sclérodermie</li> <li>Toute autre affection ou tout autre trouble du système immunitaire</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>k) Oreilles, yeux, nez ou gorge :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cécité</li> <li>Surdité</li> <li>Névrite optique ou tout autre trouble visuel</li> <li>Toute autre affection ou tout autre trouble des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>l) Pancréas, vésicule biliaire ou foie :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cirrhose</li> <li>Pancréatite</li> <li>Hépatite ou porteur de l'hépatite</li> <li>Jaunisse</li> <li>Toute autre affection ou tout autre trouble du pancréas, de la vésicule biliaire ou du foie</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>m) Reins, vessie, seins ou organes reproducteurs :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sang ou protéine dans l'urine</li> <li>Néphrite</li> <li>Test PAP ou mammographie anormaux</li> <li>Masse au sein</li> <li>Calculs rénaux</li> <li>Maladie vénérienne ou autre infection transmissible sexuellement</li> <li>Niveau élevé d'antigène prostatique spécifique (APS)</li> <li>Toute autre affection ou tout autre trouble des reins, de la vessie, de la prostate, du sein ou du système reproducteur</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>n) Colonne vertébrale, dos, cou, muscles ou os, y compris les troubles ou blessures des tissus mous :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fatigue chronique</li> <li>Ost�oartrite</li> <li>Douleur chronique</li> <li>Microtraumatismes répétés</li> <li>Fibromyalgie</li> <li>Polyarthrite rhumatoïde</li> <li>Affections invalidantes ou causant une limitation des mouvements, ou exigeant l'utilisation de matériel adapté</li> <li>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</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

#### 8.8 Veuillez répondre aux questions suivantes. Pour toute réponse affirmative, veuillez répondre à la question 8.11 *Précisions sur vos antécédents médicaux*, à moins que vous n'avez déjà fourni ces précisions ailleurs dans la présente proposition

	Première personne à assurer	Personne coassurée
a) Au cours des <b>3 derniers mois</b> , avez-vous subi des examens médicaux ou tests diagnostiques (autres que des tests génétiques) dont vous n'avez pas encore reçu les résultats?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Est-il actuellement prévu que vous subissiez un test ou une intervention ou vous a-t-on déjà recommandé de subir un test (autres que des tests génétiques) ou une intervention qui n'ont pas encore été effectués?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Sauf pour un bilan de santé annuel, une visite de suivi est-elle actuellement prévue ou vous a-t-on recommandé de revenir pour une visite de suivi?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) Avez-vous connaissance de symptômes ou de troubles de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un fournisseur de soins de santé ou reçu de traitement?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

#### 8.9 Veuillez répondre aux questions suivantes. Pour toute réponse affirmative, veuillez répondre à la question 8.11 *Précisions sur vos antécédents médicaux*, à moins que vous n'avez déjà fourni ces précisions ailleurs dans la présente proposition

Au cours des <b>5 dernières années</b>	Première personne à assurer	Personne coassurée
a) Avez-vous été vu en consultation par de multiples fournisseurs de soins de santé, par exemple un médecin, un chiropraticien, un psychologue ou un thérapeute?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Avez-vous eu une maladie, une intervention chirurgicale, une blessure ou une affection non déjà mentionnés dans la présente proposition?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Avez-vous subi des examens à des fins de diagnostic (autres que des tests génétiques) autrement que dans le cadre d'un examen de routine et qui ne sont pas mentionnés ailleurs dans la présente proposition, <b>par exemple</b> une électrocardiographie, une mammographie, une radiographie ou une analyse de sang?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) Avez-vous été admis dans un hôpital, une clinique ou tout autre établissement de soins?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e) Vous êtes-vous absent� du travail ou de l'�cole pendant plus de <b>15 jours consécutifs</b> pour des raisons de santé ou par suite d'une blessure?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



## Questions d'ordre médical (suite)

### Vos antécédents médicaux (suite)

**8.10** Veuillez répondre aux questions suivantes si vous êtes âgé de **70 ans ou plus**. Pour toute réponse affirmative, veuillez répondre à la question 8.11 *Précisions sur vos antécédents médicaux*, à moins que vous n'ayez déjà fourni ces précisions ailleurs dans la présente proposition.

	Première personne à assurer	Personne coassurée
a) Au cours des <b>3 dernières années</b> , êtes-vous tombé ou vous êtes-vous blessé?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Êtes-vous incapable actuellement, ou avez-vous été incapable, au cours des <b>5 dernières années</b> , d'accomplir par vous-même certaines activités de la vie quotidienne, comme vous laver, vous vêtir, aller aux toilettes, vous alimenter, effectuer un transfert de votre lit à une chaise ou contrôler votre fonction vésicale ou intestinale?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Recevez-vous actuellement, ou avez-vous reçu, au cours des <b>5 dernières années</b> , des soins à domicile ou des soins aux adultes, ou êtes-vous admis ou avez-vous été admis dans une résidence pour personnes âgées, une maison de soins infirmiers ou tout autre établissement, ou vous a-t-on recommandé de recevoir de tels soins ou d'intégrer un établissement de ce genre?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) Utilisez-vous actuellement, ou avez-vous utilisé, au cours des <b>5 dernières années</b> , de l'équipement médical comme un respirateur, un appareil d'oxygène, un déambulateur, un fauteuil roulant, une canne ou tout autre type d'aide à la mobilité?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e) Pour des raisons physiques ou psychologiques, avez-vous actuellement besoin d'aide ou de supervision d'une autre personne pour accomplir l'une des activités suivantes : conduire un véhicule, organiser votre transport, vous servir du téléphone, gérer vos finances, faire le ménage ou la lessive, faire des emplettes ou préparer les repas?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

### 8.11 Précisions sur vos antécédents médicaux

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions 8.7 à 8.10, veuillez fournir des précisions ci-dessous. N'incluez pas les examens de santé annuels. Si vous nous avez déjà donné les renseignements à la question 8.2 *Votre dernière consultation chez un fournisseur de soins de santé*, vous n'avez pas à les répéter.

Personne à assurer	Question à laquelle la réponse est <b>oui</b>	Indiquez : 1. Affection ou symptômes 2. Le moment où les symptômes sont apparus pour la première fois 3. Les examens, les résultats et le traitement prescrit	Nom et adresse du fournisseur de soins de santé
			<input type="checkbox"/> Comme en 8.1 <input type="checkbox"/> Comme indiqué ci-dessous :
			<input type="checkbox"/> Comme en 8.1 <input type="checkbox"/> Comme indiqué ci-dessous :
			<input type="checkbox"/> Comme en 8.1 <input type="checkbox"/> Comme indiqué ci-dessous :
			<input type="checkbox"/> Comme en 8.1 <input type="checkbox"/> Comme indiqué ci-dessous :
			<input type="checkbox"/> Comme en 8.1 <input type="checkbox"/> Comme indiqué ci-dessous :

# 9

## Questions d'ordre financier

Dans cette section, nous avons indiqué pour chaque question à qui renvoient les termes *vous*, *votre* et *vos*.

### But de l'assurance

Pour les questions 9.1 et 9.2, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent le ou les **propriétaires**.

**9.1 Pourquoi demandez-vous à souscrire cette assurance-vie?** Cochez **toutes** les cases qui s'appliquent.

<input type="checkbox"/> Revenu à une autre personne	<input type="checkbox"/> Prêts hypothécaires ou dettes – veuillez préciser : Prêts hypothécaires \$ Autres dettes \$
<input type="checkbox"/> Dépenses après le décès	<input type="checkbox"/> Protection du personnel clé d'une entreprise
<input type="checkbox"/> Dons de bienfaisance	<input type="checkbox"/> Protection d'un prêt commercial – veuillez préciser : Prêts impayés \$
<input type="checkbox"/> Régime d'épargne ou de retraite	<input type="checkbox"/> Assurance Rachat de parts – <b>veuillez préciser à la question 9.2</b>
<input type="checkbox"/> Planification successorale et préservation du patrimoine	
<input type="checkbox"/> Autre – veuillez préciser :	

**9.2 Si vous souscrivez une assurance visant une assurance Rachat de parts, veuillez répondre aux questions suivantes. Dans la négative, passez à la question 9.3.**

Quel est le revenu annuel net de l'entreprise?	\$
Quelle est la juste valeur marchande de l'entreprise?	\$
Quel pourcentage de l'entreprise les personnes à assurer détiennent-elles?	Première personne à assurer : % Personne coassurée : %
Est-ce que tous les propriétaires de l'entreprise sont assurés, ou demandent à souscrire l'assurance-vie?	<input type="checkbox"/> Oui – veuillez préciser <input type="checkbox"/> Non – indiquez pourquoi



### Un contrat de prêt commercial peut être requis

**À noter :** Si vous présentez une demande visant la protection d'un prêt commercial de **plus de 1 million** de dollars, nous pouvons communiquer avec vous pour obtenir une copie du contrat de prêt.

### Emploi actuel

**9.3 Quelle est la situation professionnelle des personnes à assurer?**

Première personne à assurer		Personne coassurée	
<input type="checkbox"/> Employée	<input type="checkbox"/> Travailleuse autonome	<input type="checkbox"/> Retraitée	<input type="checkbox"/> Employée
<input type="checkbox"/> Personne au foyer	<input type="checkbox"/> Étudiante	<input type="checkbox"/> Sans emploi	<input type="checkbox"/> Travailleuse autonome
			<input type="checkbox"/> Retraitée
			<input type="checkbox"/> Sans emploi
Personne à assurer	Si la personne a un emploi (y compris si elle est travailleuse autonome), profession et titre	Si la personne a un emploi, indiquez le nom de l'employeur et le nombre d'années au service de cet employeur, ou le nombre d'années comme travailleuse autonome	Revenu annuel de toutes les sources
Première personne à assurer			\$
Personne coassurée			\$

# 9

## Questions d'ordre financier (suite)

### Valeur nette personnelle

Veillez répondre aux questions 9.4 et 9.5 pour les personnes à assurer. Dans le cas d'un enfant à assurer, le père, la mère ou le tuteur de l'enfant doit remplir cette section.

