

Assurance individuelle

Proposition

Assurance vie

Assurance maladies graves

Assurance invalidité

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.

F17-8908 – 1/20

canada  ^{MC}

Proposition d'assurance vie, d'assurance maladies graves et d'assurance invalidité

Le code de couleurs de la présente proposition vous guidera vers les sections précises qu'il faut remplir selon le ou les produits demandés :

Tous les types
d'assurance

Assurance
vie

Assurance
maladies graves

Assurance
invalidité

Assurance maladies graves
et assurance invalidité

Contenu

	Numéro de page		Numéro de page
1. Renseignements généraux	1	Antécédents de conduite automobile et autres	
2. Renseignements sur la première personne à assurer	1	antécédents pertinents	24
3. Renseignements sur la deuxième personne à assurer (assurance vie)	2	Taille et poids	24
4. Renseignements sur le ou les propriétaires	2	Grossesse	25
5. Enfants à assurer au titre de l'avenant AssurEnfant – Vie temporaire et de l'avenant AssurEnfant – Assurance maladies graves (assurance vie)	5	Antécédents médicaux	25
6. Enfants à assurer au titre de l'assurance maladies graves	6	Renseignements médicaux	27
7. Exonération des primes / Garantie de paiement d'office de la prime (assurance vie)	7	Antécédents familiaux	29
8. Renseignements sur les bénéficiaires	7	Questionnaire relatif aux maux de dos	29
9. Adresse du propriétaire / pour correspondance future	11	Activités quotidiennes	30
10. Remplacements (assurance vie)	11	15. Renseignements personnels et médicaux sur les enfants à assurer	31
11. Demandes spéciales	11	Renseignements sur la protection	31
12. Conditions d'admissibilité à l'assurance vie provisoire	12	Résidence et voyages	32
13. Conditions d'admissibilité à la note de couverture temporaire relative à l'assurance maladies graves et à l'assurance invalidité (adulte et enfant)	12	Renseignements personnels	32
14. Renseignements personnels et médicaux sur le ou les adultes à assurer	13	Renseignements médicaux	34
Renseignements généraux	13	16. Questionnaire succinct sur l'état de santé des enfants	37
Résidence et voyages	13	17. Primes et paiements	39
Renseignements sur la protection	14	18. Attestation et entente visant un avenant Régime d'assurance-salaire (assurance invalidité)	41
Renseignements sur l'emploi	16	19. Consentement à la communication de renseignements additionnels à votre conseiller	42
Renseignements financiers	18	20. Consentements et signatures	43
Renseignements personnels	23	21. Rapport du conseiller	
		22. Entente de débit préautorisé (« entente »)	
		23. Reçu	
		24. Convention d'assurance vie provisoire	
		25. Note de couverture temporaire relative à l'assurance maladies graves et à l'assurance invalidité	
		26. Avis importants	

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.



Rendez-vous au canadavie.com

[in](#) [f](#) @CanadaVie [t](#) @canada_vie [i](#) @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.

4. Renseignements sur le ou les propriétaires (suite)

- 4.2 e) Profession / titre détaillé* : _____
 Nom de l'employeur ou de l'entité : _____
 *Dans le cas d'une personne retraitée ou sans emploi ou d'une personne au foyer ou d'un étudiant, il faut remplir le point 4.2 f)
 Nature des activités / type d'entreprise : _____ Revenu annuel gagné : _____ \$
 Revenu d'autres sources (précisez le montant et énumérez les sources) : _____ Valeur nette : _____ \$
- f) **Personne retraitée ou sans emploi :**
 Source de revenu : _____ Profession antérieure : _____
 Nom de l'employeur précédent ou de l'entité précédente : _____
 Nature des activités / type d'entreprise : _____
Personne au foyer ou étudiant : Source de revenu : _____
- g) **Situation fiscale – Répondez aux deux questions si vous demandez à souscrire une assurance Vie universelle ou une assurance-vie avec participation :**
 Êtes-vous un citoyen des États-Unis ou un résident américain aux fins de l'impôt sur le revenu des États-Unis? Oui Non
Dans l'affirmative, indiquez votre numéro d'identification fiscale (NIF) : _____
 Êtes-vous un résident aux fins de l'impôt d'un pays ou d'une région autre que le Canada ou les États-Unis? Oui Non
Dans l'affirmative, indiquez votre ou vos territoires de résidence aux fins de l'impôt : _____
 Indiquez votre numéro d'identification fiscale (NIF) : _____
 Si le propriétaire est une entité constituée ou non constituée en société (y compris une société de personnes, une fiducie ou un organisme sans but lucratif), remplissez le formulaire *Classification fiscale internationale d'une entité* (imprimé F17-8945).
- 4.3 **Deuxième propriétaire (assurance-vie, lorsqu'il y a plus d'un propriétaire)**
- a) **S'il s'agit d'une autre personne ou d'une entité**, veuillez indiquer son nom : **b) Sexe :** M F
 M. M^{me} D^(e)
- | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J | J | M | M | A | A | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
- _____ Date de naissance
- _____ Lien avec la personne à assurer
- Prénom _____ Second prénom _____ Nom de famille _____
- c) L'assurance proposée fait-elle suite à une recommandation de votre conseiller après analyse de votre situation financière et de vos obligations personnelles actuelles? Oui Non
- d) **Fournissez le ou les numéros pertinents pour la personne ou l'entité :**
- | | | | |
|----------------------------|----------------------------|---------------------------------|---|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Numéro d'assurance sociale | N° d'entreprise au fédéral | N° d'entreprise du Québec (NEQ) | Québec – N° d'identification de l'employeur |
- e) Profession / titre détaillé* : _____
 Nom de l'employeur ou de l'entité : _____
 *Dans le cas d'une personne retraitée ou sans emploi ou d'une personne au foyer ou d'un étudiant, il faut remplir le point 4.3 f)
 Nature des activités / type d'entreprise : _____ Revenu annuel gagné : _____ \$
 Revenu d'autres sources (précisez le montant et énumérez les sources) : _____ Valeur nette : _____ \$
- f) **Personne retraitée ou sans emploi :**
 Source de revenu : _____ Profession antérieure : _____
 Nom de l'employeur précédent ou de l'entité précédente : _____
 Nature des activités / type d'entreprise : _____
Personne au foyer ou étudiant : Source de revenu : _____
- g) **Situation fiscale – Répondez aux deux questions si vous demandez à souscrire une assurance Vie universelle ou une assurance-vie avec participation :**
 Êtes-vous un citoyen des États-Unis ou un résident américain aux fins de l'impôt sur le revenu des États-Unis? Oui Non
Dans l'affirmative, indiquez votre numéro d'identification fiscale (NIF) : _____
 Êtes-vous un résident aux fins de l'impôt d'un pays ou d'une région autre que le Canada ou les États-Unis? Oui Non
Dans l'affirmative, indiquez votre ou vos territoires de résidence aux fins de l'impôt : _____
 Indiquez votre numéro d'identification fiscale (NIF) : _____
 Si le propriétaire est une entité constituée ou non constituée en société (y compris une société de personnes, une fiducie ou un organisme sans but lucratif), remplissez le formulaire *Classification fiscale internationale d'une entité* (imprimé F17-8945).

4. Renseignements sur le ou les propriétaires (suite)

4.6 b) (suite) Numéro d'enregistrement :

- i) Numéro de constitution en société : _____
Compétence : Fédérale ou Provinciale / territoriale (précisez) : _____
- ii) Autre numéro d'enregistrement dans le cas d'une entité non constituée en société : _____
Type de numéro : _____
Compétence : Fédérale ou Provinciale / territoriale (précisez) : _____

c) Avez-vous, en votre qualité de conseiller, examiné les documents originaux et valides et consigné les renseignements demandés ci-dessus en présence du propriétaire? Oui Non

Dans la négative, si le régime est détenu par un particulier, rencontrez le propriétaire et remplissez le formulaire *Identification du propriétaire et détermination du tiers* (imprimé F17-8341). **Si une rencontre avec le propriétaire n'est pas possible**, demandez et remplissez le formulaire *Relatif à l'identification du propriétaire au moyen d'une pièce d'identité sans photo* (imprimé F46-10771).

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

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

- a) 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 une autre personne ou entité demande-t-elle au propriétaire de soumettre la demande ou signe-t-elle au nom du propriétaire? Oui Non

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

À noter : Si le propriétaire est une entité, la personne autorisée qui signe au nom de l'entité n'est pas un tiers. Cette personne doit être identifiée au moyen du *Questionnaire à l'intention des proposant / propriétaires qui sont des entités* (imprimé F17-8295).

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

Nom du tiers _____ Date de naissance

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

 Lien avec le propriétaire _____
Adresse* : _____ Numéro et rue _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

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

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

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

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

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

Nom de l'employeur / de l'entité _____

Nature de l'entité / type d'entreprise _____

- c) Toute personne qui signe au nom d'un propriétaire (p. ex., par procuration) doit être identifiée au moyen d'une pièce d'identité avec photo appropriée et délivrée par le gouvernement : (sauf la carte d'assurance-maladie ou d'assurance sociale)

Nom du signataire	Type de document	N° de document	Lieu de délivrance	Date de délivrance (jj/mmm/aaaa)	Date d'expiration (jj/mmm/aaaa)

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

5. Enfants à assurer au titre de l'avenant AssurEnfant – Vie temporaire (assurance-vie)

5.1

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

7. Exonération des primes / Garantie de paiement d'office de la prime (assurance-vie)

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

Premier propriétaire ou personne nommée ci-dessous :

Prénom Second prénom Nom de famille

Numéro d'assurance sociale (NAS) :

Province / État / Pays de : Résidence : Naissance :

Adresse du domicile* : Numéro et rue

Ville Province Code postal

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

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

Sous deuxième personne à assurer ou

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

Sexe : M F

J J M M M A A A A A

Date de naissance

Lien avec la première personne à assurer

Numéro de téléphone à privilégier :

()

Domicile

()

Cellulaire

()

Travail

Meilleur moment pour appeler si une entrevue téléphonique est jugée nécessaire : Jour Soir

Pour de plus amples renseignements sur le programme d'entrevues téléphoniques avec les clients, reportez-vous à la section 26.

8. Renseignements sur les bénéficiaires

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

Désignation de bénéficiaires

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

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

Si vous préférez, vous pouvez nous fournir des directives différentes à l'égard de vos bénéficiaires (ou de votre fiduciaire – voir 8.5 ci-dessous).

Désignations révocable et irrévocable

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

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

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

Si vous désignez votre conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) à titre de bénéficiaire en **premier ordre**, la loi établit qu'une telle désignation est **irrévocable**, à moins que vous ne cochiez la case **Révocable** en regard du nom de votre conjoint en 8.2 ou 8.4, selon ce qui est applicable.

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

8.2 Désignation de bénéficiaires (Avenant Mort ou mutilation accidentelles au titre de l'assurance invalidité)

Vous désignez les bénéficiaires en **premier ordre** suivants advenant un décès accidentel.

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

Avenant Mort ou mutilation accidentelles au titre de l'assurance invalidité

Bénéficiaires subsidiaires

8. Renseignements sur les bénéficiaires (suite)

8.3 Désignation de bénéficiaires (assurance maladies graves et assurance invalidité)

Pour désigner des bénéficiaires, lorsque la loi le permet, remplissez le formulaire *Désignation de bénéficiaire* (imprimé F544(CL)(f)).

Pour faire verser les prestations à une autre personne, lorsque la loi le permet, remplissez le formulaire *Directives de paiement* (imprimé F545(CL)(f)).

