

Proposition d'assurance vie entière sans participation pour enfants

1. LA PERSONNE À ASSURER

Dans cette proposition, le mot « personne assurée » signifie une personne pour laquelle une demande d'assurance vie est effectuée.

Prénom _____ 2^e prénom _____ Nom _____

Homme Femme

_____ Date de naissance (j/m/a)

_____ Pays de naissance

Si la personne n'est pas citoyenne canadienne, indiquez la date à laquelle elle a reçu le statut d'immigrant admis (j/m/a)

Adresse résidentielle (numéro et rue, numéro d'appartement)

Ville _____ Province/Territoire _____ Code postal _____

N° de téléphone principal : _____ N° de téléphone au travail : _____

NAS : _____ Adresse de courriel : _____
(si la personne est mineure, veuillez inscrire le courriel du parent gardien)

2. PROPRIÉTAIRE - Requis si le propriétaire du contrat est autre que la personne assurée, si la personne assurée habite le Québec ou si la personne assurée a moins de 16 ans et réside dans une province autre que le Québec.

Propriétaire Société ou autre entité (remplissez un formulaire de *Vérification de l'identité, sociétés et autres entités 105848 FR*)

Nom légal complet de la personne (prénom, 2^e prénom, nom), société ou entité

Homme Femme

_____ Date de naissance (j/m/a)

_____ Profession

Même adresse que celle de la personne indiquée à la section 1

Adresse résidentielle (numéro et rue, numéro d'appartement)

Ville _____ Province/Territoire _____ Code postal _____

N° de téléphone principal : _____ N° de téléphone au travail : _____

NAS : _____ Lien avec la personne à assurer : _____

3. DÉTAIL DE LA COUVERTURE Âge à l'étab. 0 à 17 Montant d'assurance 10 000 \$ à 100 000 \$ Payables pour une durée de 20 ans

Montant d'assurance : _____ \$ Prime : _____ \$

Mode de paiement : Annuel Paiement par prélèvements automatiques (PPA) mensuels

Avenant : Exonération des primes du propriétaire (disponibles pour les propriétaires de contrat âgés de 18 à 55 ans)

Si vous avez sélectionné cet avenant, veuillez répondre aux questions ci-dessous et remplir la section 6.

1. Date de naissance du propriétaire du contrat (j/m/a) _____

pi/po

lb

2. Veuillez indiquer votre taille et votre poids actuels. Taille _____ cm Poids _____ kg

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

1. La présente assurance entraînera-t-elle la résiliation ou la réduction d'une assurance actuellement en vigueur? Oui Non

Dans l'affirmative, indiquez le régime, l'assureur et le capital assuré ci-dessous, et remplissez l'état comparatif ou la déclaration de remplacement d'une police d'assurance vie requis dans la province de la personne assurée.

Détails: _____

2. Quels sont la taille et le poids de la personne assurée à l'heure actuelle? Taille _____ pi/po cm Poids _____ lb kg

4. QUESTIONS SUR LES HABITUDES DE VIE

4.1 A-t-on déjà refusé une proposition d'assurance à la personne assurée, ou l'a-t-on différée ou modifiée? Oui Non

4.2 La personne assurée a-t-elle, au cours des deux dernières années :

a) pratiqué quelque sport dangereux comme l'alpinisme, l'escalade, la course automobile, les courses de bateaux, le ski hors-piste ou l'hélicoptère, le parachutisme, le pilotage d'avion ultraléger, le deltaplane ou la plongée en scaphandre autonome? Oui Non

b) piloté un avion en tant qu'élève-pilote ou pilote breveté? Oui Non

SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » À UNE OU PLUSIEURS DES QUESTIONS POSÉES À LA SECTION 4, NE POURSUIVEZ PAS CETTE DEMANDE.