#### 9.4 Quelle est votre valeur nette personnelle (vos actifs moins vos passifs)?

Personne à assurer	Valeur nette personnelle	OU	Valeur nette combinée
Première personne à assurer	\$	<b>OU</b>	\$
Personne coassurée	\$		
Père, mère ou tuteur, pour l'enfant à assurer	\$	<b>OU</b>	\$
	\$		

#### 9.5 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été jugé insolvable, présenté une requête de mise en faillite ou déclaré faillite, ou soumis une proposition de consommateur officielle pour vous protéger de vos créanciers?

Première personne à assurer	Personne coassurée	Père, mère ou tuteur, pour le ou les enfants à assurer
<input type="checkbox"/> Oui – veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui – veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui – veuillez préciser : <input type="checkbox"/> Non
Dans le cas d'une faillite, y a-t-il eu libération de la faillite?		
<input type="checkbox"/> Oui – date de libération de la faillite (jour/mois/année)	<input type="checkbox"/> Oui – date de libération de la faillite (jour/mois/année)	<input type="checkbox"/> Oui – date de libération de la faillite (jour/mois/année)
<input type="checkbox"/> Non – expliquez pourquoi :	<input type="checkbox"/> Non – expliquez pourquoi :	<input type="checkbox"/> Non – expliquez pourquoi :

### Antécédents d'assurance

Dans cette section, nous demandons des renseignements sur les adultes et enfants à assurer. **Pour chaque question, nous indiquons à l'égard de qui nous demandons le renseignement.**

#### 9.6 Mis à part l'assurance collective, est-ce que l'une des personnes à assurer détient une assurance-vie, une assurance invalidité ou une assurance maladies graves individuelles en vigueur ou a présenté une proposition à cet égard qui est à l'étude?

Première personne à assurer	Personne coassurée
<input type="checkbox"/> Oui – répondez à la question 9.7 <input type="checkbox"/> Non – passez à la question 9.8	<input type="checkbox"/> Oui – répondez à la question 9.7 <input type="checkbox"/> Non – passez à la question 9.8



## Questions d'ordre financier (suite)

### 9.7 Précisions sur les antécédents d'assurance

Personne à assurer	Compagnie d'assurance	Type d'assurance	Statut de la police	Montant d'assurance
	<input type="checkbox"/> Canada Vie <input type="checkbox"/> Autre : _____  Cette police sera-t-elle remplacée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquez le montant : _____	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Maladies graves  S'il s'agit d'une assurance-vie, indiquez le but de l'assurance : <input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> En vigueur Année d'établissement (aaaa) : _____  <input type="checkbox"/> En attente d'approbation	Montant d'assurance de base : _____ \$  Garantie en cas de décès accidentel : _____ \$  Exonération des primes : _____ \$

Personne à assurer	Compagnie d'assurance	Type d'assurance	Statut de la police	Montant d'assurance
	<input type="checkbox"/> Canada Vie <input type="checkbox"/> Autre : _____  Cette police sera-t-elle remplacée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquez le montant : _____	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Maladies graves  S'il s'agit d'une assurance-vie, indiquez le but de l'assurance : <input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> En vigueur Année d'établissement (aaaa) : _____  <input type="checkbox"/> En attente d'approbation	Montant d'assurance de base : _____ \$  Garantie en cas de décès accidentel : _____ \$  Exonération des primes : _____ \$

Personne à assurer	Compagnie d'assurance	Type d'assurance	Statut de la police	Montant d'assurance
	<input type="checkbox"/> Canada Vie <input type="checkbox"/> Autre : _____  Cette police sera-t-elle remplacée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquez le montant : _____	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Maladies graves  S'il s'agit d'une assurance-vie, indiquez le but de l'assurance : <input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> En vigueur Année d'établissement (aaaa) : _____  <input type="checkbox"/> En attente d'approbation	Montant d'assurance de base : _____ \$  Garantie en cas de décès accidentel : _____ \$  Exonération des primes : _____ \$

Personne à assurer	Compagnie d'assurance	Type d'assurance	Statut de la police	Montant d'assurance
	<input type="checkbox"/> Canada Vie <input type="checkbox"/> Autre : _____  Cette police sera-t-elle remplacée? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Dans l'affirmative, indiquez le montant : _____	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Maladies graves  S'il s'agit d'une assurance-vie, indiquez le but de l'assurance : <input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> En vigueur Année d'établissement (aaaa) : _____  <input type="checkbox"/> En attente d'approbation	Montant d'assurance de base : _____ \$  Garantie en cas de décès accidentel : _____ \$  Exonération des primes : _____ \$

## 9

## Questions d'ordre financier (suite)

**9.8 Une des personnes à assurer a-t-elle déjà soumis une proposition d'assurance-vie, d'assurance-maladie, d'assurance invalidité ou d'assurance maladies graves qui a été refusée, reportée ou acceptée sur une base autre que celle qui a été demandée?**

Première personne à assurer

Oui – précisez la date, le nom de l'assureur, le type d'assurance, la décision et la raison  Non

Personne coassurée

Oui – précisez la date, le nom de l'assureur, le type d'assurance, la décision et la raison  Non

**9.9 Pour tout enfant à assurer, est-ce que le père ou la mère détiennent une assurance-vie individuelle en vigueur ou ont présenté une proposition à cet égard qui est à l'étude?**

Oui – remplissez le tableau à droite

Non – indiquez pourquoi

Statut de la police	Montant d'assurance
<input type="checkbox"/> En vigueur	
<input type="checkbox"/> En attente d'approbation	\$
<input type="checkbox"/> En vigueur	
<input type="checkbox"/> En attente d'approbation	\$

**9.10 Pour tout enfant à assurer, y a-t-il des frères ou des sœurs?**

Oui  Non Dans l'affirmative, tous les frères et sœurs sont-ils (ou seront-ils) couverts par le même montant d'assurance?

Oui  Non Dans la négative, pourquoi?



# Vérification de l'identité du propriétaire et détermination de tiers

Dans cette section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent les propriétaires d'une police d'assurance Vie universelle.

## Vérification de l'identité du propriétaire

**i** Si le propriétaire est une personne ou un propriétaire unique



### Formulaire requis pour les entités

Si le propriétaire est une **société par actions, une société de personnes, une fiducie ou une autre entité**, veuillez remplir le *Questionnaire à l'intention des proposants/propriétaires qui sont des entités (form F17-8295)*. Veuillez joindre le formulaire à la présente proposition.

### 10.1 Veuillez préciser ci-dessous si vous avez un emploi (y compris si vous êtes travailleur autonome)

	Premier propriétaire	Propriétaire conjoint
Votre profession ou votre titre		
Nom de votre employeur		
Nature de l'entreprise de votre employeur		
Votre source de fonds		

### 10.2 Veuillez préciser ci-dessous si vous êtes retraité ou sans emploi

	Premier propriétaire	Propriétaire conjoint
Votre profession la plus récente		
Votre employeur le plus récent		
Nature de l'entreprise de votre employeur le plus récent		
Votre source de fonds		

### 10.3 Veuillez préciser ci-dessous si vous êtes au foyer ou étudiant

	Premier propriétaire	Propriétaire conjoint
Votre source de fonds		

### 10.4 Premier propriétaire – cochez le type de pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement que vous choisissez de montrer :

Permis de conduire
  Passeport
  Autre document (sauf la carte d'assurance-maladie) – précisez lequel :

\_\_\_\_\_

Numéro du document	Lieu de délivrance	Date de délivrance (jour/mois/année)	Date d'expiration (jour/mois/année)

### 10.5 Propriétaire conjoint – cochez le type de pièce d'identité avec photo délivrée par le gouvernement que vous choisissez de montrer :

Permis de conduire
  Passeport
  Autre document (sauf la carte d'assurance-maladie) – précisez lequel :

\_\_\_\_\_

Numéro du document	Lieu de délivrance	Date de délivrance (jour/mois/année)	Date d'expiration (jour/mois/année)



## Vérification de l'identité du propriétaire et détermination de tiers (suite)

### Vérification de l'identité du propriétaire (suite)

#### Confirmation du conseiller

**10.6** Avez-vous (vous, le conseiller) examiné le document original noté à la page précédente et déterminé qu'il était valide?

Cochez **une** case :

Oui  Non

**10.7** Avez-vous consigné les renseignements ci-dessus en présence du propriétaire? Cochez **une** case :

Oui  Non – vous devez alors :

- rencontrer le propriétaire et remplir le formulaire *Identification du propriétaire et détermination du tiers* (formulaire F17-8341), ou
- si une rencontre avec le propriétaire n'est pas possible ou si celui-ci ne possède pas de pièce d'identité avec photo valide délivrée par le gouvernement, demander au propriétaire de remplir le formulaire *Identification du propriétaire au moyen de pièces d'identité sans photo* (formulaire F46-10771). Veuillez joindre ce formulaire à la présente proposition.

### Détermination et vérification de tiers

**10.8** 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; ou vous demande-t-elle de souscrire la police visée par la présente proposition?