8.4 Désignation de bénéficiaires (assurance-vie)

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

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

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

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

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

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

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

Vous désignez les bénéficiaires **subsidiaries** suivants :

Nom (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)	Âge	Pourcentage (total de 100 %)	Lien avec la première personne à assurer (au Québec, lien avec le propriétaire)

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

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

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

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

Lien avec le propriétaire : **Première personne à assurer** : _____

Deuxième personne à assurer : _____

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

Bénéficiaires en premier ordre de la ou des personnes à assurer

Bénéficiaires subsidiaires de la ou des personnes à assurer

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

Bénéficiaires subsidiaires

8. Renseignements sur les bénéficiaires (suite)

Bénéficiaires en premier

Bénéficiaires subsidiaires

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

Bénéficiaires subsidiaires

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

Bénéficiaires subsidiaires

Bénéficiaires en premier ordre de la personne à assurer au titre de l'avenant Temporaire 30 ans

Bénéficiaires subsidiaires

Bénéficiaires en premier ordre de la personne à assurer au titre de l'avenant Temporaire jusqu'à 65 ans

Bénéficiaires subsidiaires

8.4 c) suite ou Aux bénéficiaires en premier ordre désignés ci-dessous :

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

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

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

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

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

f) Bénéficiaires de la personne à assurer au titre de l'avenant Temporaire 30 ans

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

g) Bénéficiaires de la personne à assurer au titre de l'avenant Temporaire jusqu'à 65 ans

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

8. Renseignements sur les bénéficiaires (suite)

Versement des prestations de décès

Bénéficiaires désignés en 8.2 et 8.4.

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

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

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

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

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

- Proportionnellement**, en fonction de leurs pourcentages, **ou**
 En parts égales, sans égard à leurs pourcentages

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

OU

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

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

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

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

- Proportionnellement**, en fonction de leurs pourcentages, **ou**
 En parts égales, sans égard à leurs pourcentages

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

OU

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

8.5 Fiduciaire des bénéficiaires mineurs

À noter : Veuillez ne pas remplir la présente section :

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

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

Nom du fiduciaire :

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

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

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

9. Adresse du propriétaire / pour correspondance future

Même adresse que la première personne à assurer, ou :

Numéro et rue

Ville

Province

Code postal

Si l'adresse ci-dessus est une case postale, une route rurale ou la poste restante, précisez le lieu physique de la résidence (ou du lieu d'affaires principal de l'entité) ci-dessous :

À noter : S'il y a un propriétaire différent aux termes de chaque police, indiquez l'adresse de chaque propriétaire à la section 11 intitulée *Demandes spéciales*.

10. Remplacements (assurance vie)

10.1 La police demandée dans la présente proposition remplacera-t-elle une protection existante de la Canada Vie, de la London Life ou de la Great-West? Oui Non

Dans l'affirmative, fournissez les renseignements demandés ci-dessous ainsi qu'en 17.2 – Autorisation de transfert de fonds / remplacement d'assurance en vigueur. À noter : La **protection aux termes de la police existante prendra fin**, à moins d'indication contraire de votre part ci-dessous.

Nom de la personne à assurer

Nom de la personne à assurer

Nom du propriétaire

Nom du propriétaire

Numéro de police

Numéro de police

Rachat et remplacement

Remplacer la **police en entier** et (cochez **une** case) :

- Transférer le produit du rachat à la nouvelle police (par défaut)
- Envoyer le produit du rachat au propriétaire de police

Remplacer **l'avenant temporaire seulement** et (cochez **une** case) :

- Transférer le produit du rachat à la nouvelle police (par défaut)
- Envoyer le produit du rachat au propriétaire de police

Transférer la valeur à partir d'une police en vigueur

Bonifications d'assurance libérée _____ \$

Participations accumulées _____ \$

Rachat et remplacement

Remplacer la **police en entier** et (cochez **une** case) :

- Transférer le produit du rachat à la nouvelle police (par défaut)
- Envoyer le produit du rachat au propriétaire de police

Remplacer **l'avenant temporaire seulement** et (cochez **une** case) :

- Transférer le produit du rachat à la nouvelle police (par défaut)
- Envoyer le produit du rachat au propriétaire de police

Transférer la valeur à partir d'une police en vigueur

Bonifications d'assurance libérée _____ \$

Participations accumulées _____ \$

10.2 **Dans l'affirmative en 10.1, pourquoi remplacez-vous votre police existante?**

Coût Recommandation du conseiller Caractéristiques ou garanties plus avantageuses

Répond mieux aux besoins actuels Autre (précisez) : _____

11. Demandes spéciales

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.

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

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

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

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

Première personne à assurer		Deuxième personne à assurer		Enfants	
Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non

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

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

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

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

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

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

Détachez et remettez la section 24, *Convention d'assurance-vie provisoire*, au propriétaire.

13. Conditions d'admissibilité à la note de couverture temporaire relative à l'assurance maladies graves et à l'assurance invalidité (adulte et enfant)

Aucune note de couverture temporaire n'est établie à l'égard d'une personne à assurer dans les cas suivants :

- Si l'on a répondu par « oui » ou qu'on n'a pas répondu à l'une des questions à la section 13.
- Si l'âge réel de la personne à assurer est de 61 ans ou plus (ou de moins de 60 jours dans le cas de l'assurance maladies graves ou de moins de 18 ans dans le cas de l'assurance invalidité)
- Si la personne à assurer a l'intention de voyager hors du Canada ou des États-Unis au cours des **trois prochains mois**.
- Si le paiement minimal exigé n'a pas été reçu.

13.1 Au cours des **60 derniers jours**, avez-vous été admis dans un hôpital ou dans tout autre établissement de soins ou vous a-t-on conseillé d'y être admis, pour une raison autre qu'une grossesse?

Personne à assurer
 Oui Non

13.2 Au cours des **deux dernières années** :

a) Avez-vous reçu des soins en lien avec une maladie du cœur, un accident cérébrovasculaire ou un cancer, ou avez-vous présenté des symptômes de l'une de ces affections?

Oui Non

b) Votre permis de conduire a-t-il été suspendu?

Oui Non

c) Avez-vous présenté une proposition d'assurance-vie, d'assurance invalidité, d'assurance maladies graves ou d'assurance de soins de longue durée qui a été refusée ou reportée?

Oui Non

d) Avez-vous été absent du travail pendant **plus de 15 jours consécutifs** pour des raisons de santé ou par suite d'une blessure?

Oui Non

e) Avez-vous été soigné pour une maladie ou des troubles du dos ou de santé mentale, ou présenté des symptômes de telles affections?

Oui Non

Détachez et remettez la section 25, *Note de couverture temporaire relative à l'assurance maladies graves et à l'assurance invalidité*, au propriétaire.

13.3 Au cours des **60 derniers jours**, avez-vous été admis dans un hôpital ou dans tout autre établissement de soins ou vous a-t-on conseillé d'y être admis, pour une raison autre qu'une grossesse?

Oui Non

13.4 Avez-vous déjà été soigné pour l'une des affections suivantes ou présenté des symptômes de l'une de ces affections : angine, ECG anormal, accident ischémique transitoire (AIT), sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) ou maladie du motoneurone?

Oui Non

13.5 Avez-vous déjà consulté un fournisseur de soins de santé, reçu des soins ou subi des examens relativement à l'une des affections suivantes : maladie du cœur ou du système circulatoire, crise cardiaque, douleurs thoraciques, accident cérébrovasculaire, paralysie, cécité, diabète, hypertension artérielle, maladie du rein, du foie ou pulmonaire chronique, cancer, syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou avez-vous reçu des résultats d'examen indiquant une exposition au VIH (virus du sida)?

Oui Non

13.6 Avez-vous déjà été une personne à assurer aux termes d'une proposition d'assurance-vie, d'assurance invalidité, d'assurance maladies graves ou d'assurance de soins de longue durée qui a été refusée, reportée ou modifiée pour des raisons médicales de quelque façon que ce soit, sauf s'il s'agit d'une police dont toutes les modifications ont été supprimées?

Oui Non

Détachez et remettez la section 25, *Note de couverture temporaire relative à l'assurance maladies graves et à l'assurance invalidité*, au propriétaire.

Si une assurance invalidité est demandée (y compris l'assurance invalidité, l'assurance frais généraux, l'assurance Rachat de parts ou l'assurance du personnel clé)

Si l'assurance maladies graves (adultes) est demandée

13. Conditions d'admissibilité à la note de couverture temporaire relative à l'assurance maladies graves et à l'assurance invalidité (adulte et enfant) (suite)

Si l'assurance maladies graves (enfants) est demandée :

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

13.7 Au cours des **60 derniers jours**, l'enfant a-t-il été admis dans un hôpital ou dans tout autre établissement de soins?

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

13.8 L'enfant a-t-il déjà consulté un fournisseur de soins de santé, reçu des soins ou subi des examens relativement à l'une des affections suivantes : tout symptôme d'une perte de la parole ou de l'ouïe, de cécité, de diabète, de troubles cardiaques, de cancer, du syndrome d'immunodéficience acquise (sida), ou a-t-il reçu des résultats d'examen indiquant une exposition au VIH (virus du sida)?

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

13.9 L'enfant a-t-il déjà eu une anomalie congénitale ou une maladie héréditaire, ou a-t-il actuellement des troubles de santé nécessitant des soins ou investigations?

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

13.10 Une proposition d'assurance-vie ou d'assurance maladies graves sur la tête de l'enfant a-t-elle déjà été refusée, reportée ou modifiée pour des raisons médicales de quelque façon que ce soit, sauf s'il s'agit d'une police dont toutes les modifications ont été supprimées?

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

Détachez et remettez la section 25, Note de couverture temporaire relative à l'assurance maladies graves et à l'assurance invalidité, au propriétaire.

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

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

Renseignements généraux

14.1 Parlez-vous et lisez-vous le français?

Oui Non Oui Non

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

Première

personne à assurer : a) Langue utilisée : _____

b) Personne ayant assuré la traduction : Conseiller ou

Nom : _____

Lien avec la personne à assurer : _____

Deuxième

personne à assurer : a) Langue utilisée : _____

b) Personne ayant assuré la traduction : Conseiller ou

Nom : _____

Lien avec la personne à assurer : _____

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

Oui Non Oui Non

Dans la négative, précisez la raison :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

Résidence et voyages

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

Oui Non Oui Non

Dans la négative, donnez tous les renseignements pertinents :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

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

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

Résidence et voyages (suite)

- 14.4 Êtes-vous citoyen ou résident permanent du Canada? Oui Non Oui Non
- Dans la négative**, avez-vous présenté une demande en vue d'obtenir le statut de résident permanent? Oui Non Oui Non

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

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

Dans la négative, donnez tous les renseignements pertinents :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

- 14.5 Depuis combien de temps résidez-vous au Canada?

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

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

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

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

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

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

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

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

Pour toute réponse affirmative en 14.6, remplissez également le *Questionnaire relatif au voyage / à la résidence à l'étranger* (formulaire F0443A-1).

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

Renseignements sur la protection

- 14.7 Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance-vie, d'assurance invalidité, d'assurance Rachat de parts en cas d'invalidité, d'assurance maladies graves, d'assurance de soins de longue durée ou d'assurance frais généraux qui a été refusée, reportée, modifiée ou acceptée sur une base autre que la base demandée? Oui Non Oui Non

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

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

- 14.8 Détenez-vous une police individuelle d'assurance-vie, d'assurance maladies graves (A.M.G.), d'assurance de soins de longue durée (A.S.L.D.), d'assurance frais généraux (A.F.G.) ou d'assurance Rachat de parts en cas d'invalidité, ou y a-t-il une assurance invalidité (A.I.) individuelle, collective, d'association ou autre en vigueur sur votre tête, ou encore à l'étude ou envisagée? Oui Non Oui Non

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

Veuillez soumettre les formulaires de divulgation requis.