5. QUESTIONS À CARACTÈRE MÉDICAL

5.1 La personne assurée a-t-elle:

a) reçu un diagnostic, subi un traitement, été mise sous médication ou été placée sous observation relativement à une maladie ou à un trouble autre qu'un simple rhume ou une grippe? Oui Non

b) subi, ou lui a-t-on conseillé de subir, un électrocardiogramme, un tomodynamogramme, une scintigraphie osseuse, une IRM, une colonoscopie, un échocardiogramme, une biopsie ou une endoscopie? Oui Non

c) reçu le conseil de procéder à un bilan de santé, d'effectuer une consultation médicale, de prendre des médicaments, de subir un traitement ou une opération, d'être hospitalisée, de se soumettre à un test diagnostique ou de se présenter à un centre de prélèvements pour des analyses, sans que cela n'ait été effectué ou que les résultats en aient été obtenus? Oui Non

d) reçu un diagnostic ou présenté des symptômes de maladie ou de trouble congénital ou héréditaire ou subi un traitement relativement à ce genre de maladie ou de trouble, ou été informée en être atteinte? Oui Non

e) déjà eu des résultats positifs à un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou reçu un diagnostic de sida (syndrome d'immunodéficience acquise) ou para-sida (SAS)? Oui Non

SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » À UNE OU PLUSIEURS DES QUESTIONS POSÉES À LA SECTION 5, NE POURSUIVEZ PAS CETTE DEMANDE.

6. QUESTIONS DE QUALIFICATION POUR L'EXONÉRATION DE PRIMES DU PROPRIÉTAIRE DE CONTRAT

Dans cette section, « vous » et « votre » signifient le propriétaire de contrat identifié à la section 2.