Oui – précisez ci-dessous  Non – passez à la section 11

**10.9** Quel est le rôle du tiers? Cochez **une** case :

- Titulaire d'une procuration ou mandataire  Responsable des primes  
 Créancier gagiste (au Québec, créancier hypothécaire)  Autre – veuillez préciser :

#### Si le tiers est une personne

**10.10** Veuillez fournir les renseignements suivants si le tiers est une personne

Nom du tiers (prénom, second prénom, nom de famille)			
Date de naissance (jour/mois/année)	Lien avec le ou les propriétaires		
Adresse municipale (numéro et rue)			
Ville		Province	Code postal
Profession (si le tiers ne travaille pas, profession la plus récente)	Nom de l'employeur (ou de l'employeur précédent)	Sources de fonds (s'il s'agit de la personne qui paie les primes de la police)	

**10.11** Veuillez fournir les renseignements suivants si une personne signe la présente proposition au nom d'un propriétaire (p. ex. le titulaire d'une procuration)

Type de pièce d'identité avec photo montrée	Numéro du document	Lieu de délivrance	Date de délivrance (jour/mois/année)	Date d'expiration (jour/mois/année)
---	--------------------	--------------------	--------------------------------------	-------------------------------------





**Vérification de l'identité du propriétaire et détermination de tiers (suite)**

**Détermination et vérification de tiers (suite)**

**i Si le tiers est une entité**

**10.12 Veuillez fournir les renseignements suivants si le tiers est une entité**

Nom de l'entité		Lien avec le ou les propriétaires	
Adresse municipale (numéro et rue)			
Ville		Province	Code postal
Quelle est la nature des biens ou des services fournis par l'entité?			
Compétence régissant la constitution en société		Numéro de constitution en société	

**Confirmation du conseiller**

**10.13 Avez-vous (vous, le conseiller) été en mesure de recueillir les renseignements exigés à l'égard du tiers ci-dessus? Cochez **une** case :**

Oui  Non – **veuillez expliquer pourquoi :**



## Questions visant l'assurance-vie provisoire

Dans la présente section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent les personnes à assurer.

**À noter :** Si vous êtes admissible à l'assurance-vie provisoire, vous devriez lire l'information importante comprise dans le livret ***Ce que vous devez savoir au sujet de votre proposition d'assurance-vie*** (imprimé F17-8942). La section pertinente s'intitule *L'assurance-vie provisoire que nous procurons aux personnes admissibles*.

### Directives à l'intention du conseiller

Pour être admissible à l'assurance provisoire, les personnes à assurer doivent **répondre par la négative** à toutes les questions de la section 11 et nous devons recevoir un paiement avec la présente proposition. Le paiement doit correspondre 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. Nous n'acceptons pas les paiements postdatés.

- 11.1 Êtes-vous âgé de 71 ans ou plus, ou les enfants à assurer sont-ils âgés de moins de 15 jours?**
- 11.2 La proposition d'assurance sur votre tête vise-t-elle un montant supérieur à 5 millions de dollars?**
- 11.3 Au cours des 12 derniers mois, une proposition d'assurance sur votre tête a-t-elle été refusée ou reportée?**
- 11.4 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)?**
- 11.5 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 vasculaire cérébral, cancer ou syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), ou avez-vous reçu des résultats d'examen indiquant une exposition au VIH, le virus du SIDA?**

**Si vous avez répondu oui, à l'une ou à plusieurs des questions ci-dessus, cochez oui ci-dessous. Si vous avez répondu non, à toutes les questions, cochez non ci-dessous.**

Première personne à assurer	Personne coassurée	Enfant 1	Enfant 2	Enfant 3	Enfant 4
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



## Comment vous souhaitez payer pour la police

Dans cette section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent la personne qui paie les primes de la police.

### 12.1 Questions sur les primes

**Le ou les propriétaires désirent-ils profiter du taux accordé à un âge antérieur?**

Dans l'affirmative, cela signifie qu'il faudra payer des primes antidatées.

Première personne à assurer	Personne coassurée
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**Le ou les propriétaires désirent-ils rajuster le capital assuré afin de maintenir la prime demandée (parfois appelée *prime spécifiée*) si l'une des personnes à assurer est admissible à la catégorie Privilégiée ou si toute surprime s'applique?**

 Oui  Non

## Paiement initial remis avec la présente proposition

**12.2 Effectuez-vous un paiement initial remis avec la présente proposition? Cochez **une** case :**

- Dans l'affirmative, indiquez à la question **12.3** comment vous payez  Non – Paiement à la délivrance de la police (CAP non offerte) - **Passez à la question 12.4**

**12.3 Comment effectuez-vous le paiement initial remis avec la présente proposition? Cochez **une** case :**

- Chèque libellé à l'ordre de la Canada Vie, de \_\_\_\_\_ \$
- Transfert électronique de fonds de \_\_\_\_\_ \$ – **répondez à la question 12.5**
- Fonds d'une police en vigueur – **fournissez des précisions à la section 13** (CAP non offerte)

## Paiements continus des primes

**12.4 Comment voulez-vous payer les primes? Cochez **une** case :**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>Annuellement</b> – La Canada Vie facturera le ou les propriétaires | <input type="checkbox"/> <b>Mensuellement</b> – cochez <b>une</b> case :<br><input type="checkbox"/> Retraits préautorisés du compte indiqué à la question 12.5<br><input type="checkbox"/> Retraits préautorisés du compte que vous utilisez pour payer les primes d'une autre police d'assurance de la Canada Vie (vous devez être propriétaire de ce compte)<br>Numéro de police : _____ |
|--|---|



### Formulaire requis

Si :

- un paiement prévu initial de 100 000 \$ ou plus est effectué, ou
- un paiement non prévu initial de 100 000 \$ ou plus est effectué, alors

veuillez remplir le formulaire *Détermination du statut de personne politiquement vulnérable (PPV)* (**formulaire F17-8294**) pour chaque propriétaire et pour toute personne qui paiera pour cette police.

## 12

## Comment vous souhaitez payer pour la police (suite)

## 12.5 Données sur le compte bancaire pour les paiements de primes préautorisés et/ou un paiement initial unique par TEF

Type de compte – cochez <b>une</b> case : <input type="checkbox"/> Chèques <input type="checkbox"/> Épargne	Date des retraits de primes mensuels – cochez <b>une</b> case : <input type="checkbox"/> Même jour du mois que le jour de la date d'effet de la police <input type="checkbox"/> Jour différent – précisez le jour du mois, du 1 <sup>er</sup> au 28 <sup>e</sup> : <b>À noter :</b> Cette option n'est pas offerte pour une police d'assurance Vie universelle.
--	---

Veillez fournir les renseignements sur votre compte dans l'image de chèque ci-dessous. Le titulaire de compte nommé ci-dessous doit lire la section *Votre entente de paiement* comprise dans le livret **Ce que vous devez savoir au sujet de votre proposition d'assurance-vie** (imprimé F17-8942). Le titulaire du compte doit également signer à la section 14, *Consentements et signatures*, pour approuver le programme de débit préautorisé.

Nom du titulaire du compte en caractères d'imprimerie :	DATE
Nom des cotitulaires du compte, en caractères d'imprimerie, s'il y a lieu :	
PAYER À L'ORDRE DE :	
LA SOMME DE :	\$
Nom de l'établissement financier :	<b>Numéro de domiciliation (Banque Scotia seulement) :</b>
Adresse :	
Numéro de domiciliation :	Code de la banque :      Numéro de compte :

### DIRECTIVES À L'INTENTION DU CONSEILLER

Pour les **clients de la Banque Scotia**, veuillez vous assurer de fournir le numéro de domiciliation supplémentaire dans l'encadré rouge de l'image de chèque ci-dessus.

## Polices Vie universelle seulement – Choix des options de Dépôts à intérêt pour le retrait des déductions mensuelles

### 12.6 Pour les polices d'assurance Vie universelle au titre desquelles le ou les propriétaires ont choisi plus d'une option de Dépôts à intérêt, comment souhaitez-vous que nous prélevions le coût mensuel de l'assurance? Cochez **une** case :

<input type="checkbox"/> Retrait des déductions mensuelles au prorata de toutes les options de Dépôts à intérêt existantes (choix par défaut si vous omettez de cocher une case)	<input type="checkbox"/> Retrait de la totalité des déductions mensuelles de l'option de Dépôts à intérêt suivante : _____	<b>À noter :</b> Si les fonds de cette option ne suffisent pas à couvrir les déductions mensuelles, nous retirerons la différence au prorata de toutes les options de Dépôts à intérêt existantes.
--	---	--



## Remplacement et/ou transfert

Dans cette section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent les propriétaires de la police en vigueur.

### Directives à l'intention du conseiller

Si une police de la Canada Vie, de la London Life ou de la Great-West est remplacée (en totalité ou en partie), ou si les fonds sont transférés d'une police de la Canada Vie, le ou les propriétaires doivent répondre à la question 13.1 ci-dessous. Ils doivent également remplir l'autorisation figurant à la page suivante.