Veuillez indiquer le nom des formulaires soumis : _____

Indiquez également le montant total de la garantie en cas de décès accidentel et de la garantie d'exonération des primes actuellement en vigueur auprès de la Canada Vie et de tout autre assureur : _____ \$

Dans le cas de l'assurance-vie

>

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

Nom de la personne à assurer	Nom de la société	Type d'assurance	Montant d'assurance Pour l'A.M.G., voir la note ci-dessous*	A.I. seulement			Indiquez : • L'Année d'établissement • « En vigueur » • « À l'étude » ou • « Envisagée »	But de l'assurance (Vie et A.M.G. seulement)	La protection sera-t-elle modifiée ou remplacée? Si elle est modifiée, précisez. Si une police de la Canada Vie, de la London Life ou de la Great-West est remplacée, indiquez le numéro de police.
				Période d'indemnisation	Période d'attente	Prestations impossibles?			
		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> A.M.G. <input type="checkbox"/> A.I./A.F.G. <input type="checkbox"/> A.S.L.D. <input type="checkbox"/> Rachat A.I.	\$			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Modifiée <input type="checkbox"/> Remplacée Numéro de police : _____	

Si la protection est modifiée, précisez : _____

		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> A.M.G. <input type="checkbox"/> A.I./A.F.G. <input type="checkbox"/> A.S.L.D. <input type="checkbox"/> Rachat A.I.	\$			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Modifiée <input type="checkbox"/> Remplacée Numéro de police : _____
--	--	--	----	--	--	--	--	---

Si la protection est modifiée, précisez : _____

		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> A.M.G. <input type="checkbox"/> A.I./A.F.G. <input type="checkbox"/> A.S.L.D. <input type="checkbox"/> Rachat A.I.	\$			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Modifiée <input type="checkbox"/> Remplacée Numéro de police : _____
--	--	--	----	--	--	--	--	---

Si la protection est modifiée, précisez : _____

		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> A.M.G. <input type="checkbox"/> A.I./A.F.G. <input type="checkbox"/> A.S.L.D. <input type="checkbox"/> Rachat A.I.	\$			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Modifiée <input type="checkbox"/> Remplacée Numéro de police : _____
--	--	--	----	--	--	--	--	---

Si la protection est modifiée, précisez : _____

		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> A.M.G. <input type="checkbox"/> A.I./A.F.G. <input type="checkbox"/> A.S.L.D. <input type="checkbox"/> Rachat A.I.	\$			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Modifiée <input type="checkbox"/> Remplacée Numéro de police : _____
--	--	--	----	--	--	--	--	---

Si la protection est modifiée, précisez : _____

		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> A.M.G. <input type="checkbox"/> A.I./A.F.G. <input type="checkbox"/> A.S.L.D. <input type="checkbox"/> Rachat A.I.	\$			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Modifiée <input type="checkbox"/> Remplacée Numéro de police : _____
--	--	--	----	--	--	--	--	---

Si la protection est modifiée, précisez : _____

* Pour l'assurance maladies graves, si le montant de la protection augmente automatiquement, indiquez le montant définitif.

Dans le cas de l'assurance invalidité

>

14.9 a) L'avenant Complément – Collective est-il demandé?

 Oui Non

Dans l'affirmative, la participation à l'assurance collective est-elle obligatoire?

 Oui Non

b) Si l'avenant de garantie facultative Mort ou mutilation accidentelles est demandé,

êtes-vous actuellement couvert par une autre assurance en cas de mort ou de mutilation accidentelles ou en avez-vous fait la demande?

 Oui Non

Dans l'affirmative, donnez tous les renseignements pertinents, y compris le montant en vigueur et / ou demandé et précisez si l'assurance en vigueur doit être remplacée.

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

Renseignements sur l'emploi

Dans le cas de l'assurance-vie et de l'assurance maladies graves

14.10 Première personne à assurer :

a) Profession* : _____ Nature de l'entité / type d'entité : _____
 * Dans le cas d'une personne retraitée ou sans emploi ou d'une personne au foyer ou d'un étudiant, il faut remplir le 14.10 d)

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

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

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

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

Source du revenu non gagné : _____

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

Profession antérieure : _____

Personne au foyer ou étudiant : Source de revenu : _____

À la charge de qui êtes-vous? _____

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

Profession : _____

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

Source du revenu non gagné : _____

Montant d'assurance en vigueur :

Assurance-vie _____ \$ Assurance maladies graves _____ \$ Assurance invalidité _____ \$

La question 14.11 s'applique à l'assurance-vie

>

14.11 Deuxième personne à assurer :

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

* Dans le cas d'une personne retraitée ou sans emploi ou d'une personne au foyer ou d'un étudiant, il faut remplir le 14.11 d)

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

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

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

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

Source du revenu non gagné : _____

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

Profession antérieure : _____

Personne au foyer ou étudiant : Source de revenu : _____

À la charge de qui êtes-vous? _____

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

Profession : _____

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

Source du revenu non gagné : _____

Montant d'assurance en vigueur :

Assurance-vie _____ \$ Assurance maladies graves _____ \$ Assurance invalidité _____ \$

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

Dans le cas de l'assurance invalidité

14.12 Profession : _____

Tâches	Pour cent du temps de travail	Description
Administratives / de bureau	%	
Manuelles / physiques	%	
Supervision	%	
Ventes	%	
Autres (précisez) : _____	%	

14.14 Depuis combien de temps possédez-vous cette entité ou travaillez-vous pour cet employeur? _____ an(s)

14.15 Quelle est la nature de l'entité? _____

14.16 a) Nombre d'heures de travail par semaine : _____

b) Nombre de semaines de travail par année : _____

14.17 Pourcentage du temps consacré au travail à domicile? _____ pour cent

14.18 Prévoyez-vous changer d'employeur ou de profession? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez : _____

14.19 Nom de l'entité / de l'employeur et de la profession antérieurs : _____

14.20 Avez-vous un emploi à temps partiel ou un emploi saisonnier? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez : _____

14.21 Êtes-vous couvert par l'assurance-emploi? Oui Non

14.22 Avez-vous reçu des prestations d'assurance-emploi au cours des **deux dernières années**? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez et indiquez les dates : _____

14.23 Si vous êtes un travailleur autonome, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous :

Propriétaire unique Société de personnes Société par actions

Part dans l'entité _____ % Année de constitution de l'entité : _____

Nombre de salariés à temps plein : _____ à temps partiel : _____

Nombre d'associés ou d'actionnaires (en vous incluant) : _____ Nombre de salariés relevant directement de vous : _____

14.24 Si vous manquez d'espace pour répondre aux questions 14.12 à 14.23, veuillez utiliser la partie ci-dessous.

Numéro de la question	Précisions

14.25 **Système de catégorisation des excellents risques – À remplir si l'assurance invalidité est demandée pour les classes professionnelles A, 2A et 3A seulement.**

Classe professionnelle initiale : _____ (d'après l'illustration ou le *Guide du conseiller sur l'assurance invalidité*)

À noter : Veuillez remplir le tableau de la page suivante pour déterminer si vous êtes admissible à une majoration de la classe professionnelle.

- Il est possible de bénéficier d'une majoration d'une classe professionnelle, soit de la classe A à la classe 2A, de la classe 2A à la classe 3A ou encore, de la classe 3A à la classe 4A.
- Il est possible de bénéficier d'une majoration de deux classes professionnelles, soit de la classe A à la classe 3A ou de la classe 2A à la classe 4A.
- Des points ne peuvent être obtenus qu'une seule fois dans chaque catégorie et le nombre total des points obtenus déterminera s'il est possible de passer à une classe professionnelle supérieure.

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

Dans le cas de l'assurance invalidité

14.25 Système de catégorisation des excellents risques – À remplir si l'assurance invalidité est demandée pour les classes professionnelles A, 2A et 3A seulement. (suite)

Catégorie		Points possibles**	Points obtenus
1	Revenu gagné (revenu net après déduction des dépenses d'entreprise, mais avant impôts)* dans chacune des deux dernières années :		
	60 000 \$ à 74 999 \$	15	
	75 000 \$ à 119 999 \$	25	
	120 000 \$ et plus	35	
*Comprend la majoration de 20 pour cent dans le cas d'un travailleur autonome. **Pour les agents d'immeuble, soustrayez 5 points à l'égard de chaque tranche de revenu gagné.			
À noter	<ul style="list-style-type: none"> Une preuve financière qui répond aux exigences de la Canada Vie doit être soumise à l'appui des points accordés au titre du revenu gagné. Les travailleurs autonomes peuvent être en mesure de majorer leur revenu assurable de 20 pour cent, jusqu'à concurrence d'un maximum annuel de 40 000 \$. Pour obtenir de plus amples renseignements, voir la section Renseignements d'ordre financier – Majoration de 20 % du revenu dans le <i>Guide du conseiller sur l'assurance invalidité</i>. 		
2	Nombres d'années d'exercice de la profession actuelle		
	3 ans	15	
	4 ans	25	
	5 ans et plus	35	
3	Remboursement de la prime		
	Avenant Remboursement de la prime (50 %) demandé	15	
Total	Si le total des points est de : 0 à 54 – laisser à la même classe 55 à 74 – porter à la classe supérieure 75 ou plus – porter à la deuxième classe supérieure		Total

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

Renseignements financiers

À noter : Dans le cas d'un enfant à assurer (de 17 ans ou moins), veuillez répondre aux questions 14.26 à 14.30 à l'égard du propriétaire.

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

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

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

Oui Non Oui Non

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

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

Dans la négative, donnez tous les renseignements pertinents :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

Dans le cas de l'assurance-vie et de l'assurance maladies graves

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

Première personne à assurer

Assurance personnelle

Revenu au survivant Liquidation d'hypothèque ou de dettes

Paiement des derniers frais Épargne ou fonds de retraite

Préservation du patrimoine Dons de bienfaisance

Autre (précisez) : _____

Assurance commerciale

Assurance du personnel clé

Succession de l'entreprise ou achat d'actions

- Convention d'achat (propriétaire unique)
- Assurance Rachat de parts d'associés
- Assurance Rachat de parts d'actionnaires
- Rachat d'actions

Protection d'un prêt commercial (fournissez une copie du contrat)

Autre (précisez) : _____

Deuxième personne à assurer

Assurance personnelle

Revenu au survivant Liquidation d'hypothèque ou de dettes

Paiement des derniers frais Épargne ou fonds de retraite

Préservation du patrimoine Dons de bienfaisance

Autre (précisez) : _____

Assurance commerciale

Assurance du personnel clé

Succession de l'entreprise ou achat d'actions

- Convention d'achat (propriétaire unique)
- Assurance Rachat de parts d'associés
- Assurance Rachat de parts d'actionnaires
- Rachat d'actions

Protection d'un prêt commercial (fournissez une copie du contrat)

Autre (précisez) : _____

Dans le cas de l'assurance-vie

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

Dans le cas de l'assurance maladie grave >

Renseignements financiers (suite)

- 14.28 Pourquoi demandez-vous cette assurance maladies graves? (cochez toutes les cases qui s'appliquent)
- Protection personnelle / familiale Assurance hypothécaire Assurance commerciale du personnel clé
- Assurance prêt commercial
- Assurance commerciale de rachat de parts, de vente d'actions ou de protection des actionnaires
- Autre (précisez) : _____