6.1 Êtes-vous actuellement sans emploi ou invalide?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6.2 Avez-vous, au cours des cinq dernières années : a) Été reconnu coupable de trois infractions ou plus aux règles de la circulation, été reconnu coupable – ou êtes l'objet d'accusations en instance – pour conduite avec facultés affaiblies ou été l'objet d'une suspension ou d'une révocation de votre permis de conduire? b) Fait usage de marijuana plus de sept fois par semaine, d'héroïne, de cocaïne, d'un narcotique, d'un barbiturique, d'un hallucinogène ou d'autres substances réglementées, sauf sous prescription d'un médecin ou médecin praticien?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6.3 Au cours des dix dernières années, avez-vous été reconnu coupable d'acte criminel ou plaidé coupable à des accusations d'acte criminel, ou êtes-vous l'objet d'accusations criminelles en instance, ou avez-vous été en période de probation ou de libération conditionnelle ou avez-vous reçu un traitement ou du counseling relativement à la consommation d'alcool ou d'un médicament non prescrit ou prescrit, ou vous a-t-on conseillé d'en recevoir ou de réduire ou cesser cette consommation?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6.4 Au cours des deux dernières années : a) vous êtes-vous adonné à quelque sport dangereux comme l'alpinisme, l'escalade, la course automobile, les courses de bateaux, le ski hors-piste ou l'hélicoptère, le parachutisme, le pilotage d'avion ultra-léger, le deltaplane ou la plongée en scaphandre autonome? b) avez-vous piloté un avion en tant qu'élève-pilote ou pilote breveté?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6.5 Prévoyez-vous voyager à l'extérieur de l'Amérique du Nord, des Caraïbes (à l'exclusion d'Haïti), du Royaume-Uni ou de l'Union européenne pendant plus de 12 semaines consécutives au cours des 12 prochains mois?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6.6 Buvez-vous chaque semaine plus de 21 boissons alcoolisées?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6.7 Vous êtes-vous déjà vu refuser, différer ou offrir moyennant surprime une assurance vie ou une assurance maladies graves?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6.8 Vous a-t-on déjà diagnostiqué, administré un traitement pour l'une ou l'autre des affections suivantes, ou informé que vous en présentiez les symptômes : a) Crise cardiaque/angine de poitrine, maladie coronarienne (avec ou sans pontage, angioplastie ou mise en place d'endoprothèse vasculaire), anévrisme, insuffisance cardiaque congestive, cardiomyopathie ou cardiopathie congénitale? b) Opération ou intervention cardiaque ou circulatoire, accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT)? c) Diabète, avant l'âge de 50 ans, neuropathie diabétique, rétinopathie ou amputation liée au diabète, bronchopneumopathie chronique obstructive, bronchite chronique, emphysème ou oxygénothérapie? d) Hépatite B ou C, cirrhose ou tout autre problème du foie, cancer ou tumeur maligne (hormis les carcinomes basocellulaires), maladie de Crohn, colique ulcéreuse ou polypes du côlon non traités, dystrophie musculaire ou sclérose latérale amyotrophique, maladie chronique ou récurrente des reins ou maladie chronique des poumons ou du pancréas? e) Dépression majeure ou trouble maniacodépressif, psychose bipolaire, schizophrénie, maladie d'Alzheimer, démence, maladie de Huntington, sclérose en plaques, lupus érythémateux systémique, maladie de Parkinson, paraplégie, quadruplégie ou maladie ou trouble neurologique? f) Déficience congénitale ou êtes-vous actuellement handicapé? g) Résultats positifs à un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou reçu un diagnostic de sida (syndrome d'immunodéficience acquise) ou para-sida (SAS)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6.9 Au cours de la dernière année, avez-vous perdu plus de 10 % de votre poids corporel (autrement qu'en suivant une diète)?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6.10 Avez-vous, au cours des deux dernières années : a) subi, ou vous a-t-on conseillé de subir, un électrocardiogramme, un tomodensitogramme, une scintigraphie osseuse, une IRM, une colonoscopie, un échocardiogramme, une biopsie ou une endoscopie (à l'exclusion des tests de dépistage motivés autrement que par la présence de symptômes)? b) reçu conseil de procéder à un bilan de santé, d'effectuer une consultation médicale, de subir un traitement ou une opération, de vous soumettre à un test diagnostique ou de vous présenter à un centre de prélèvements pour des analyses, sans que cela n'ait été effectué ou que les résultats en soient obtenus?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6.11 Avez-vous, au cours des soixante derniers jours : a) séjourné dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée, maison de soins infirmiers spécialisés, établissement psychiatrique, ou avez-vous reçu conseil d'obtenir des soins infirmiers spécialisés, des soins palliatifs ou des soins médicaux à domicile en raison d'une maladie en phase terminale dont il est prévu qu'elle soit fatale au cours des 24 prochains mois? b) eu recours à un fauteuil roulant en raison d'une affection chronique ou eu besoin d'aide afin d'accomplir l'une ou l'autre des activités quotidiennes suivantes : prendre des médicaments, prendre un bain, vous habiller, manger ou aller aux toilettes?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

SI VOUS AVEZ RÉPONDU « OUI » À UNE OU PLUSIEURS DES QUESTIONS POSÉES À LA SECTION 6, VOUS NE VOUS QUALIFIEZ PAS POUR CET AVENANT.

7. DEMANDE D'ADHÉSION

La personne à assurer est-elle membre de la Financière Foresters™? Oui Non, considérez ceci ma demande d'adhésion

Une lettre de bienvenue au sein de Foresters confirmant l'adhésion sera incluse dans la police, si elle est établie. Pour en savoir plus sur l'adhésion à Foresters et les bénéfices de membre, visitez le www.foresters.com.

8. DÉSIGNATIONS DE BÉNÉFICIAIRES

Désignations révocables ou irrévocables : Tous les bénéficiaires sont révocables, sauf indication contraire. Toutefois, au Québec, la désignation du conjoint légal du propriétaire est irrévocable à moins d'indiquer explicitement que la désignation est révocable.

Si une personne mineure est désignée comme bénéficiaire, veuillez remplir la section Fiduciaire/administrateur.

_____	_____	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	
_____	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	_____
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)		Part %
_____	_____	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	
_____	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	_____
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)		Part %
_____	_____	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	
_____	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	_____
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)		Part %
_____	_____	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	
_____	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	_____
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)		Part %

Renseignements sur le fiduciaire/administrateur

Dans toutes les provinces, sauf au Québec, un fiduciaire doit être nommé pour recevoir les fonds au nom du mineur. Au Québec, le produit payable à un mineur est versé au(x) parent(s) (ou tuteur légal, le cas échéant). Si vous voulez qu'une autre personne administre le produit de l'enfant, assurez-vous d'inclure les clauses appropriées dans votre testament.