### 13.1 Que souhaitez-vous faire avec la ou les polices d'assurance-vie de la Canada Vie, de la London Life ou de la Great-West en vigueur? Cochez **toutes** les cases qui s'appliquent pour chaque police :

Nom de la personne à assurer :		Nom de la personne à assurer :	
Nom du propriétaire :		Nom du propriétaire :	
Numéro de police :		Numéro de police :	
<b>Racheter et remplacer</b> <input type="checkbox"/> Remplacer la <b>police en entier</b> et (cochez <b>une</b> case) : <input type="checkbox"/> Transférer le produit du rachat à la nouvelle police (par défaut) <input type="checkbox"/> Envoyer le produit du rachat au propriétaire de police  <input type="checkbox"/> Remplacer l' <b>avenant temporaire seulement</b> et (cochez <b>une</b> case) : <input type="checkbox"/> Transférer le produit du rachat à la nouvelle police (par défaut) <input type="checkbox"/> Envoyer le produit du rachat au propriétaire de police		<b>Racheter et remplacer</b> <input type="checkbox"/> Remplacer la <b>police en entier</b> et (cochez <b>une</b> case) : <input type="checkbox"/> Transférer le produit du rachat à la nouvelle police (par défaut) <input type="checkbox"/> Envoyer le produit du rachat au propriétaire de police  <input type="checkbox"/> Remplacer l' <b>avenant temporaire seulement</b> et (cochez <b>une</b> case) : <input type="checkbox"/> Transférer le produit du rachat à la nouvelle police (par défaut) <input type="checkbox"/> Envoyer le produit du rachat au propriétaire de police	
<b>Transférer la valeur à partir d'une police en vigueur</b> <input type="checkbox"/> Bonifications d'assurance libérée \$ _____ <input type="checkbox"/> Participations accumulées \$ _____		<b>Transférer la valeur à partir d'une police en vigueur</b> <input type="checkbox"/> Bonifications d'assurance libérée \$ _____ <input type="checkbox"/> Participations accumulées \$ _____	



### Formulaire requis

Si la police demandée dans la présente proposition doit remplacer (en totalité ou en partie) une police d'assurance-vie en vigueur, vous devez suivre les exigences en matière de déclaration des remplacements de la province ou du territoire applicables. Lorsque la loi l'exige, vous devez fournir une copie de toute déclaration de remplacement (p. ex. un **Préavis de remplacement d'un contrat d'assurance de personnes**, au Québec, ou une **Déclaration de remplacement d'un contrat d'assurance-vie (DRCAV)** et de toute explication écrite relative au remplacement).



## Remplacement et/ou transfert (suite)

### Autorisation de remplacement d'assurance en vigueur et/ou de transfert de fonds

En apposant votre signature ci-dessous, vous, le ou les propriétaires, tout bénéficiaire irrévocable et tout créancier gagiste (au Québec, créancier hypothécaire), comprenez et convenez que :

#### En tant que propriétaire(s), vous convenez que :

- Vous nous autorisez à transférer les fonds conformément à l'option que vous avez choisie à la page précédente.
- L'option que vous avez choisie prendra effet uniquement à la date de régularisation de la police.
- Si vous nous avez demandé de résilier la police en vigueur et de transférer la valeur de rachat nette, vous perdrez tous vos droits et votre protection aux termes de cette police.
- Si vous nous avez demandé de transférer des fonds de la police en vigueur alors que vous la maintenez en vigueur, vous pourriez détenir moins d'assurance-vie aux termes de cette police. Vous pourriez également avoir à payer des primes additionnelles afin de la maintenir en vigueur.
- Certaines des options ci-dessus peuvent donner lieu à un revenu imposable entre vos mains que nous sommes tenus de déclarer à l'État.

#### En tant que bénéficiaire irrévocable ou créancier gagiste, vous convenez de ce qui suit (au Québec, créancier hypothécaire) :

- Vous autorisez la ou les options choisies à la page précédente par le ou les propriétaires.
- Vous n'aurez pas de statut ni de droits à l'égard de la nouvelle police, à moins d'en avoir convenu autrement avec le ou les propriétaires de la nouvelle police.

Fait à (ville, province)

Date (jour/mois/année)

Nom du ou des **propriétaires de la ou des polices en vigueur** (prénom, second prénom, nom de famille – si le propriétaire est une entité, nom sous lequel elle est enregistrée ou constituée)

Nom du ou des **propriétaires conjoints de la ou des polices en vigueur** (prénom, second prénom, nom de famille – si le propriétaire est une entité, nom sous lequel elle est enregistrée ou constituée)

Signature du ou des **propriétaires de la ou des polices en vigueur**

X

Signature du ou des **propriétaires conjoints de la ou des polices en vigueur**

X

Si le propriétaire est une entité, **veuillez inscrire en caractères d'imprimerie le nom et le titre** de la personne autorisée à signer

Si le propriétaire conjoint est une entité, **veuillez inscrire en caractères d'imprimerie le nom et le titre** de la personne autorisée à signer

Nom du **bénéficiaire irrévocable** (prénom, second prénom, nom de famille)

Nom du **créancier gagiste, ou, au Québec, du créancier hypothécaire** (si la police a été cédée en garantie d'un prêt, nom et titre de la personne autorisée à signer pour le prêteur)

Signature du **bénéficiaire irrévocable**

X

Signature du **créancier gagiste, ou, au Québec, du créancier hypothécaire** (apposez le timbre de la banque ou le sceau de la société, s'il y a lieu)

X



## Consentements et signatures

Dans cette section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent les propriétaires, les personnes à assurer et le père, la mère ou le tuteur de tout enfant à assurer. Les termes *nous*, *notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie et à ses réassureurs.

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

- Vous avez reçu le livret intitulé **Ce que vous devez savoir au sujet de votre proposition d'assurance-vie** (imprimé F17-8942). Vous l'avez lu et compris, de même que les renseignements donnés dans la présente proposition, et vous acceptez toutes les modalités de ces documents.
- À votre connaissance, les renseignements que vous avez fournis dans la présente proposition sont complets, à jour et exacts. Tout renseignement fourni au conseiller n'est pas considéré comme un renseignement nous ayant été fourni, à moins que ce renseignement ne figure dans la présente proposition. Vous comprenez que le conseiller ne peut pas nous engager juridiquement.
- Vous acceptez de nous informer immédiatement de toute erreur ou omission ou de tout changement aux renseignements fournis dans la présente proposition. Vous nous signalerez notamment tout changement de résidence ou du statut de citoyenneté d'un propriétaire ou d'une personne détenant le contrôle d'une entité et tout changement dans la classification fiscale internationale de l'entité.
- Si vous apposez votre signature ci-dessous au nom du propriétaire, vous confirmez être dûment autorisé à signer en son nom et à l'engager juridiquement.
- Si vous êtes la personne à assurer aux termes de la police, 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 votre santé et votre assurabilité à nous transmettre ces renseignements.
- Vous nous autorisez à obtenir un rapport sur le consommateur (appelé rapport de solvabilité ou rapport d'enquête personnel dans certains territoires de compétence). Ce type de rapport comprend des renseignements relatifs aux antécédents de crédit et aux antécédents professionnels, ainsi que d'autres renseignements personnels. Si vous souhaitez obtenir une description plus détaillée de la nature de ce type de rapport et des renseignements que nous recevons, veuillez écrire à l'adresse suivante : La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, Assurance individuelle, 255 avenue Dufferin, London ON N6A 4K1.
- S'il se produit un changement dans votre situation qui pourrait influencer sur votre assurabilité et notre décision à l'égard de votre proposition (par exemple, si tout renseignement que vous avez fourni à l'égard de votre style de vie, de votre état de santé ou des questions d'ordre financier est incorrect), vous acceptez de communiquer avec votre conseiller immédiatement. Si vous omettez de le faire, cela pourrait avoir une incidence sur votre police ou sur une demande de règlement future.

Fait à (ville, province)

Date (jour/mois/année)

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

Signature du **propriétaire conjoint** (si le propriétaire conjoint 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

Signature de la **première personne à assurer**, dans le cas où elle n'est pas le propriétaire

X

Signature de la **personne coassurée**, dans le cas où elle n'est pas le propriétaire

X

Signature du **père, de la mère ou du tuteur légal** de tout enfant à assurer, dans le cas où aucune de ces personnes n'est propriétaire de la police

X

Signature de la **personne assurée au titre de l'exonération des primes ou de la garantie de paiement d'office**, dans le cas où elle n'est pas propriétaire de la police

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

Si le propriétaire conjoint 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

Nom du **témoin** (prénom, second prénom, nom de famille)

Signature du **témoin**

X



## Consentements et signatures (suite)

### Consentement facultatif de communiquer l'information à votre conseiller

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

- Vous consentez à ce que nous communiquions des renseignements additionnels vous concernant et concernant votre proposition d'assurance à votre conseiller. Les renseignements additionnels que nous pouvons communiquer à votre conseiller sont énumérés dans le livret **Ce que vous devez savoir au sujet de votre proposition d'assurance-vie** (imprimé F17-8942), à la section *Ce à quoi vous avez consenti en signant la proposition*.
- En apposant votre signature ci-dessous, vous consentez à ce que le conseiller utilise ces renseignements additionnels dans le seul but de discuter avec vous des options d'assurance et d'expliquer la décision de tarification.

Fait à (ville, province)

Date (jour/mois/année)

Indiquez si des renseignements additionnels peuvent être communiqués à votre conseiller

Première personne à assurer :  Oui  Non    Personne coassurée :  Oui  Non    Enfant mineur à assurer :  Oui  Non

**À noter :** Le père, la mère ou le tuteur légal signant la présente proposition au nom d'un enfant indique le choix fait pour cet enfant. Si aucun choix n'est fait entre *oui* et *non*, le choix par défaut est *non*.

Signature de la **première personne à assurer**

X

Signature de la **personne coassurée**

X

Signature du **père, de la mère ou du tuteur légal** pour tout enfant à assurer

X

Signature du **témoin**

X

### Signature de la personne effectuant les paiements de primes préautorisés

Dans cette entente, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent le ou les titulaires du compte sur lequel les paiements doivent être effectués, comme indiqué à la question 12.5.

- Vous avez lu la section intitulée *Votre entente de paiement* dans le livret **Ce que vous devez savoir au sujet de votre proposition d'assurance-vie** (imprimé F17-8942), et vous en acceptez les modalités et reconnaissez les autorisations et les consentements qui s'y trouvent.
- Vous nous autorisez à faire des retraits de votre compte pour payer les primes, 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 demeurera 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.

Fait à (ville, province)

Date (jour/mois/année)

Si le titulaire du compte 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

Si le cotitulaire du compte 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

Signature du **titulaire du compte**

X

Signature du **cotitulaire du compte**

X





## Rapport du conseiller

Le *Rapport du conseiller* ne fait pas partie de la proposition d'assurance. Les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent le conseiller.

### 15.1 Est-ce que vous, ou une personne ou une organisation ayant un lien avec vous, serez propriétaire de cette police?