	Première personne à assurer	Deuxième personne à assurer
14.29 a) Valeur nette personnelle (actif personnel moins passif)	_____ \$	_____ \$
b) Si l'objet de l'assurance est la préservation du patrimoine, impôts estimatifs à payer au décès (gains en capital, droits de succession, RER fermé, etc.)	_____ \$	_____ \$
c) Le montant de tout prêt hypothécaire sur une résidence principale, une propriété de loisirs ou les deux doit-il être assuré?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dans l'affirmative, quel est le solde du ou des prêts hypothécaires?	_____ \$	_____ \$
d) Si l'assurance est souscrite aux fins de protection hypothécaire, quel est le solde du prêt hypothécaire?	_____ \$	_____ \$
14.30 Si l'assurance est souscrite à des fins commerciales, fournissez les renseignements financiers demandés sur l'entité ci-dessous :		
a) Assurance Rachat de parts :		
Valeur nette (capitaux propres, soit l'actif moins le passif)	_____ \$	_____ \$
Revenu annuel brut – an dernier (c.-à-d. les ventes)	_____ \$	_____ \$
Revenu annuel net avant impôts – an dernier	_____ \$	_____ \$
Juste valeur marchande de l'entité	_____ \$	_____ \$
Méthode de calcul de la juste valeur marchande :		
Première personne à assurer :	_____	
Deuxième personne à assurer :	_____	
b) Assurance prêt commercial :		
Montant du prêt commercial impayé	_____ \$	
Période de remboursement	_____ années	
Date d'approbation du prêt	J J M M M A A A A	
Autres assurances créances en vigueur :		
Première personne à assurer :	_____	
Deuxième personne à assurer :	_____	
c) Pourcentage de l'entité détenu par chaque personne à assurer	_____ %	_____ %
d) Assurance du personnel clé :		
Expliquez pourquoi la personne à assurer est une personne clé :		
Première personne à assurer :	_____	
Deuxième personne à assurer :	_____	
Salaires et bonis sur une base annuelle (montant prévu pour l'année en cours)	_____ \$	_____ \$
e) Est-ce que tous les propriétaires de l'entité ou toutes les personnes clés sont déjà couverts par une assurance-vie ou une assurance maladies graves ou demandent à souscrire une assurance-vie ou une assurance maladies graves? Dans l'affirmative, fournissez tous les renseignements demandés ci-dessous :		
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Première personne à assurer : Nombre d'associés / de personnes clés :	_____	
Montant d'assurance sur la tête de chaque associé / personne clé	_____ \$	
Deuxième personne à assurer : Nombre d'associés / de personnes clés :	_____	
Montant d'assurance sur la tête de chaque associé / personne clé	_____ \$	
Dans la négative, précisez la raison :		
Première personne à assurer :	_____	
Deuxième personne à assurer :	_____	

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

Dans le cas de l'assurance invalidité

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

- Rente d'invalidité Paiement des frais généraux Rachat de parts
 Protection du personnel clé (remplissez aussi le formulaire F6005A-2 intitulé *Supplément – Assurance société en cas d'invalidité*)

14.32 a) Quelle est votre situation d'emploi? Remplissez les parties appropriées :

Salarié – cochez une case : Salarié à rémunération fixe Salarié à la commission

Revenu annuel gagné (tel qu'il est déclaré aux fins de l'impôt sur le revenu)	Année en cours (montant prévu)	An dernier (montant réel)
Salaire avant impôts (selon le relevé T4)	\$	\$
Commissions (après les dépenses d'entreprise, mais avant impôts)	\$	\$
Autres revenus ou avantages imposables (précisez) :	\$	\$

Propriétaire d'une entreprise constituée en société Date de constitution : M J M A J A J A

Revenu annuel gagné (tel qu'il est déclaré aux fins de l'impôt sur le revenu)	An dernier (montant réel)	Il y a deux ans (montant réel)
Salaire avant impôts (selon le relevé T4)	\$	\$
Votre part des bénéfices de l'entreprise avant impôts	\$	\$
Autres revenus ou avantages imposables (précisez) :	\$	\$
Revenu brut de l'entreprise	\$	\$

Propriétaire d'une entreprise non constituée en société (propriétaire unique ou associé)

Revenu annuel gagné (tel qu'il est déclaré aux fins de l'impôt sur le revenu)	An dernier (montant réel)	Il y a deux ans (montant réel)
Votre part du bénéfice net de l'entreprise (après les dépenses d'entreprise, mais avant impôts)	\$	\$
Revenu brut de l'entreprise	\$	\$

b) Pour connaître les documents financiers requis, consultez l'illustration A.I. ou l'imprimé *La tarification financière de l'assurance invalidité* (imprimé F46-9017) :

- Documents joints à la proposition Documents à suivre

14.33 Votre revenu non gagné (revenu annuel net qui continuera d'être versé au cours d'une période d'invalidité, c.-à-d. revenus de placement ou de location, redevances, rentes et autres revenus similaires d'autres sources) excède-t-il 24 000 \$ par année ou 2 000 \$ par mois?

Oui Non

14.34 Votre valeur nette dépasse-t-elle cinq millions de dollars?

Oui Non

14.35 Le montant total d'assurance invalidité demandée et en vigueur dépasse-t-il 8 000 \$ par mois?

Oui Non

14.36 Pour toute réponse affirmative aux questions 14.33 à 14.35, fournissez les renseignements demandés dans le tableau ci-dessous :

Actif		Passif	
Liquidités	\$	Hypothèques – Résidence principale	\$
Biens immobiliers – Résidence principale	\$	Autres	\$
Autres	\$	Emprunts	\$
Valeur de la part détenue dans l'entreprise	\$	Autres dettes (précisez) :	\$
Placements dans les entreprises	\$		\$
Actions et obligations	\$		\$
Biens personnels	\$		\$
Autres éléments d'actif (précisez) :	\$		\$
Actif total	\$	Passif total	\$
		Valeur nette (actif total – passif total)	\$

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

14.36 Pour toute réponse affirmative aux questions 14.33 à 14.35, fournissez les renseignements demandés dans le tableau ci-dessous : (suite)

Revenu non gagné (revenu annuel net qui continuera d'être versé au cours d'une période d'invalidité)	Cumul de l'année	An dernier
Dividendes et revenus en intérêts	\$	\$
Revenus immobiliers (revenu net après déduction des prêts hypothécaires et des frais)	\$	\$
Revenus tirés des placements dans les entreprises	\$	\$
Autres revenus ou avantages imposables (précisez) : _____	\$	\$
Revenu non gagné total	\$	\$

Dans le cas de l'assurance frais généraux

14.37 Décrivez en détail les connaissances techniques et les compétences particulières de l'assuré, et expliquez pourquoi, en cas d'invalidité de ce dernier, l'entité ne pourrait pas fonctionner :

14.38 Date de constitution de l'entité :

14.39 Partagez-vous vos locaux? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez (utilisation de l'équipement, personnel, etc.) : _____

14.40 De quel pourcentage des frais généraux êtes-vous personnellement responsable? _____ pour cent

14.41 Inscrivez votre **part** des frais **mensuels** moyens engagés dans l'exploitation de votre bureau ou de l'entité :

- a) Salaire et avantages – comptez uniquement les salaires des employés de soutien dont les tâches ou les connaissances techniques ne procurent pas directement de revenus à l'entité; excluez votre rémunération et celle de toute personne exerçant la même profession que vous _____ \$

Remplissez le tableau ci-dessous pour les employés dont le salaire est à assurer :

Nom	Tâches	Salaire mensuel
1.		\$
2.		\$
3.		\$
4.		\$
5.		\$
6.		\$

b) Téléphone, services de communication – à l'exception des frais d'interurbain _____ \$

c) Autres impôts – taxes d'affaires, cotisations sociales _____ \$

d) Frais de location de l'ameublement ou de l'équipement _____ \$

e) Si vous êtes propriétaire de l'ameublement ou du matériel, les intérêts plus l'amortissement prévu ou le remboursement du capital du prêt prévu, selon le montant le plus élevé _____ \$

f) Frais de comptabilité et frais juridiques _____ \$

g) Frais d'affiliation _____ \$

h) Primes d'assurance de l'entreprise _____ \$

i) Services publics* – électricité, chauffage, eau _____ \$

j) Impôt foncier* _____ \$

k) Loyer* _____ \$

l) Si vous êtes propriétaire des lieux, les intérêts sur le prêt hypothécaire plus l'amortissement prévu ou le remboursement du capital du prêt hypothécaire prévu, selon le montant le plus élevé – indiquez uniquement la part des frais qui s'applique à l'espace servant à l'exploitation de votre bureau ou de l'entité* _____ \$

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

14.41 Inscrivez votre **part** des frais **mensuels** moyens engagés dans l'exploitation de votre bureau ou de l'entité (suite) :

m) Autres frais fixes mensuels – s'ils sont supérieurs à 10 pour cent du total des frais, donnez des précisions :

_____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$

_____ \$

Total des frais mensuels _____ \$

*Si votre bureau est situé à domicile, ces frais de même que tous les autres frais liés au domicile ne sont pas admissibles.

Dans le cas de l'assurance Rachat de parts

14.42	Nom de tous les associés ou actionnaires	Part en %
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%
		%

14.43 Est-ce que tous les associés ou actionnaires sont actuellement assurés ou demandent à être assurés aux fins du rachat de parts? Oui Non

Dans la négative, précisez les raisons et la part détenue en pourcentage : _____

14.44 Y a-t-il une assurance-vie en vigueur ou demandée sur la tête de la personne à assurer aux fins du provisionnement d'une convention de rachat de parts? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez : _____

14.45 La personne à assurer travaille-t-elle **au moins 30 heures** par semaine dans l'entreprise à assurer? Oui Non

Dans la négative, précisez : _____

14.46 La personne à assurer sait-elle qu'il est nécessaire d'établir une convention de rachat de parts en cas d'invalidité reconnue légalement dont les dispositions correspondent aux dispositions de la police rachat de parts et qu'aucune prestation d'assurance ne pourra être versée en l'absence d'une telle convention? Oui Non

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

Renseignements personnels

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

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

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ci-dessous.

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

14.48 a) Consommez-vous de l'alcool?

Oui Non Oui Non

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

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

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

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

Oui Non Oui Non

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

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

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

Oui Non Oui Non

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

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

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

Oui Non Oui Non

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

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

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

Oui Non Oui Non

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

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

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

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

Antécédents de conduite automobile et autres antécédents pertinents

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

Oui Non Oui Non

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

Première personne à assurer :

Précisez : _____

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

Deuxième personne à assurer :

Précisez : _____

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

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

Oui Non Oui Non

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

Première personne à assurer :

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

Deuxième personne à assurer :

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

- c) Pour toute réponse affirmative en 14.51 a) ou b), fournissez les renseignements demandés ci-dessous :

Première personne à assurer :

Numéro du permis de conduire

Territoire de délivrance

Date de délivrance

Date d'expiration

Deuxième personne à assurer :

Numéro du permis de conduire

Territoire de délivrance

Date de délivrance

Date d'expiration

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

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

Oui Non Oui Non

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

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative en 14.52 a) ou b), veuillez donner des précisions, à savoir la date et la nature de chaque infraction, la ou les dates de fin de probation et la peine imposée (précisez les dates exactes) :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

Taille et poids

- 14.53 a) Première personne à assurer :

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

Deuxième personne à assurer :

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

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

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

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

Raison : _____

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

Raison : _____

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

Si l'âge de la personne ou le montant demandé justifie un examen médical ou paramédical, veuillez NE PAS répondre aux questions 14.56 à 14.59 et 14.62 à 14.82.

Il faut toujours répondre aux questions 14.60 (14.61, s'il y a lieu) et 14.83 à 14.86 (demande visant l'avenant Perte d'autonomie ou l'assurance-vie (pour les personnes âgées de 70 ans et plus)).