Oui  Non

### 15.2 Comment avez-vous évalué les besoins d'assurance du client? Cochez **toutes** les cases qui s'appliquent :

- Le client avait déjà en tête le produit désiré, vous avez passé en revue ses besoins et objectifs et documenté tout renseignement additionnel avant de lui recommander le produit.
- Vous vous êtes informé de la situation financière du client et de sa protection d'assurance existante et vous êtes fait une bonne idée de ses objectifs, besoins et priorités.
- Vous avez procédé à un examen formel ou avez effectué une évaluation formelle des besoins avec le client, puis vous avez formulé une recommandation.
- Vous avez formulé une recommandation fondée sur une stratégie précise, comme *Protéger votre patrimoine*.
- Autre – veuillez préciser :

Vous confirmez que vous avez au dossier l'évaluation des besoins.

Vous confirmez que vous avez donné à votre client le document de communications de renseignements sur le conseiller, lequel précise :

- Les compagnies que vous représentez.
- Que vous serez rémunéré pour la vente de produits d'assurance-vie ou d'assurance-maladie et que vous pourriez recevoir une rémunération sous la forme d'un boni, d'une participation à des conférences ou de toute autre mesure d'encouragement à la vente.
- Tout conflit d'intérêts réel ou potentiel vous concernant dans le cadre de la présente transaction.

### 15.3 Joignez-vous des pages supplémentaires à la présente proposition?

Oui – veuillez les énumérer ci-dessous  Non

Par exemple, des directives spéciales quant aux bénéficiaires

Assurez-vous que la date, le numéro de la proposition, le numéro de la question ainsi que le nom et la signature des propriétaires et des personnes à assurer figurent bien sur toute page supplémentaire.

### 15.4 Avez-vous une raison de croire que des renseignements donnés dans la présente proposition puissent ne pas être vrais?

Par exemple, le propriétaire a répondu non aux questions sur les tiers alors que vous soupçonnez l'intervention d'un tiers.  Oui – expliquez ci-dessous  Non

### 15.5 Présentez-vous d'autres propositions de la Canada Vie qui sont en lien avec la présente proposition?

Par exemple – deux propositions distinctes pour un couple, ou deux propriétaires d'entreprise. La Canada Vie sera en mesure de traiter ensemble les affaires connexes si vous l'informez des autres propositions en cours.  Oui – remplissez le tableau ci-dessous  Non – **passez à la question 15.7**

Personne à assurer	Type d'assurance	Numéro de proposition de la Canada Vie
	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladies graves <input type="checkbox"/> Invalidité	
	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladies graves <input type="checkbox"/> Invalidité	
	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladies graves <input type="checkbox"/> Invalidité	

### 15.6 Désirez-vous que les polices indiquées à la question 15.5 soient établies en même temps?

Oui – établir toutes les polices en même temps  Non – établir chaque police lorsqu'elle est approuvée  Autre – veuillez fournir des directives spéciales à la question 15.10



## Rapport du conseiller (suite)

### 15.7 Renseignements sur le conseiller – Le conseiller dont le nom figure en premier est le conseiller chargé du service

Nom du conseiller (prénom, second prénom, nom de famille)	Code du conseiller	Centre de marketing régional	Part de la commission à recevoir
			%
			%
			%
			<b>Total de 100%</b>

### 15.8 Personnes autorisées par le conseiller à recevoir des courriels au sujet de la présente proposition qui ne sont pas déjà désignées dans les préférences du conseiller, dans Affaires nouvelles en direct.

Nom de la personne (prénom, second prénom, nom de famille)	Adresse de courriel	Lien avec le conseiller

### 15.9 La présente proposition exige-t-elle un examen médical ou paramédical?

Oui – veuillez répondre à la question suivante  Non – **passez à la fin et signez**

Comment obtiendrez-vous les renseignements médicaux?

Vous voulez que nous nous occupions de l'examen médical

Vous souhaitez que nous utilisions les renseignements provenant de la police de la Canada Vie no :

**Vérifiez! Les preuves d'assurabilité sont valides pour 12 mois dans le cas des personnes âgées de 70 ans et moins, et pour 6 mois dans le cas des personnes âgées de plus de 70 ans.**

Vous désirez que nous obtenions les renseignements auprès d'une autre compagnie d'assurance

Nom de la compagnie d'assurance :

Numéro de police ou de proposition de cette compagnie :

Vous vous chargerez d'obtenir les renseignements auprès de la société paramédicale comme indiqué ci-dessous :

Personne à assurer	Nom de la société paramédicale ou du médecin examinateur	Date du rendez-vous, si elle est connue (jour/mois/année)	Examens que vous avez demandés (cochez <b>tous</b> ceux qui s'appliquent)
<input type="checkbox"/> Première personne à assurer			<input type="checkbox"/> Examen paramédical <input type="checkbox"/> Examen médical <input type="checkbox"/> Profil sanguin <input type="checkbox"/> Échantillon d'urine <input type="checkbox"/> Signes vitaux <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> ECG d'effort <input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Personne coassurée			<input type="checkbox"/> Examen paramédical <input type="checkbox"/> Examen médical <input type="checkbox"/> Profil sanguin <input type="checkbox"/> Échantillon d'urine <input type="checkbox"/> Signes vitaux <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> ECG d'effort <input type="checkbox"/> Autre :



## Rapport du conseiller (suite)

### 15.10 La présente proposition demande-t-elle des explications ou des directives spéciales?

Dans l'affirmative – précisez ci-dessous  Non

#### Explications ou directives spéciales



### Votre signature

#### En apposant votre signature ci-dessous, vous confirmez que :

Vous avez posé toutes les questions de la présente proposition et avez consigné intégralement toutes les réponses.

À l'exception de ce que vous avez indiqué dans le présent rapport, vous ne savez rien d'autre qui pourrait modifier notre décision à l'égard de la présente proposition.

Vous avez donné au propriétaire un exemplaire du livret ***Ce que vous devez savoir au sujet de votre proposition d'assurance-vie*** (imprimé F17-8942).

Fait à (ville, province)	Date (jour/mois/année)
Signature du conseiller 	
Nom du conseiller (en caractères d'imprimerie)	



Rendez-vous au **canadavie.com**

  **@CanadaVie**    **@canada\_vie**    **@CanadaLifeCo**

Numéro de téléphone sans frais : **1 888 252-1847**

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

# Ce que vous devez savoir au sujet de votre proposition d'assurance vie

## Sommaire

- Bienvenue
- Reçu pour le paiement initial (s'il y a lieu)
- Ce à quoi vous avez consenti en signant la proposition
- L'assurance-vie provisoire que nous procurons aux personnes admissibles
- Votre entente de paiement
- Collecte, utilisation et protection de vos renseignements personnels
- Versement des prestations de décès
- Si vous avez des questions

# Bienvenue, et merci de votre demande d'assurance auprès de la Canada Vie

Veillez lire le présent livret attentivement et le conserver en lieu sûr pour consultation future.

Si vous avez des questions au cours du processus de demande, veuillez communiquer avec votre conseiller.

## Reçu pour le paiement de prime initial

**À noter :** La remise d'un paiement avec la proposition ne garantit pas que nous fournirons une assurance provisoire ni que nous établirons une police.

Vous devez répondre à toutes les modalités de la proposition pour que nous garantissions la protection ou que nous établissions une police.

Numéro de la proposition d'assurance		Montant payé
		\$
Nom de la personne qui paie		
Prénom	Second prénom	Nom de famille
Fait à (ville, province)		Date (jour/mois/année)
Nom du conseiller (prénom, nom de famille)		
Signature du conseiller		
<b>X</b>		

# Ce à quoi vous avez consenti en signant la proposition

## Dans cette section, les termes vous, votre et vos désignent les propriétaires et les personnes à assurer.

En signant la proposition, vous avez consenti à ce qui suit :

- À votre connaissance, les renseignements que vous nous avez fournis sont complets et exacts
- Vous aviserez votre conseiller immédiatement de tout changement touchant votre assurabilité
- Vous autorisez la divulgation de renseignements additionnels dont nous pourrions avoir besoin dans le cadre de notre examen
- Les modalités de l'assurance-vie provisoire, si vous y êtes admissible
- Les modalités de l'entente de paiement (si vous payez les primes sur une base mensuelle)
- La façon dont nous traitons et protégeons vos renseignements personnels
- La façon dont nous versons les prestations de décès

Chacun de ces points est approfondi dans les pages suivantes.

## Les renseignements que vous nous avez fournis sont complets et exacts

Le terme *proposition* renvoie à la proposition que vous avez signée, mais aussi aux autres renseignements que vous pourriez devoir fournir, aux questionnaires que vous avez remplis ou aux résultats d'entrevues auxquelles vous avez participé, que ce soit au téléphone ou en personne, avec un professionnel de la santé.

Vous confirmez que tous les renseignements que vous nous donnez sont, à votre connaissance, véridiques, exacts et complets. S'ils ne le sont pas, vous reconnaissez que nous pourrions refuser de futures demandes de règlement et annuler toute police que nous aurions établie.

Vous convenez que nous ne sommes pas tenus de retourner ni de conserver les documents originaux se rapportant à votre proposition, ou de vous en remettre des copies, à moins que nous n'y ayons consenti ou que nous y soyons tenus par la loi.

Si nous convertissons tout document à un autre format ou support (par exemple, si nous convertissons un document sur support papier en un document sur support électronique), vous reconnaissez que le document converti est tout aussi valide que le document original.

## Vous aviserez votre conseiller immédiatement de tout changement touchant votre assurabilité

Vous acceptez d'informer votre conseiller immédiatement s'il se produit un changement dans votre situation qui pourrait avoir une incidence sur votre admissibilité à l'assurance (« assurabilité »). Cela comprend les changements qui surviennent entre le moment de la signature de la proposition et celui de la réception de votre contrat (si nous en établissons un), de même que les changements antérieurs à la signature de la proposition, mais dont vous ignoriez alors l'existence. Nous tenons compte de votre assurabilité afin de déterminer si nous devrions vous offrir une police d'assurance. Si vous omettiez de nous informer d'un changement, cela pourrait avoir une incidence sur votre police ou sur une demande de règlement future.

Votre assurabilité est influencée par des facteurs comme :

- Votre âge
- Les renseignements sur votre santé, y compris les investigations et les tests médicaux ou les analyses de laboratoire auxquels vous vous êtes soumis, qui sont prévus ou qui vous ont été recommandés, les médicaments que vous prenez ou qui vous ont été recommandés, les maladies ou maladies infectieuses dont vous avez été atteint et les renseignements relatifs à tout accident ou toute blessure que vous avez subis

- Les renseignements quant à votre statut de fumeur/ non-fumeur, votre consommation d'alcool ou de drogues, y compris votre participation à des programmes de rétablissement
- Votre profession et vos antécédents professionnels
- Votre situation financière personnelle et votre valeur nette
- Les activités liées à votre style de vie, y compris toute activité à risque élevé
- Votre casier judiciaire et votre dossier de conducteur
- Le lien entre le propriétaire et la personne à assurer
- Les autres renseignements qui pourraient avoir une incidence sur notre décision de vous accorder l'assurance, notamment vos antécédents de voyages

## Vous autorisez la divulgation de renseignements additionnels

Il est possible que nous ayons à vous demander de vous soumettre à des entrevues, à des examens ou à des tests médicaux supplémentaires ou encore de remplir d'autres questionnaires. Nous le ferons uniquement dans le but de confirmer que vous répondez à nos exigences en matière d'assurance. Vous convenez que si vous ne pouvez pas vous soumettre à ces entrevues ou à ces examens ou que vous décidez de ne pas le faire, nous ne serons pas en mesure de poursuivre l'étude de votre 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 santé à nous transmettre ces renseignements.

## À propos du MIB, Inc.

De temps à autre, nous ou les compagnies de réassurance avec lesquelles nous faisons affaire pourrions communiquer ou demander à obtenir des renseignements à votre sujet au 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.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le MIB, Inc., visitez le site [mib.com](http://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.



# L'assurance-vie provisoire que nous procurons aux personnes admissibles

**Dans cette section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent les personnes à assurer, sauf si nous précisons qu'il en est autrement.**

Nous procurons une assurance-vie provisoire aux personnes admissibles pendant que nous étudions leur proposition. Si vous êtes admissible et que vous décédez alors que l'assurance provisoire est en vigueur, nous verserons la prestation décrite dans le présent document aux bénéficiaires désignés dans la proposition. L'assurance provisoire procure uniquement une protection d'assurance-vie, et ne prévoit pas de protection relativement à toute garantie d'exonération des primes ou de paiement d'office de la prime.

Elle est offerte uniquement si toutes les conditions suivantes sont remplies.

- Nous recevons, avec la proposition dûment signée, un paiement initial correspondant à la première prime mensuelle estimative ou à 1/12<sup>e</sup> de la prime annuelle estimative qui est exigible à l'égard du type d'assurance demandé selon nos taux ordinaires.
- La proposition vise la souscription d'un montant total d'assurance-vie égal ou inférieur à cinq millions de dollars.
- La proposition n'a pas pour objet de tirer profit d'une option offerte au titre d'une police en vigueur afin de souscrire une assurance supplémentaire.
- La proposition n'a pas pour objet de permettre la transformation d'une protection d'assurance collective en une police individuelle établie auprès de nous.
- Vous êtes âgé d'au moins 15 jours et de moins de 71 ans.
- Vous avez répondu en toute honnêteté par la négative à toutes les questions visant l'assurance-vie provisoire dans votre proposition.

Toute personne qui a répondu par l'affirmative ou qui a omis de répondre à n'importe laquelle des questions visant l'assurance-vie provisoire n'y est pas admissible.

## Entrée en vigueur et fin de la protection provisoire

L'assurance-vie provisoire entre en vigueur à la date à laquelle nous recevons, avec la proposition dûment signée, un paiement initial correspondant à la première prime mensuelle estimative ou à 1/12<sup>e</sup> de la prime annuelle estimative qui est exigible à l'égard du type d'assurance demandé selon nos taux ordinaires. Le paiement doit être joint à la proposition et ne peut pas être postdaté.

Elle prend fin immédiatement dès que l'une ou l'autre des situations suivantes se produit :

- Après 90 jours si la police n'a pas encore pris effet
- La prise d'effet de la police
- Le propriétaire nous demande d'annuler la proposition
- Nous annulons ou refusons votre proposition
- Une personne couverte aux termes de la convention se suicide (quel que soit son état d'esprit, et qu'elle soit en mesure de comprendre ou non la nature et les conséquences de ses actes, à ce moment-là)

## Traitement de votre paiement initial

Si nous établissons une police pour vous, nous créditerons à votre police le paiement initial que vous avez remis. Si nous n'établissons pas de police, nous rembourserons le paiement initial au propriétaire.

## Ce qui se produit après 90 jours

L'assurance-vie provisoire prend fin au bout de 90 jours si elle n'a pas pris fin plus tôt. Si nous n'avons pas terminé l'étude de votre proposition à l'intérieur de ce délai de 90 jours, nous la poursuivrons.

## Exclusion : Ce qui se produit en cas de suicide

Si la convention prend fin parce qu'une personne couverte aux termes de celle-ci se suicide, nous ne verserons aucune prestation de décès à toute personne couverte aux termes de cette convention. La proposition d'assurance est également annulée, et ce, dès la date du décès. Nous rembourserons au propriétaire tout paiement remis avec la proposition.

## Montant de protection que nous procurons

Nous offrons à chaque personne admissible le même montant de protection que celui demandé dans la proposition, sous réserve des montants maximaux décrits ci-après. Si la proposition vise la souscription d'une protection conjointe, nous versons les prestations de décès selon le régime demandé (protection conjointe payable au premier décès ou protection conjointe payable au dernier décès).

Le montant le plus élevé que nous paierons pour toutes les personnes couvertes aux termes d'une convention d'assurance provisoire unique ou aux termes de conventions multiples (protection pour une personne ou protection conjointe) correspond à un million de dollars au total.

## Personne couverte aux termes de conventions multiples

Si une personne est couverte aux termes de plus d'une convention d'assurance provisoire conclue avec nous, le montant le plus élevé que nous paierons pour l'ensemble des demandes de règlement se rapportant à cette personne correspond à un million de dollars. Dans l'éventualité où plus d'une personne présenterait une demande de règlement aux termes des conventions distinctes et où la prestation de décès totale pour la personne couverte dépasserait le maximum prévu, nous répartirions la somme d'un million de dollars de façon juste et raisonnable entre les personnes ayant présenté une demande de règlement.

# Votre entente de paiement

**Dans cette section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent le titulaire (ou les titulaires) du compte sur lequel les paiements doivent être effectués. Si le titulaire du compte n'est pas le propriétaire, veuillez remettre une copie de cette section au titulaire du compte.**

## Entente de débit préautorisé

Si nous établissons une police, le contrat contient des renseignements importants au sujet du paiement des primes. En signant la proposition d'assurance, vous nous autorisez, nous et votre établissement financier, à prélever la prime et les paiements connexes auxquels vous avez consenti, et ce, sans égard à tout transfert de propriété de la police. Les renseignements sur votre établissement financier et votre compte ainsi que le montant et la périodicité des paiements figurent dans la proposition d'assurance.

Les paiements peuvent varier d'un retrait à l'autre, notamment en raison de l'augmentation des taux d'imposition, et continueront d'être prélevés sans égard à tout transfert de propriété de la police. **Vous ne nous engagez pas à vous en informer au préalable si le montant du retrait devait changer.**

Vous pouvez effectuer les paiements annuellement ou mensuellement et modifier leur périodicité en tout temps. Si vous choisissez de payer les primes mensuellement, nous incluons des frais pour tenir compte de facteurs tels que les coûts administratifs. Le total des primes que vous paierez au cours de l'année sera donc supérieur à celui que vous auriez déboursé si vous aviez choisi d'effectuer vos paiements une fois l'an.

La première prime doit être payée avant que la police ne puisse prendre effet. Sauf dans le cas de l'assurance Vie universelle, vous pouvez demander à ce que vos paiements de primes subséquents soient prélevés à une date de retrait différente, mais cela ne change pas la date à laquelle les primes sont exigibles.

## Si votre établissement financier refuse d'honorer un retrait

Si votre établissement financier refuse d'honorer un retrait en raison d'une insuffisance de fonds dans votre compte, nous considérerons que le paiement n'a pas été effectué et pourrions suspendre l'entente de paiement. Nous pourrions également réessayer d'effectuer le retrait. Si votre établissement financier refuse encore d'honorer le retrait, nous suspendrons l'entente de paiement.

Tous frais pour effet sans provision facturés par votre établissement financier dans le cas où il n'honore pas un retrait sont à votre charge.

Vous convenez que si nous suspendons l'entente de paiement, nous pouvons modifier le mode de paiement et le propriétaire de la police 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 de débit préautorisé.

## Vos droits à l'égard des retraits non autorisés

Vous consentez à examiner régulièrement vos données bancaires. Si une opération aux termes de l'entente de paiement n'est pas conforme à vos dossiers, vous disposez de 90 jours suivant la date de l'opération en question pour nous en informer en téléphonant à notre Centre de service à la clientèle au 1 888 252-1847. Vous convenez que si vous ne communiquez pas avec nous dans les 90 jours, vous n'aurez plus le droit de contester l'opération et nous la considérerons comme exacte.