Grossesse

14.54 a) Êtes-vous actuellement enceinte?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, date prévue de l'accouchement : J J M M M A A A A

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

Oui Non Oui Non

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

Antécédents médicaux

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

Oui Non Oui Non

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

Oui Non Oui Non

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

Oui Non Oui Non

Donnez tous les renseignements pertinents et les dates :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

14.57 Pour toute réponse affirmative aux questions 14.57 ou 14.58, veuillez fournir des précisions dans le tableau en 14.59. Avez-vous déjà été soigné pour l'une des affections ou l'un des troubles de santé ci-dessous, ou avez-vous déjà présenté des symptômes de l'une de ces affections ou de l'un de ces troubles :

a) Cœur :

- Hypertension artérielle
- Souffle cardiaque
- Poulx irrégulier
- ECG anormal
- Stimulateur cardiaque
- Pontage ou angioplastie
- Crise cardiaque
- Essoufflements
- Angine
- Douleurs thoraciques
- Toute autre affection ou tout autre trouble du cœur

Oui Non Oui Non

b) Vaisseaux sanguins :

- Anévrisme
- Accident cérébrovasculaire
- Artériosclérose
- Accident ischémique transitoire (AIT)
- Maladie vasculaire périphérique
- Caillot sanguin
- Problèmes circulatoires
- Chevilles enflées
- Toute autre affection ou tout autre trouble des vaisseaux sanguins

Oui Non Oui Non

c) Glandes, sang ou système endocrinien :

- Diabète
- Diabète gestationnel
- Glycémie anormale
- Anémie
- Hypertrophie des ganglions
- Trouble de la thyroïde, des glandes surrénales ou de l'hypophyse
- Toute autre affection ou tout autre trouble des glandes, du sang ou du système endocrinien

Oui Non Oui Non

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

Oui Non Oui Non

e) Affections cutanées :

- Dermate
- Kératose
- Nævus
- Psoriasis
- Syndrome du nævus dysplasique
- Lésions ou ulcères cutanés
- Toute autre affection ou tout autre trouble de la peau

Oui Non Oui Non

f) Cerveau ou système nerveux :

- Épilepsie
- Crises épileptiques
- Convulsions
- Tremblements
- Étourdissements ou évanouissements
- Paralysie
- Perte de sensation
- Faiblesse des extrémités
- Perte d'équilibre
- Perte de la parole
- Maux de tête
- Migraines
- Engourdissements ou picotements
- Sclérose en plaques
- Maladie du motoneurone
- Névrite
- Pertes de mémoire ou troubles de la mémoire
- Maladie d'Alzheimer
- Maladie de Parkinson
- Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig)
- Toute autre affection ou tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux

Oui Non Oui Non

g) Poumons ou système respiratoire :

- Bronchite
- Toux persistante ou pleurésie
- Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- Asthme
- Emphysème
- Tuberculose
- Crachements de sang
- Apnée du sommeil ou autre trouble du sommeil
- Sarcoïdose
- Toute autre affection ou tout autre trouble des poumons ou du système respiratoire

Oui Non Oui Non

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

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

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

h) Tractus gastro-intestinal ou tube digestif :

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

i) Santé mentale :

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

j) Système immunitaire :

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

k) Oreilles, yeux, nez ou gorge :

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

l) Pancréas, vésicule biliaire ou foie :

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

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

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

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

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

*Si vous avez d j souffert de maux de dos ou d'une affection au dos, veuillez remplir le *Questionnaire relatif aux maux de dos* (questions 14.72 à 14.82).

14.58 Avez-vous d j consulté ou reçu des soins ou été en arrêt de travail pour une affection ou un trouble énumérés à la question 14.57 i)? Oui Non Oui Non

14.59 Pour toute réponse affirmative aux questions 14.57 ou 14.58, veuillez fournir des précisions dans le tableau ci-dessous.

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

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

Renseignements médicaux

14.60 Première personne à assurer :

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

 Adresse : _____
 Numéro et rue

 Ville Province Code postal

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

 Adresse : _____
 Numéro et rue

 Ville Province Code postal Numéro de téléphone

- b) Date de la dernière consultation chez un fournisseur de soins de santé ou dans une clinique (mois/année) :
 Raison de la consultation (cochez une case) :
 Examen de santé annuel **ou** Autre (précisez) : _____
 Veuillez fournir des précisions, notamment le diagnostic, le traitement et les résultats : _____

- c) Le nom figurant au dossier de votre fournisseur de soins de santé ou de la clinique est-il le même que celui indiqué dans la présente proposition? Oui Non
Dans la négative, précisez : _____

14.61 Deuxième personne à assurer (assurance vie) :

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

 Adresse : _____
 Numéro et rue

 Ville Province Code postal

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

 Adresse : _____
 Numéro et rue

 Ville Province Code postal Numéro de téléphone

- b) Date de la dernière consultation chez un fournisseur de soins de santé ou dans une clinique (mois/année) :
 Raison de la consultation (cochez une case) :
 Examen de santé annuel **ou** Autre (précisez) : _____
 Veuillez fournir des précisions, notamment le diagnostic, le traitement et les résultats : _____

- c) Le nom figurant au dossier de votre fournisseur de soins de santé ou de la clinique est-il le même que celui indiqué dans la présente proposition? Oui Non
Dans la négative, précisez : _____

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

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

Antécédents familiaux

14.68 Un membre de votre famille immédiate (père, mère, frères ou sœurs) a-t-il déjà souffert d'une maladie du cœur, d'un cancer (précisez le type), d'un accident cérébrovasculaire, d'hypertension artérielle, d'un taux élevé de cholestérol, de diabète (précisez : type 1 ou 2), d'une maladie du rein, de la chorée de Huntington, de la maladie polykystique des reins, de la sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), de la maladie du motoneurone, de la maladie de Parkinson, de la sclérose en plaques, de la maladie Alzheimer, de démence ou de toute autre maladie ou de tout autre trouble héréditaire?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions en 14.71.

14.69 Si vous avez indiqué des antécédents familiaux de cancer du sein ou de l'ovaire en 14.68 ci-dessus, avez-vous consulté un fournisseur de soins de la santé pour subir un examen des seins, une mammographie ou toute autre forme de dépistage?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

14.70 Si vous avez indiqué des antécédents familiaux de cancer du côlon en 14.68 ci-dessus, avez-vous subi une coloscopie?

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

14.71 Pour toute réponse affirmative à la question 14.68, veuillez fournir des précisions dans le tableau ci-dessous.

Nom de la personne à assurer	Membre de la famille (père, mère, frères ou sœurs)	Problèmes de santé / tous les renseignements pertinents	Âge à l'apparition de la maladie	Âge actuel, si la personne est vivante	Âge au décès	Cause du décès

Questionnaire relatif aux maux de dos – Section à remplir pour toute personne qui a répondu par l'affirmative aux questions 14.57 n) ou 14.63 b)

14.72 Date du premier épisode :

Première personne à assurer	Deuxième personne à assurer
Mois _____ Année _____	Mois _____ Année _____
Durée des malaises _____	Durée des malaises _____

14.73 Date du dernier épisode :

Mois _____ Année _____	Mois _____ Année _____
Durée des malaises _____	Durée des malaises _____

14.74 Durée maximale des malaises lors d'un épisode :

Mois _____ Année _____	Mois _____ Année _____
Durée des malaises _____	Durée des malaises _____

14.75 Date du dernier traitement :

Mois _____ Année _____	Mois _____ Année _____
------------------------	------------------------

14.76 Donnez le diagnostic, s'il est connu :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

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

Questionnaire relatif aux maux de dos (suite)

14.77 Fréquence des maux de dos?

14.78 Dans quelle(s) région(s) aviez-vous mal?

14.79 La douleur irradiait-elle?

Dans l'affirmative, où irradiait-elle?

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

14.80 Actuellement, les mouvements de votre dos sont-ils limités?

14.81 Pour ce qui est de vos maux de dos, avez-vous déjà :

a) Subi des radiographies ou d'autres examens du dos?

b) Subi une intervention chirurgicale ou vous a-t-on conseillé de le faire?

c) Été hospitalisé pour des maux de dos?

d) Été invalide ou incapable de travailler en raison de maux de dos?

e) Eu des traitements de chiropractie, de physiothérapie ou d'autres traitements pour votre dos?

14.82 Pour toute réponse affirmative à la question 14.81, indiquez le nom complet des fournisseurs de soins de santé, des chiropraticiens et des thérapeutes consultés ainsi que les dates de consultation :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

Activités quotidiennes

Les questions suivantes s'appliquent à l'assurance maladies graves (si l'avenant Perte d'autonomie est demandé) et à l'assurance-vie (si la personne à assurer est âgée de 70 ans ou plus) :

14.83 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?

14.84 Actuellement, ou au cours des cinq dernières années :

a) Êtes-vous ou avez-vous été incapable d'accomplir par vous-même certaines activités de la vie quotidienne, comme vous laver, vous vêtir, aller à la toilette, vous alimenter, effectuer un transfert de votre lit à une chaise ou contrôler votre fonction vésicale et intestinale?

b) Recevez-vous ou avez-vous reçu des soins à domicile?; bénéficiez-vous ou avez-vous bénéficié de services de soins aux adultes?; êtes-vous 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?

c) Utilisez-vous ou avez-vous utilisé 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?

14.85 Au cours des trois dernières années, êtes-vous tombé ou vous êtes-vous blessé?

14.86 Pour toute réponse affirmative aux questions 14.83 à 14.85, veuillez fournir des précisions dans le tableau ci-dessous :

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

Première personne à assurer	Deuxième personne à assurer
<input type="checkbox"/> Une fois l'an	<input type="checkbox"/> Une fois l'an
<input type="checkbox"/> De deux à cinq fois l'an	<input type="checkbox"/> De deux à cinq fois l'an
<input type="checkbox"/> Plus de cinq fois l'an	<input type="checkbox"/> Plus de cinq fois l'an
<input type="checkbox"/> Cou (région cervicale)	<input type="checkbox"/> Cou (région cervicale)
<input type="checkbox"/> Milieu du dos (région thoracique)	<input type="checkbox"/> Milieu du dos (région thoracique)
<input type="checkbox"/> Bas du dos (région lombo-sacrée)	<input type="checkbox"/> Bas du dos (région lombo-sacrée)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

15. Renseignements personnels et médicaux sur les enfants à assurer

Veillez remplir la présente section dans les cas suivants :

- Assurance-vie pour enfant d'un montant de plus de 100 000 \$; autrement, veuillez remplir la section 16.
- Assurance maladies graves pour enfant d'un montant de plus de 25 000 \$; autrement, veuillez remplir la section 16.

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

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

Oui Non

Dans la négative, précisez la raison : _____

Renseignements sur la protection

- 15.2 L'un des parents ou les deux parents ou le tuteur légal sont-ils couverts par une assurance maladies graves ou une assurance de soins de longue durée ou encore par une assurance vie, invalidité ou frais généraux (individuelle, collective, d'association ou autre) en vigueur, ou ont-ils fait la demande pour l'un ou plusieurs de ces types d'assurance?

Oui Non

a) Dans l'affirmative, précisez :

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

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

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

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

Oui Non

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

Dans la négative, donnez tous les renseignements pertinents : _____

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

- 15.5 Y a-t-il une assurance-vie ou une assurance maladies graves (A.M.G.) en vigueur ou à l'étude sur la tête de l'enfant ou encore dont la souscription est envisagée?

Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

Enfant	Nom de la société	Type d'assurance	Montant d'assurance (pour l'A.M.G., voir ci-dessous*)	Indiquez : • Année d'établissement • « En vigueur » • « À l'étude » ou • « Envisagée »	La protection sera-t-elle modifiée (Mod.) ou remplacée (Rempl.)?	Si elle est modifiée, précisez. Si une police de la Canada Vie, de la London Life ou de la Great-West est remplacée, indiquez le numéro de police.
1			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
2			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
3			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
4			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	
			\$		<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Mod. <input type="checkbox"/> Rempl.	

*Pour l'assurance maladies graves, si le montant de la protection augmente automatiquement, indiquez le montant définitif.

15. Renseignements personnels et médicaux sur les enfants à assurer (suite)

15.6 Pourquoi demandez-vous une assurance pour enfant? (cochez toutes les cases applicables)

- Programme financier global
 Préservation de l'assurabilité des enfants
 Protection familiale
 Autre (préciser) : _____

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

b) **Dans l'affirmative en 15.7 a)**, y a-t-il une assurance maladies graves ou une assurance-vie en vigueur ou à l'étude sur la tête des frères et sœurs? Oui Non

i) **Dans l'affirmative en 15.7 b)**, l'assurance maladies graves ou l'assurance-vie sur la tête des frères et sœurs est-elle essentiellement la même pour ce qui est du capital assuré et de la prime? Oui Non

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

Assurance-vie : _____

Assurance maladies graves : _____

ii) **Dans la négative en 15.7 b)**, précisez la raison : _____

Résidence et voyages

15.8 L'enfant est-il citoyen ou résident permanent du Canada?

Enfant	a) Citoyen ou résident permanent du Canada	b) Dans la négative en 15.8 a), l'enfant a-t-il présenté une demande en vue d'obtenir le statut de résident permanent?	c) Dans l'affirmative en 15.8 b), indiquez la date de la demande et joignez une copie de la demande de statut de résident permanent ou de l'accusé de réception de la demande.	d) Dans la négative en 15.8 b), indiquez pourquoi l'enfant n'a pas demandé le statut de résident permanent.
1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	J J M M M A A A A	
2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	J J M M M A A A A	
3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	J J M M M A A A A	
4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	J J M M M A A A A	

15.9 Depuis combien de temps l'enfant vit-il au Canada?

Enfant n° 1	_____ an(s) Si c'est moins d'un an, précisez le nombre de mois : _____
Enfant n° 2	_____ an(s) Si c'est moins d'un an, précisez le nombre de mois : _____
Enfant n° 3	_____ an(s) Si c'est moins d'un an, précisez le nombre de mois : _____
Enfant n° 4	_____ an(s) Si c'est moins d'un an, précisez le nombre de mois : _____

15.10 L'enfant a-t-il voyagé ou résidé hors du Canada ou des États-Unis au cours des **12 derniers mois**, ou va-t-il voyager ou résider hors du Canada ou des États-Unis au cours des **12 prochains mois**?