Vous avez le droit d'être remboursé de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas conforme à l'entente de paiement.

## 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 à laquelle nous devons effectuer le prochain retrait. Dans la plupart des cas, nous pouvons accepter de modifier vos données bancaires selon vos directives verbales, pourvu que le titulaire du compte n'ait pas changé. Vous pouvez téléphoner à notre Centre de service à la clientèle au 1 888 252-1847.

## Vos renseignements personnels

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

## Annulation de l'entente de paiement

Vous pouvez annuler l'entente de paiement moyennant un préavis écrit de 30 jours. Pour obtenir un modèle d'avis d'annulation ou de plus amples renseignements sur votre droit d'annuler l'entente, veuillez communiquer avec votre établissement financier ou consulter le site **paiements.ca**.

Nous pouvons également annuler l'entente de paiement, auquel cas nous vous donnerons, à vous ou au propriétaire, un préavis écrit de 30 jours.

Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet de l'entente de paiement, téléphonez à notre Centre de service à la clientèle au 1 888 252-1847 ou écrivez-nous à l'adresse suivante :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
Assurance individuelle  
255 avenue Dufferin  
London ON N6A 4K1

Vous reconnaissez qu'une copie de l'entente est aussi valide que le document original.

# Collecte, utilisation et protection de vos renseignements personnels

**Dans cette section, les termes *vous*, *votre* et *vos* désignent les propriétaires et les personnes à assurer.**

Vous nous autorisez à recueillir, à conserver et à communiquer vos renseignements personnels pour étudier votre proposition, administrer toute police que nous établissons et traiter les demandes de règlement, entretenir et documenter notre relation avec vous, et pour toute autre fin permise ou exigée par la loi. Votre autorisation s'applique à compter de la date à laquelle vous avez signé la proposition et demeure valide tant que nous en avons besoin, ce qui pourrait vouloir dire jusqu'après votre décès, pendant que nous traiterons une demande de règlement. Vous pourrez révoquer votre consentement en tout temps en transmettant un avis écrit à votre conseiller, dans la mesure où il n'y a aucune raison légale vous empêchant de le faire et sous réserve des droits d'autrui (y compris nous-mêmes) et de la loi applicable. Vous convenez que si vous modifiez ou révoquez votre autorisation, nous pourrions, entre autres, ne pas être en mesure de procurer ou de continuer à procurer une protection d'assurance ni de traiter de demandes de règlement.

Nous croyons qu'il est primordial de protéger vos renseignements et par conséquent, nous les traitons avec le plus grand soin. Nous conservons vos renseignements confidentiels à nos bureaux de la Canada Vie.

Nous pourrions communiquer vos renseignements à d'autres compagnies ou particuliers dans le cadre de l'évaluation d'une proposition.

**Nous les communiquons uniquement à ceux qui en ont besoin**

Par exemple :

- Les personnes qui travaillent pour nous
- Nos fournisseurs de services
- Les compagnies de réassurance avec lesquelles nous faisons affaire
- Votre conseiller et les personnes qui travaillent avec lui (des renseignements additionnels peuvent également leur être communiqués si vous y avez consenti dans la proposition)
- D'autres parties si nous y sommes tenus par la loi

Parfois, nous faisons affaire avec des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada. Vos renseignements personnels seront alors assujettis aux lois applicables, y compris les lois sur l'accès à l'information qui s'appliquent dans ces pays.

Nous utilisons également vos renseignements personnels pour administrer votre police d'assurance, traiter les demandes de règlement et agir comme l'autorise ou l'exige la loi. Nous pourrions aussi les utiliser afin de vous offrir, à vous le propriétaire, d'autres produits ou services financiers, ou pour vous aider à atteindre vos objectifs financiers ou pour toute autre raison à l'égard de laquelle vous avez donné votre autorisation.

Si vous nous avez fourni votre numéro d'assurance sociale (ou, dans le cas d'un propriétaire qui est une entité, notamment une société par actions, votre numéro d'entreprise (NE) ou, selon le cas, votre numéro d'entreprise du Québec (NEQ)), nous le conserverons en dossier, et vous convenez que nous pouvons l'utiliser à des fins de déclaration fiscale, d'identification et de tenue de dossiers.

Nous pouvons divulguer vos résultats médicaux à un fournisseur de soins de santé ou à une clinique dont vous avez indiqué le nom dans votre proposition.

## Renseignements importants au sujet de la trousse de contrat

Lorsque nous établissons une police, la trousse de contrat que nous fournissons comprend des renseignements personnels sur le propriétaire et les personnes à assurer. Si vous êtes la personne assurée sans être le propriétaire, vous acceptez que vos renseignements personnels soient communiqués au propriétaire. Nous pouvons également remettre un exemplaire de la trousse de contrat à tout propriétaire ultérieur, à un bénéficiaire, à un représentant de la succession ou à une personne qui accorde un prêt en échange de droits à l'égard de la police, comme l'exige la loi ou votre entente avec cette personne. Si un propriétaire ou une personne assurée décide ultérieurement de se retirer de la proposition, les renseignements sur cette personne figureront toujours sur tout exemplaire de la trousse de contrat que nous avons fournie, à moins que la personne nous demande par écrit de les retirer

### Si vous nous avez donné votre consentement **facultatif** de communiquer des renseignements additionnels à votre conseiller

Dans certaines provinces, votre conseiller est tenu par la loi de conserver une copie de votre proposition dans ses dossiers gardés en lieux sûrs. En plus des renseignements que vous avez fournis dans la proposition, vous avez peut-être aussi consenti à ce que nous communiquions des renseignements additionnels à votre sujet durant l'étude de votre proposition. Vous convenez que ce consentement est **facultatif** et que si vous nous l'avez donné, il prend fin de la façon décrite dans le présent document. Vous convenez que les renseignements que nous communiquons pourraient comprendre tout renseignement ayant trait à votre assurabilité.

Vous pouvez révoquer votre consentement en tout temps, par écrit. Lorsque nous aurons reçu votre demande de révocation, nous ne transmettrons plus de renseignements personnels ayant trait à votre assurabilité à votre conseiller.

Si nous n'établissons pas de police, votre consentement demeurera valide pendant 60 jours à compter de la date à laquelle nous aurons envoyé un avis de refus ou d'annulation de votre proposition.

Pour révoquer votre consentement, écrivez-nous à l'adresse suivante :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
Assurance individuelle  
255 avenue Dufferin  
London ON N6A 4K1

### Votre droit de consulter vos renseignements personnels

Vous avez le droit de consulter les renseignements personnels consignés dans votre dossier et de nous demander de les corriger. Vous pouvez également nous demander d'obtenir de plus amples renseignements sur l'autorisation que vous avez donnée à l'égard de vos renseignements personnels et sur la façon dont nous protégeons ces renseignements, y compris en ce qui a trait aux autres fournisseurs de services. Pour demander de tels renseignements, écrivez-nous à l'adresse suivante :

Chef de la conformité de la Canada Vie  
255 avenue Dufferin  
London ON N6A 4K1

Vous pouvez aussi visiter le site [canadavie.com](http://canadavie.com)

# Versement des prestations de décès

**Dans cette section, les termes *vous, votre et vos* désignent les propriétaires.**

En utilisant la section de la proposition sur les bénéficiaires, vous consentez aux modalités décrites ci-après. Si vous nous avez transmis séparément des directives spéciales par écrit, ces modalités pourraient ne pas s'appliquer.

Si votre proposition vise plus d'une personne à assurer (par exemple, la première personne à assurer et un enfant à assurer aux termes d'un avenant AssurEnfant – Vie temporaire), les modalités supplémentaires s'appliquent séparément à chaque personne à assurer.

Nous présentons dans ce qui suit des scénarios dans lesquels un bénéficiaire décède avant la personne assurée ou en même temps qu'elle. Il est important de retenir ce qui suit :

- Les prestations de décès que nous versons sont payables uniquement après le décès de la personne assurée
- Un bénéficiaire ne peut recevoir les sommes dues que s'il a survécu à la personne assurée

**Les renseignements présentés dans cette section sont invariablement assujettis aux modalités relatives à vos désignations de bénéficiaires, de même qu'à la loi applicable.** Si vous savez qu'un bénéficiaire n'a pas survécu à la personne assurée, vous devriez mettre à jour vos désignations.

## Si un bénéficiaire en premier ordre ne survit pas à la personne assurée

Si un bénéficiaire en premier ordre ne survit pas à la personne assurée, la part du bénéficiaire décédé sera répartie également entre les bénéficiaires en premier ordre survivants. Il en sera ainsi que vous ayez choisi ou non au préalable de répartir la prestation de décès en parts égales ou inégales entre les bénéficiaires en premier ordre survivants.

En l'absence de bénéficiaires en premier ordre survivants, la prestation serait versée aux bénéficiaires subsidiaires, ou à vous ou votre succession si aucun bénéficiaire subsidiaire n'a été désigné.

## Si un bénéficiaire subsidiaire ne survit pas à la personne assurée

En pareil cas, nous répartirions sa part comme nous le faisons lorsqu'un bénéficiaire en premier ordre ne survit pas à la personne assurée.

## Désignation d'une succession ou d'une autre entité à titre de bénéficiaire en premier ordre

Pour certains, désigner la succession de la personne à assurer ou une autre entité (comme un organisme de bienfaisance ou une société par actions) à titre de bénéficiaire en premier ordre constitue un outil de planification financière important.

L'une des options offertes dans la proposition visant la police de base consiste à désigner des bénéficiaires subsidiaires qui auront droit à un paiement seulement si AUCUN des bénéficiaires en premier ordre ne survit à la personne assurée. Si vous sélectionnez cette option, mais que vous désignez la succession de la personne à assurer à titre de bénéficiaire en premier ordre, il pourrait s'avérer impossible pour les bénéficiaires subsidiaires d'avoir un jour droit à un paiement.