Dans l'affirmative, précisez :

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

Renseignements personnels

15.11 A-t-on déjà refusé, reporté ou modifié de quelque façon que ce soit une proposition d'assurance-vie ou d'assurance maladies graves sur la tête de l'enfant?

Dans l'affirmative, précisez :

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

15. Renseignements personnels et médicaux sur les enfants à assurer (suite)

- 15.12** Au cours des **cinq dernières années**, l'enfant âgé de **16 ou 17 ans** a-t-il fait usage de produits à base de tabac ou de nicotine ou de marijuana ou de hachich? **Enfant n° 1:** Oui Non **Enfant n° 2:** Oui Non **Enfant n° 3:** Oui Non **Enfant n° 4:** Oui Non
Dans l'affirmative, précisez :

Enfant	Produit(s) utilisé(s)	Quantité	Fréquence d'utilisation par :	Date de la dernière utilisation
1			<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
2			<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
3			<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A
4			<input type="checkbox"/> Jour <input type="checkbox"/> Sem. <input type="checkbox"/> Mois <input type="checkbox"/> An	J J M M M A A A A

- 15.13** L'enfant consomme-t-il de l'alcool?
Dans l'affirmative, indiquez le nombre de consommations par semaine :

Enfant n° 1	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vin : _____	Bière : _____	Spiritueux : _____
Enfant n° 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vin : _____	Bière : _____	Spiritueux : _____
Enfant n° 3	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vin : _____	Bière : _____	Spiritueux : _____
Enfant n° 4	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Vin : _____	Bière : _____	Spiritueux : _____

- 15.14** L'enfant a-t-il déjà pris des sédatifs, des stimulants, des tranquillisants, des hallucinogènes, des narcotiques ou des drogues comme de la marijuana, de la cocaïne, des amphétamines ou des barbituriques, qu'ils aient été prescrits ou non par un fournisseur de soins de santé?

Dans l'affirmative, précisez :

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

- 15.15** L'enfant a-t-il déjà consulté ou été soigné pour alcoolisme ou toxicomanie, ou lui a-t-on déjà recommandé de consulter ou de suivre un traitement pour alcoolisme ou toxicomanie ou de réduire sa consommation d'alcool ou de drogue?

Dans l'affirmative, précisez :

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

- 15.16** Au cours des **trois dernières années**, l'enfant a-t-il participé à des courses de véhicules moteurs ou à d'autres courses de véhicules ou fait du saut en parachute, du deltaplane, de la plongée en scaphandre autonome, des arts martiaux, de l'escalade ou d'autres activités ou sports dangereux, ou envisage-t-il de pratiquer de telles activités?

Dans l'affirmative, précisez :

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

- 15.17** Si l'enfant est en âge légal de conduire, a-t-il déjà été reconnu coupable ou été accusé d'infractions aux règlements de la circulation, ou s'est-il déjà fait suspendre ou révoquer son permis?

Dans l'affirmative, indiquez le numéro de son permis de conduire, les dates et les renseignements pertinents :

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

15. Renseignements personnels et médicaux sur les enfants à assurer (suite)

Renseignements médicaux

15.18 a) Nom et adresse du fournisseur de soins de santé habituel ou de la clinique habituelle (si l'enfant a été vu en consultation par plus d'un fournisseur de soins de santé ou dans plus d'une clinique au cours des **cinq dernières années**, veuillez en dresser la liste en 15.29):

Enfant n° 1	
Enfant n° 2	
Enfant n° 3	
Enfant n° 4	

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

Enfant n° 1	
Enfant n° 2	
Enfant n° 3	
Enfant n° 4	

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

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

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

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

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

15.21 Si l'un ou l'autre des parents est âgé de moins de 40 ans, veuillez remplir le tableau des antécédents familiaux des grands-parents ci-dessous en ce qui a trait aux problèmes de santé mentionnés en 15.20. Si les enfants ont des grands-parents biologiques différents, indiquez à quel enfant le grand-père ou la grand-mère est lié(é) biologiquement :

Membre de la famille	Lié biologiquement à l'enfant n°	Problème de santé	Âge à l'apparition de la maladie	Âge actuel, si la personne est vivante	Âge au décès	Cause du décès
Grand-mère maternelle	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
Grand-père maternel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
Grand-mère paternelle	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
Grand-père paternel	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4					

15. Renseignements personnels et médicaux sur les enfants à assurer (suite)

15.22 a) Si l'enfant est âgé de moins d'un an, est-il né prématurément de plus de quatre semaines?

Dans l'affirmative, précisez :

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

b) A-t-on identifié des symptômes d'un retard staturo-pondéral ou d'un retard de croissance?

Dans l'affirmative, précisez :

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

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

Dans l'affirmative, précisez en 15.29.

	Enfant n° 1		Enfant n° 2		Enfant n° 3		Enfant n° 4	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
a) • Coma • Épilepsie • Blessures à la tête ou lésions cérébrales								
b) • Asthme • Toux chronique								
c) • Souffle cardiaque • Pouls irrégulier								
d) • Maladie ou trouble des reins								
e) • Trouble de la thyroïde, des glandes surrénales ou de l'hypophyse								
f) • Arthrite • Poliomyélite								
g) • Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)								
h) • Perte de la parole • Perte de l'ouïe								
i) • Cancer • Kyste • Tumeur								
j) • Hémophilie • Leucémie								
k) • Maladie du foie • Maladie cœliaque • Hépatite								
l) • Paralyse cérébrale • Anomalie congénitale • Syndrome de Down								

15. Renseignements personnels et médicaux sur les enfants à assurer (suite)

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

Dans l'affirmative, précisez :

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

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

Dans l'affirmative, précisez :

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

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

Dans l'affirmative, précisez :

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

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

Dans l'affirmative, précisez :

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

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

Dans l'affirmative, précisez :

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

15. Renseignements personnels et médicaux sur les enfants à assurer (suite)

15.29 Servez-vous de l'espace ci-dessous, au besoin, pour fournir davantage de précisions à l'égard de la question 6.2 ainsi qu'à l'égard des questions 15.1 à 15.28. Veuillez indiquer le numéro de la question et à quel enfant les précisions s'appliquent.

Numéro de la question	Enfant n°	Précisions
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	

16. Questionnaire succinct sur l'état de santé des enfants

Remplissez cette section uniquement si l'un des cas suivants s'applique, autrement remplissez la section 15 intitulée *Renseignements personnels et médicaux sur les enfants à assurer* :

- **Assurance maladies graves pour enfant** – enfant âgé de 60 jours à 17 ans et montant d'assurance de 25 000 \$ ou moins.
- **Assurance-vie pour enfant** – enfant âgé de 17 ans et moins et montant d'assurance de 100 000 \$ ou moins. Si le montant d'assurance excède 100 000 \$, remplissez la section 15 intitulée *Renseignements personnels et médicaux sur les enfants à assurer*.
- **Avenant AssurEnfant – Vie temporaire** – enfant âgé de moins de 18 ans.

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

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

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

16.2 Quelle est la date de la dernière consultation de l'enfant avec un fournisseur de soins de santé?

Enfant n°	Date	Raison de la consultation, type de tests, résultats et traitement prescrit
1	J J M M M A A A A	
2	J J M M M A A A A	
3	J J M M M A A A A	
4	J J M M M A A A A	

16.3 Une proposition d'assurance-vie ou d'assurance maladies graves sur la tête de l'enfant a-t-elle déjà été refusée, reportée ou modifiée de quelque façon que ce soit?

Dans l'affirmative, précisez :

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

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

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

Dans l'affirmative, précisez :

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

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

Dans l'affirmative, précisez :

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

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

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

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

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

Dans l'affirmative, précisez :

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

- 16.8** Pourquoi demandez-vous une assurance pour enfant? (cochez toutes les cases applicables)

- Programme financier global
 Préservation de l'assurabilité des enfants
 Protection familiale
 Autre (préciser) :

17. Primes et paiements

17.1 Paiement initial à valoir sur la prime :

- Chèque de _____ \$
- Participations* Transfert électronique de fonds Valeur de rachat nette*
- Bonifications d'assurance libérée* Contre remboursement

*Veuillez remplir également l'Autorisation de transfert de fonds / remplacement d'assurance en vigueur en 17.2.

À affecter comme suit :

- _____ \$ à l'assurance-vie
- _____ \$ à l'assurance maladies graves
- _____ \$ à l'assurance invalidité

À noter : Il faut remplir le formulaire de *Détermination du statut de personne politiquement vulnérable (PPV)* (imprimé F17-8294) pour chaque personne qui sera le propriétaire et / ou qui payera pour cette police, si :

- Un paiement prévu initial de 100 000 \$ ou plus est effectué, ou
- Un paiement non prévu de 100 000 \$ ou plus est effectué.

Ce formulaire n'est pas requis à l'égard des paiements prévus subséquents.

Dans le cas de l'assurance-vie

>

17.2 Autorisation de transfert de fonds / remplacement d'assurance en vigueur (assurance-vie)

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

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

Numéro de police : _____ Numéro de police : _____

Rachat et remplacement

- Remplacer la **police en entier** et (cochez **une** case) :
- Transférer le produit du rachat à la nouvelle police (par défaut)
- Envoyer le produit du rachat au propriétaire de police
- Remplacer **l'avenant temporaire seulement** et (cochez **une** case) :
- Transférer le produit du rachat à la nouvelle police (par défaut)
- Envoyer le produit du rachat au propriétaire de police

Transférer la valeur à partir d'une police en vigueur

- Bonifications d'assurance libérée _____ \$
- Participations accumulées _____ \$

X

Signature du **propriétaire**
(S'il s'agit d'une **entité**, signature et titre du signataire autorisé)

X

Signature of **propriétaire**
(S'il s'agit d'une **entité**, signature et titre du signataire autorisé)

X

Signature du **bénéficiaire privilégié** ou **irrévocable** et / ou du **cessionnaire** / **créancier hypothécaire**, qui renonce à ses droits (si deux polices sont indiquées ci-dessus, il faut indiquer pour laquelle, si les deux polices ne sont pas concernées)

Rachat et remplacement

- Remplacer la **police en entier** et (cochez **une** case) :
- Transférer le produit du rachat à la nouvelle police (par défaut)
- Envoyer le produit du rachat au propriétaire de police
- Remplacer **l'avenant temporaire seulement** et (cochez **une** case) :
- Transférer le produit du rachat à la nouvelle police (par défaut)
- Envoyer le produit du rachat au propriétaire de police

Transférer la valeur à partir d'une police en vigueur

- Bonifications d'assurance libérée _____ \$
- Participations accumulées _____ \$

Si le propriétaire est une **entité**, inscrire la dénomination sociale de l'entité

Si le propriétaire est une **entité**, inscrire la dénomination sociale de l'entité

17. Primes et paiements (suite)

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

À noter : Si vous désirez utiliser des comptes distincts pour les primes d'assurance-vie et les primes d'assurance maladies graves et d'assurance invalidité, fournissez les renseignements relatifs à la police d'assurance-vie ci-dessous et remplissez le formulaire 320 FR relativement aux paiements par débit préautorisé pour les polices d'assurance maladies graves et d'assurance invalidité.

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

Choisissez l'une des **options** suivantes, et signez à l'endroit approprié de la section 20 après avoir lu l'*Entente de débit préautorisé* à la section 22.

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

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

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

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

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

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

À NOTER : Veuillez lire l'*Entente de débit préautorisé* à la section 22. Le ou les titulaires de compte / propriétaires doivent signer à l'endroit approprié de la section 20.

18. Attestation et entente visant un avenant Régime d'assurance-salaire (assurance invalidité)

Si l'assurance invalidité demandée doit faire partie d'un régime d'assurance-salaire

Dans la présente section, les termes *vous*, *votre* et *vos* renvoient au propriétaire. Les termes *nous*, *notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

En apposant votre signature à la section 20, vous et la personne à assurer reconnaissez que vous comprenez et acceptez ce qui suit :

- Vous désirez que la police individuelle d'assurance invalidité demandée fasse partie d'un régime d'assurance collective contre la maladie ou les accidents jugé admissible par l'Agence du revenu du Canada (ARC) aux fins de l'impôt. Il s'agit d'un « régime d'assurance-salaire ». Si un tel régime n'existe pas déjà, vous devez le mettre en place immédiatement.
- Vous êtes responsable de mettre en place et de maintenir le régime d'assurance-salaire conformément aux exigences de l'ARC, y compris l'exigence voulant que toute prestation mensuelle soit versée à la personne assurée.
- Si une police est établie, vous êtes responsable du paiement des primes exigibles aux termes de celle-ci. Nous déclarerons toute prestation mensuelle payable à titre de revenu imposable entre les mains de la personne assurée.
- Si le régime d'assurance-salaire n'est pas correctement mis en place et maintenu :
 - L'ARC peut refuser rétroactivement la déduction de la prime à titre de dépense déductible d'impôt.
 - L'ARC peut exiger que la personne assurée inclue rétroactivement, dans le calcul de son impôt sur le revenu, le montant de la prime à titre d'avantage imposable conféré à un employé ou à un actionnaire.
 - Des intérêts et des pénalités peuvent s'appliquer.
- L'avenant Régime d'assurance-salaire, dont les dispositions sont énoncées ci-dessous, fait partie intégrante de toute police établie.

AVENANT RÉGIME D'ASSURANCE-SALAIRE

Termes utilisés	Le présent avenant, qui fait partie intégrante de la police, est établi par nous et régi par les dispositions de la police à laquelle il est annexé, à moins que ces dernières ne soient modifiées ci-dessous. Toute modification apportée par le présent avenant prend effet seulement au cours de la période pendant laquelle il est en vigueur. Les termes utilisés dans le présent avenant ont la même signification que celle des termes utilisés dans la police, à moins qu'il en soit spécifié ou requis autrement dans le contexte des dispositions ci-dessous de l'avenant.
Date de l'avenant	La Date de l'avenant sera identique à la Date de la police, si le présent avenant fait partie de la police quand nous l'établissons pour la première fois. Sinon, la Date de l'avenant sera la date de la plus récente modification à avoir été apportée au contrat afin d'inclure le présent avenant. La Date de l'avenant sert à déterminer la durée, les dates d'échéance des primes, les anniversaires et votre âge, relativement au présent avenant.
Régime d'assurance-salaire	Régime d'assurance-salaire désigne un regroupement de polices d'assurance invalidité individuelles, effectué et administré comme il convient par le Propriétaire, de manière à constituer un régime d'assurance collective en cas d'accident et de maladie acceptable aux yeux de l'Agence du revenu du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu.
Prestation de remboursement de la prime	En dépit de toute disposition contraire, si un avenant de remboursement de la prime est en vigueur, toute prestation de remboursement de la prime payable en espèces aux termes d'un tel avenant sera versée au Propriétaire.
Avis à la Canada Vie	Le Propriétaire doit nous avertir immédiatement par écrit si vous ne participez pas ou si vous cessez de participer, pour quelque raison que ce soit, au Régime d'assurance-salaire.
Preuve	À la réception d'un tel avis, nous nous réservons le droit de demander une preuve, d'une forme répondant à nos exigences, de vos revenus et de votre admissibilité à la protection aux termes de la Loi sur l'assurance-emploi.
Réduction des prestations	En dépit de toute indication contraire, y compris, notamment, dans la disposition concernant la non-résiliation, nous nous réservons de droit, en fonction de toute preuve reçue, de : <ol style="list-style-type: none"> a) réduire la Prestation d'invalidité mensuelle ou d'allonger la Période d'attente, ou les deux, conformément à notre tableau des limites d'établissement et de participation alors en vigueur ou qui était en vigueur à la Date de la police, selon celui qui est le plus avantageux pour vous; et b) diminuer la prime, s'il y a lieu, pour qu'elle corresponde au montant que nous aurions demandé à l'égard de la Prestation d'invalidité mensuelle réduite ou de la Période d'attente allongée établies aux termes de la présente disposition. Nous rembourserons la prime excédentaire payée, le cas échéant. <p>Toute modification de police effectuée conformément à la présente disposition entrera en vigueur à la date à laquelle l'avis nous est fourni. Nous informerons le Propriétaire si une telle modification est apportée.</p>
Prestations versées en trop	Si vous êtes invalide à la date de l'avis, vous devez nous rembourser la somme de toute Prestation d'invalidité mensuelle versée qui excède le montant que nous aurions autrement payé conformément à la disposition Réduction des prestations. Nous vous informerons de tout trop-perçu, le cas échéant.
Expiration de l'avenant	Sous réserve des dispositions de la police de base, de tout avenant et de toute garantie faisant partie du contrat, le présent avenant expire à la plus rapprochée des dates suivantes : <ol style="list-style-type: none"> a) la date de votre décès, ou b) la date à laquelle la police expire pour quelque autre raison que ce soit.

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

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

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

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

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

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

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

Vous convenez également de ce qui suit :

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

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

Première personne à assurer : Oui Non

Deuxième personne à assurer : Oui Non

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

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

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

X

Signature de la première personne à assurer

X

Signature de la deuxième personne à assurer

X

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

X

Signature du témoin

20. Consentements et signatures

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

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

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

Renseignements à l'égard de la proposition

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

Remplacement ou modification d'une autre police d'assurance

- Aux questions 14.8 et 15.5, il vous est demandé si la police visée dans la proposition viendra remplacer ou modifier une autre police d'assurance que vous détenez. Si vous avez répondu *oui* et que vous ne procédez pas au remplacement ou à la modification en question une fois que nous aurons établi la nouvelle police, nous pourrions refuser de verser toute prestation payable aux termes de la nouvelle police.
- Si vous remplacez une police en vigueur de la Canada Vie, de la London Life ou de la Great-West ou si vous exercez une option au titre d'une police en vigueur, les renseignements que vous avez fournis dans la proposition afférente à cette police constituent la base de la présente proposition.

Assurance provisoire et note de couverture temporaire

- Si nous fournissons une assurance-vie provisoire ou une note de couverture temporaire à l'égard d'une assurance maladies graves ou d'une assurance invalidité pendant l'étude de votre proposition, vous reconnaissez avoir reçu les clauses d'une telle assurance ou d'une telle note de couverture temporaire et en comprendre et en accepter le contenu.

Date d'entrée en vigueur de la police

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

Collecte, utilisation et protection de vos renseignements personnels

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

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

20. Consentements et signatures (suite)

- Une copie de la présente proposition, laquelle comprend des renseignements personnels, sera jointe à la police au moment de sa remise au propriétaire. Selon les circonstances, elle peut également être fournie séparément au propriétaire, à tout propriétaire ultérieur, à un bénéficiaire ou à un créancier gagiste. Si, après signature de la présente proposition, un propriétaire ou un assuré proposé ne doit pas être inclus dans le contrat (par exemple, s'il décide de se retirer), les renseignements personnels de cette personne figureront toujours sur tout exemplaire de la proposition fourni, à moins qu'on nous demande par écrit de les retirer.
- Si vous soumettez une justification d'assurabilité aux fins de tarification dont la date est antérieure à celle de la présente proposition au lieu de remplir certaines parties de la présente proposition, vous convenez que cette information est toujours vraie, exacte et complète à la date de la présente proposition, et qu'elle en fait partie.
- Vos autorisations, y compris les consentements, prendront effet à la date à laquelle vous signez la présente proposition et demeureront valides tant que nous en aurons besoin, ce qui pourrait vouloir dire jusqu'après votre décès (par exemple, dans le cas d'une demande de règlement). Vous pourrez révoquer en tout temps par écrit ces autorisations requises conformément à la loi, dans la mesure où il n'y a aucune raison légale vous empêchant de les révoquer.

Avis importants

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

Entente de débit préautorisé

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

- Vous avez lu l'*Entente de débit préautorisé* à la section 22, et vous en acceptez les modalités et les conditions.
- Vous convenez d'effectuer les paiements sur votre compte par débit préautorisé.
- Vous nous autorisez à faire des retraits de votre compte conformément à vos directives.

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

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

Fait à (Ville) _____

(Province) _____

le

| | | |

X

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

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

X

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

X

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

X

Signature du **propriétaire de la police d'assurance maladies graves et / ou d'assurance invalidité** (dans le cas d'une entité, signature **et titre** du signataire autorisé)

X

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

X

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

X

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

X

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

X

Signature du **père, de la mère ou du tuteur légal** de chaque enfant mineur assuré, s'il ne s'agit pas du propriétaire

X

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

21. Rapport du conseiller

Dans le cas
de l'assurance-vie

>

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

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

21. Rapport du conseiller (suite)

21.8 Propositions simultanées :

L'un des propriétaires demande-t-il à souscrire toute *autre* assurance sur la tête de l'une ou plusieurs des personnes suivantes? Oui Non

Dans l'affirmative, cochez toutes les réponses qui s'appliquent et donnez les renseignements demandés dans le tableau ci-dessous :

- La personne même, ou autre personne à assurer
 Un membre du même ménage (assurance-vie ou assurance maladies graves)
 Un membre d'un groupe aux fins d'une assurance commerciale

Nom de la personne à assurer (prénom, nom de famille)	Date de naissance	Type d'assurance	Société	Numéro de proposition / police
	J J M M M A A A A	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladies graves <input type="checkbox"/> Invalidité	<input type="checkbox"/> Canada Vie <input type="checkbox"/> Autre _____ _____	
	J J M M M A A A A	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladies graves <input type="checkbox"/> Invalidité	<input type="checkbox"/> Canada Vie <input type="checkbox"/> Autre _____ _____	
	J J M M M A A A A	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladies graves <input type="checkbox"/> Invalidité	<input type="checkbox"/> Canada Vie <input type="checkbox"/> Autre _____ _____	
	J J M M M A A A A	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Maladies graves <input type="checkbox"/> Invalidité	<input type="checkbox"/> Canada- <input type="checkbox"/> Autre _____ _____	

21.9 La police demandée sera-t-elle détenue par le conseiller ou par un tiers qui lui est apparenté? Oui Non

21.10 Si l'assurance invalidité est demandée, celle-ci doit-elle :

a) Faire partie d'un régime d'assurance-salaire? Oui Non

Dans l'affirmative, avez-vous passé en revue avec la personne à assurer l'*Attestation et entente visant un avenant Régime d'assurance-salaire* à la section 18?

Oui Non

b) Faire partie d'un groupement autre qu'un régime d'assurance-salaire?