## Si vous avez demandé à Souscrire une assurance vie avec participation ou une assurance Vie universelle

Vous comprenez que certaines des valeurs et des caractéristiques de la police ne sont pas garanties.



# Si vous avez des questions

**Appelez votre conseiller ou communiquez  
avec nous à l'adresse suivante :**

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie  
255 avenue Dufferin  
London ON N6A 4K1



Rendez-vous au **canadavie.com**

  **@CanadaVie**  **@canada\_vie**  **@CanadaLifeCo**

Numéro de téléphone sans frais : **1 888 252-1847**



Au Québec, toute référence au terme conseiller correspond à conseiller en sécurité financière au titre des polices d'assurance individuelle et de fonds distincts, et à conseiller en assurance collective / en régimes de rentes collectives au titre des produits collectifs.

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





## Supplément à la proposition – Vie universelle

# Choix d'options de Dépôts à intérêt pour la répartition des fonds

Numéro de la proposition / police

Nom du propriétaire (en caractères d'imprimerie) :

Prénom

Second prénom

Nom de famille

### Directives et informations

- Affaires nouvelles : utiliser le présent formulaire en conjonction avec la *Proposition d'assurance-vie (F17-8921)*, la *Proposition d'assurance-vie, d'assurance contre le risque de maladie grave et d'assurance invalidité (F17-8908)* ou la *Proposition d'assurance-vie, d'assurance contre le risque de maladie grave et d'assurance invalidité – version à utiliser au téléphone (F17-8909)*.
- Service à la clientèle : utiliser le présent formulaire en conjonction avec la *Demande de transformation simplifiée (F17-8345)* ou la *Demande de modification de police (F17-8217)*
- 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 toutes les sommes déposées 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 (F17-8165)*.
- À chaque anniversaire de police, nous vérifierons si votre police est exonérée d'impôt sans mesure corrective. Si ce n'est pas le cas, nous transférerons vers un compte auxiliaire le montant requis pour qu'elle le demeure. Ce compte aura recours à l'option de Dépôts à intérêt garanti à intérêt composé de cinq ans, à moins que vous ne nous en avisiez autrement à la **section 2**. Le transfert sera considéré comme une disposition aux fins de l'impôt sur le revenu.
- Vous pouvez modifier une répartition en tout temps. Toutefois, un rajustement selon la valeur marchande peut être applicable sur les retraits et transferts de fonds sortant des options de Dépôts à intérêt garanti demandés par le propriétaire.
- Tout dépôt dans vos options de Dépôts à intérêt garanti dépassant 1 000 000 \$ au total nécessite l'approbation de la Canada Vie.
- Il est nécessaire de remplir le formulaire *Détermination du statut de personne politiquement vulnérable (PPV)* (imprimé **F17-8294**) pour chaque personne qui est le propriétaire et / ou le responsable des primes :
  - Si le paiement initial prévu est de 100 000 \$ ou plus. Il n'est pas nécessaire de remplir un formulaire pour les paiements prévus subséquents.
  - Pour tout paiement **non prévu** de 100 000 \$ ou plus.

### 1. Répartition des primes

- a) **Prime prévue** de \_\_\_\_\_ \$
- b) **Périodicité** – cochez **une** case :  Prélèvements mensuels automatiques  Versement annuel
- c) **Prime supplémentaire** (montant forfaitaire) de \_\_\_\_\_ \$ Cochez **une** case :  
 À répartir comme indiqué dans la colonne *Prime suppl.* du tableau ci-dessous  
 À verser au compte auxiliaire (Il est possible d'y faire un dépôt directement seulement une fois que la prime maximale estimée pour l'année d'assurance a été réglée.)
- d) **Déposer les primes** – cochez **une** case :  
 Directement dans les options de Dépôts à intérêt choisies dans le tableau ci-dessous  
 **D'abord** à l'option de Dépôts à intérêt quotidien, **ensuite** aux options de Dépôts à intérêt choisies à la colonne *Prime prévue* column, lorsque le solde du compte de l'option de Dépôts à intérêt quotidien atteint \_\_\_\_\_ \$ ou plus.  
**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) **Veillez choisir vos options de Dépôts à intérêt selon les directives suivantes** :
- Maximum de dix choix
  - Les répartitions à un fonds donné ne peuvent être inférieures à 5 % (ni à 25 \$), **sous réserve des montants minimums suivants** : 500 \$ pour une option de Dépôts à intérêt variable ABC **ou** 25 \$ pour toute autre option de Dépôts à intérêt choisie.
  - **Si vous ne faites pas de choix**, votre prime sera créditée à l'option de Dépôts à intérêt quotidien.
- f) **Choix des options de Dépôts à intérêt pour le retrait des déductions mensuelles**  
 i) Retrait des déductions mensuelles de manière proportionnelle 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 \_\_\_\_\_  
 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 pour couvrir les déductions mensuelles, la différence sera financée par défaut selon l'option i) ci-dessus.

Numéro de la proposition / police :

Options de Dépôts à intérêt quotidien et à intérêt garanti	Répartition			Répartition	
	Prime prévue	Prime suppl.		Prime prévue	Prime suppl.
Intérêt quotidien (par défaut)	_____ %	_____ %			
Option à intérêt garanti – 1 an, intérêt composé	_____ %	_____ %	Option à intérêt garanti – 5 ans, intérêt composé	_____ %	_____ %
Option à intérêt garanti – 3 ans, intérêt composé	_____ %	_____ %	Option à intérêt garanti – 10 ans, intérêt composé	_____ %	_____ %
<b>Options de Dépôts à intérêt variable</b>					
<b>Options liées à un indice</b>					
Actions canadiennes	_____ %	_____ %	Science et technologies	_____ %	_____ %
Actions américaines	_____ %	_____ %	Actions européennes	_____ %	_____ %
Actions mondiales	_____ %	_____ %	Actions japonaises	_____ %	_____ %
Obligations canadiennes	_____ %	_____ %	États-Unis – petite capitalisation	_____ %	_____ %
Obligations à rendement réel	_____ %	_____ %			
<b>Options de Dépôts à intérêt variable liées à des fonds</b>					
<b>Options liées à des fonds à revenu fixe</b>					
Obligations de base Plus Franklin Bissett	_____ %	_____ %	Obligations de sociétés Mackenzie	_____ %	_____ %
<b>Options liées à des fonds d'actions</b>					
<b>Actions canadiennes</b>					
Valeur fondamentale ABC	_____ %	_____ %	Catég. d'excellence can. de crois. Invesco	_____ %	_____ %
Canadien Invesco	_____ %	_____ %	Ressources canadiennes Mackenzie	_____ %	_____ %
Actions canadiennes Franklin Bissett	_____ %	_____ %	Actions canadiennes AGF	_____ %	_____ %
Dividendes grandes cap. can. Mackenzie	_____ %	_____ %	Harbour (CI)	_____ %	_____ %
			Croissance can. Power Dynamique	_____ %	_____ %
<b>Actions américaines</b>					
Valeur d'Amérique ABC	_____ %	_____ %	Actions américaines AGF	_____ %	_____ %
			Croissance américain toutes cap. Mackenzie	_____ %	_____ %
<b>Options d'actions mondiales et internation.</b>					
Catégorie Mackenzie Croissance mondiale	_____ %	_____ %	Sociétés mondiales Invesco	_____ %	_____ %
Actions mondiales Fidelity	_____ %	_____ %	Actions internationales Dynamique	_____ %	_____ %
Actions internationales Templeton	_____ %	_____ %	Fidelity Étoile du Nord <sup>MD</sup>	_____ %	_____ %
<b>Fonds équilibrés canadiens</b>					
Revenu et croissance Harbour (CI)	_____ %	_____ %	Actifs canadiens Fidelity	_____ %	_____ %
Gestion globale ABC	_____ %	_____ %	Revenu mensuel Fidelity	_____ %	_____ %
<b>Comptes Profil / Affectation de l'actif</b>					
Profil prudent	_____ %	_____ %	Profil accéléré	_____ %	_____ %
Profil modéré	_____ %	_____ %	Profil énergétique	_____ %	_____ %
Profil équilibré	_____ %	_____ %			
<b>Le total des répartitions doit être de 100 %</b>					
	_____ %	_____ %		_____ %	_____ %

## 2. Compte auxiliaire – détenu par le propriétaire de police, ce compte ne fait pas partie de la police

- Un compte auxiliaire sera ouvert automatiquement pour cette police.
- Tout intérêt gagné dans ce compte est imposable.
- Les retraits de l'option de Dépôts à intérêt garanti composé de cinq ans demandés par le propriétaire de police sont assujettis à des rajustements de la valeur marchande. Les transferts automatiques à la police ne le sont pas.
- **Si aucun choix n'a été fait, les fonds seront crédités d'office à l'option de Dépôts à intérêt garanti composé de cinq ans.**

Les transferts de la police à ce compte seront attribués à :

L'option de Dépôts à intérêt quotidien **ou**  L'option de Dépôts à intérêt garanti 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) de répartir mes fonds comme il est indiqué ci-dessus. En cas de divergence entre le présent supplément et la proposition, les renseignements contenus dans le présent Supplément auront préséance.

Fait à (ville, province)	Date (jour/mois/année)
Signature du <b>propriétaire</b> (s'il s'agit d'une entité, le signataire autorisé signe <b>et indique son titre</b> ) <b>X</b>	Si le <b>propriétaire est une entité</b> , dénomination sociale de l'entité en caractères d'imprimerie
Signature du <b>propriétaire</b> , s'il y a plus d'un propriétaire (s'il s'agit d'une entité, le signataire autorisé signe <b>et indique son titre</b> ) <b>X</b>	Signature du <b>témoin</b> de toutes les signatures <b>X</b>