Oui Non

21.11 Dans l'affirmative à la question 21.10, donnez des précisions sur les autres polices ou propositions liées à ce groupement ci-dessous :

Nom de la personne à assurer (prénom, nom de famille)	Date de naissance	Numéro de police ou de proposition
	J J M M M A A A A	
	J J M M M A A A A	
	J J M M M A A A A	
	J J M M M A A A A	
	J J M M M A A A A	

21. Rapport du conseiller (suite)

21.12 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 en caractères d'imprimerie)	Code de conseiller	Centre régional de commercialisation	Pourcentage de la part de commissions
			%
			%
			%

21.13 Personnes autorisées par le conseiller à recevoir des courriels quotidiens ou hebdomadaires au sujet de la présente proposition uniquement :

Nom (prénom, second prénom, nom de famille en caractères d'imprimerie)	Lien avec le conseiller
Adresse de courriel	
Adresse de courriel	
Adresse de courriel	

21.14 Exigences :

À demander par : Canada Vie

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

ou

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

Première personne à assurer :

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

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

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

Deuxième personne à assurer :

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

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

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

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

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

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

X

Signature du conseiller



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.

F17-8908 – 1/20



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.

F17-8908 – 1/20

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

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

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

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

Protection garantie aux termes de la présente convention

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

Qui est admissible à l'assurance-vie provisoire?

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

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

Quand la convention prend-elle effet?

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

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

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

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

Montant maximal payable

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

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

Exclusion – suicide

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

Quand la présente convention prend-elle fin?

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

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

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



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.

F17-8908 – 1/20

25. Note de couverture temporaire relative à l'assurance maladies graves et à l'assurance invalidité – à détacher et à remettre au propriétaire

Dans la présente note de couverture temporaire, les termes *vous*, *votre* et *vos* renvoient au propriétaire. Les termes *nous*, *notre* et *nos* renvoient à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

Dans la présente note de couverture temporaire, le terme « assurance invalidité » désigne l'assurance invalidité, l'assurance frais généraux, l'assurance du personnel clé ou l'assurance Rachat de parts ou toute combinaison de ces types d'assurance.

Protection garantie aux termes de la présente note de couverture temporaire

La présente note de couverture temporaire procure une protection d'assurance aux personnes admissibles à l'assurance maladies graves ou à l'assurance invalidité pendant que votre proposition est à l'étude. Selon le type d'assurance demandé, si une personne admissible à la note de couverture temporaire est atteinte d'une maladie grave couverte ou est frappée d'invalidité pendant que la présente note de couverture temporaire est en vigueur et qu'elle répond aux conditions énoncées ci-dessous, nous verserons le montant d'assurance applicable prévu par la note de couverture temporaire.

Toutefois, dans le cas de l'assurance maladies graves, la présente note de couverture temporaire ne procure aucune protection en cas de cancer ou de tumeur cérébrale bénigne.

La présente note de couverture temporaire est également assujettie aux dispositions de toute police d'assurance maladies graves ou de toute police d'assurance invalidité que nous établissons.

Qui est admissible à la note de couverture temporaire?

Une personne à assurer est admissible à la note de couverture temporaire :

- Si son âge réel est de moins de 61 ans (ou d'au moins 60 jours dans le cas de l'assurance maladies graves ou d'au moins 18 ans dans le cas de l'assurance invalidité)
- Si elle a répondu *non* à toutes les questions relatives à la note de couverture temporaire visant le type d'assurance demandé (questions 13.1 à 13.10, selon ce qui est applicable)
- Si elle n'a pas l'intention de voyager hors du Canada ou des États-Unis au cours des trois prochains mois
- Si elle est jugée assurable aux conditions demandées ou à d'autres conditions que nous offrons et que vous jugez acceptables

Vous n'êtes pas admissible à la note de couverture temporaire si vous avez demandé à souscrire une police d'assurance invalidité Protection Niveau de vie, mais qu'après étude de votre proposition, nous vous offrons une police Protection Indépendance.

Quand la note de couverture temporaire prend-elle effet?

La présente note de couverture temporaire prend effet à l'égard de la personne à assurer, si elle est admissible, à la date à laquelle toutes les conditions suivantes sont remplies :

- La présente proposition a été dûment remplie et signée.
- Nous avons reçu un paiement correspondant au moins à la première prime mensuelle ou à 1 / 12 de la prime annuelle estimative qui est exigible à l'égard du type d'assurance demandé selon nos taux ordinaires. Le paiement doit accompagner la proposition et ne peut pas être postdaté.
- Les examens ou tests médicaux initiaux que nous avons demandés à l'égard de la personne à assurer ont été faits.

Quel est le montant de la protection garantie aux termes de la présente note de couverture temporaire?

Le montant de la protection garantie aux termes de la présente note de couverture temporaire, pour le type d'assurance demandé à l'égard de la personne à assurer, se limite à la moins élevée des sommes suivantes :

- Le montant de la protection (protection mensuelle dans le cas d'une assurance invalidité ou d'une assurance frais généraux) pour le type d'assurance demandé à l'égard de la personne à assurer, ou
- Le montant de la protection (protection mensuelle dans le cas d'une assurance invalidité ou d'une assurance frais généraux) que nous aurions approuvé à l'égard de la personne à assurer, si nous établissions une police de ce type, sous réserve des maximums ci-dessous pour chaque type d'assurance :
 - o Assurance maladies graves (adulte) – 500 000 \$
 - o Assurance maladies graves (enfant) – 250 000 \$
 - o Assurance invalidité et assurance frais généraux – 5 000 \$ par mois
 - o Assurance Rachat de parts – 500 000 \$
 - o Mort ou mutilation accidentelles – 100 000 \$

25. Note de couverture temporaire relative à l'assurance maladies graves et à l'assurance invalidité – à détacher et à remettre au propriétaire (suite)

Montant maximal payable si la personne à assurer est couverte aux termes de plus d'une note de couverture temporaire

Si la personne à assurer est couverte aux termes de plus d'une note de couverture temporaire auprès de nous, et qu'une demande de règlement est présentée à l'égard d'un type d'assurance en particulier aux termes des diverses notes de couverture temporaire, le montant maximal que nous verserons au titre de toutes les notes de couverture temporaire combinées est limité au montant le plus élevé payable aux termes des notes de couverture temporaire individuelles. S'il y a plus d'un demandeur au titre de notes de couverture temporaire distinctes, nous répartirons le montant payable entre les demandeurs sur une base équitable que nous déterminerons.

Quand la présente note de couverture temporaire prend-elle fin?

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

- La police demandée prend effet.
- Vous nous demandez d'annuler la proposition.
- Nous annulons ou refusons votre proposition.

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



Rendez-vous au canadavie.com


 @CanadaVie
  @canada_vie
  @CanadaLifeCo

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

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

Avis concernant vos renseignements personnels

(dans le présent avis, les termes *vous*, *votre* et *vos* s'appliquent également au propriétaire, s'il n'est pas la personne à assurer)

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

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

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

Vous pouvez aussi visiter le www.canadavie.com.

Avis concernant le MIB, Inc.

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

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

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

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

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

Assurance individuelle, 255 avenue Dufferin, London ON N6A 4K1.

Avis concernant le programme d'entrevues téléphoniques avec les clients

Pour compléter la proposition, il est possible que la personne à assurer reçoive un appel téléphonique de l'un de nos représentants autorisés qui lui demandera des renseignements personnels ainsi que des données d'information de nature financière. L'entrevue dure normalement 30 minutes et se fait à un moment qui convient à la personne à assurer. Si la personne à assurer est absente lorsque le préposé aux entrevues téléphoniques avec les clients l'appelle, ce dernier laissera son nom et un numéro de téléphone afin qu'il soit possible de le joindre sans frais.

Sommaire des garanties de la police d'assurance maladies graves ou de la police d'assurance invalidité

Si vous demandez une assurance maladies graves ou une assurance invalidité, votre police pourrait être assujettie à certaines exceptions ainsi qu'à certains rajustements au titre des garanties d'assurance. Nous vous ferons parvenir à cet égard un sommaire qui décrit les caractéristiques et les garanties au titre de votre police. Ce sommaire énonce aussi toute exception ou toute restriction visant votre protection. Votre conseiller est également en mesure de vous fournir ces renseignements.

Avis concernant le traitement fiscal

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



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.

F17-8908 – 1/20

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

Avis concernant vos renseignements personnels

(dans le présent avis, les termes *vous*, *votre* et *vos* s'appliquent également au propriétaire, s'il n'est pas la personne à assurer)

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

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

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

Vous pouvez aussi visiter le www.canadavie.com.

Avis concernant le MIB, Inc.

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

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

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

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

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

Assurance individuelle, 255 avenue Dufferin, London ON N6A 4K1.

Avis concernant le programme d'entrevues téléphoniques avec les clients

Pour compléter la proposition, il est possible que la personne à assurer reçoive un appel téléphonique de l'un de nos représentants autorisés qui lui demandera des renseignements personnels ainsi que des données d'information de nature financière. L'entrevue dure normalement 30 minutes et se fait à un moment qui convient à la personne à assurer. Si la personne à assurer est absente lorsque le préposé aux entrevues téléphoniques avec les clients l'appelle, ce dernier laissera son nom et un numéro de téléphone afin qu'il soit possible de le joindre sans frais.

Sommaire des garanties de la police d'assurance maladies graves ou de la police d'assurance invalidité

Si vous demandez une assurance maladies graves ou une assurance invalidité, votre police pourrait être assujettie à certaines exceptions ainsi qu'à certains rajustements au titre des garanties d'assurance. Nous vous ferons parvenir à cet égard un sommaire qui décrit les caractéristiques et les garanties au titre de votre police. Ce sommaire énonce aussi toute exception ou toute restriction visant votre protection. Votre conseiller est également en mesure de vous fournir ces renseignements.

Avis concernant le traitement fiscal

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



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.

F17-8908 – 1/20



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	_____ %	_____ %
Options de Dépôts à intérêt variable					
Options liées à un indice					
Actions canadiennes	_____ %	_____ %	Science et technologies	_____ %	_____ %
Actions américaines	_____ %	_____ %	Actions européennes	_____ %	_____ %
Actions mondiales	_____ %	_____ %	Actions japonaises	_____ %	_____ %
Obligations canadiennes	_____ %	_____ %	États-Unis – petite capitalisation	_____ %	_____ %
Obligations à rendement réel	_____ %	_____ %			
Options de Dépôts à intérêt variable liées à des fonds					
Options liées à des fonds à revenu fixe					
Obligations de base Plus Franklin Bissett	_____ %	_____ %	Obligations de sociétés Mackenzie	_____ %	_____ %
Options liées à des fonds d'actions					
Actions canadiennes					
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	_____ %	_____ %
Actions américaines					
Valeur d'Amérique ABC	_____ %	_____ %	Actions américaines AGF	_____ %	_____ %
			Croissance américain toutes cap. Mackenzie	_____ %	_____ %
Options d'actions mondiales et internation.					
Catégorie Mackenzie Croissance mondiale	_____ %	_____ %	Sociétés mondiales Invesco	_____ %	_____ %
Actions mondiales Fidelity	_____ %	_____ %	Actions internationales Dynamique	_____ %	_____ %
Actions internationales Templeton	_____ %	_____ %	Fidelity Étoile du Nord ^{MD}	_____ %	_____ %
Fonds équilibrés canadiens					
Revenu et croissance Harbour (CI)	_____ %	_____ %	Actifs canadiens Fidelity	_____ %	_____ %
Gestion globale ABC	_____ %	_____ %	Revenu mensuel Fidelity	_____ %	_____ %
Comptes Profil / Affectation de l'actif					
Profil prudent	_____ %	_____ %	Profil accéléré	_____ %	_____ %
Profil modéré	_____ %	_____ %	Profil énergétique	_____ %	_____ %
Profil équilibré	_____ %	_____ %			
Le total des répartitions doit être de 100 %					
	_____ %	_____ %		_____ %	_____ %

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 propriétaire (s'il s'agit d'une entité, le signataire autorisé signe et indique son titre) X	Si le propriétaire est une entité , dénomination sociale de l'entité en caractères d'imprimerie
Signature du propriétaire , s'il y a plus d'un propriétaire (s'il s'agit d'une entité, le signataire autorisé signe et indique son titre) X	Signature du témoin de toutes les signatures X