1^{er} mineur

Nom du mineur

Nom du fiduciaire/de l'administrateur

Lien avec le(s) propriétaire(s)

2^e mineur

Nom du mineur

Nom du fiduciaire/de l'administrateur

Lien avec le(s) propriétaire(s)

3^e mineur

Nom du mineur

Nom du fiduciaire/de l'administrateur

Lien avec le(s) propriétaire(s)

9. VÉRIFICATION DU PROPRIÉTAIRE

Existe-t-il un tiers en ce qui concerne cette proposition d'assurance ou est-ce qu'un tiers paiera les primes d'assurance ou aura l'usage de la valeur de rachat de la police ou y aura accès? Oui Non
Dans l'affirmative, remplissez un Questionnaire pour la détermination de l'existence d'un tiers 105816 FR.

Conformément à la Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes, l'identité du propriétaire doit être vérifiée et la participation de tout tiers doit être déterminée. Pour qu'un document soit acceptable à des fins d'identification, il doit avoir un numéro identificateur unique et avoir été délivré par un gouvernement provincial, territorial ou fédéral.

Propriétaire

Document présenté pour vérifier l'identité :

- Certificat de naissance
 Permis de conduire avec photo et signature
 Passeport
 Autre (précisez) : _____

Numéro du document : _____

_____ Lieu de délivrance

_____ Date d'expiration (j/m/a)

Remplissez un formulaire de Vérification de l'identité, sociétés et autres entités 105848 FR pour chaque propriétaire qui est une société ou une autre entité.

10. SITUATION FISCALE DU PROPRIÉTAIRE AMÉRICAIN

Pour respecter l'accord d'échange de renseignements à des fins fiscales entre le Canada et les États-Unis, les institutions financières canadiennes sont tenues par la loi de faire part de renseignements au sujet de certains comptes financiers tenus au Canada par des personnes américaines.

Êtes-vous un résident américain aux fins d'impôt aux États-Unis ou un citoyen américain? Dans l'affirmative, veuillez soumettre votre numéro d'identification fiscale (NIF) aux É.-U.

Propriétaire

Oui Non

_____ NIF aux É.-U. du propriétaire

11. INSTRUCTIONS AU SUJET DES PRIMES ET DE L'ÉTABLISSEMENT

REMARQUE : La prime type calculée peut être modifiée lors de la vérification effectuée par le service de souscription. Les primes pour l'ensemble des garanties demandées dans ce Formulaire, y compris la prime initiale à l'entrée en vigueur de la police (advenant qu'elle n'ait pas été payée lors du dépôt du Formulaire), seront prélevées sur le compte bancaire indiqué, à moins d'instructions contraires ci-dessous.

Payeur de prime

Qui payera les primes de chaque police souscrite? Propriétaire Autre (précisez) : _____

Si un payeur de prime n'est pas le propriétaire ou la personne assurée en vertu de la police, remplissez un Questionnaire pour la détermination de l'existence d'un tiers 105816 FR.

Le paiement de la première prime doit être effectué par :

Paiement par prélèvements automatiques (PPA) mensuel Chèque (payable à l'ordre de Foresters, compagnie d'assurance vie)

Date du retrait demandée (en cocher une): 1^{er} 8^e 15^e 22^e

Si aucune date n'est indiquée, la date du retrait mensuel coïncidera avec la date de la police.

Langue de la police et des communications futures English Français

Pour le PPA mensuel, prélever les primes du : chèque ANNULÉ ci-joint
ou renseignements bancaires ci-dessous (à remplir uniquement si un chèque n'est pas soumis) :

N° de domiciliation (5 chiffres) _____ N° de banque (3 chiffres) _____ N° de compte _____

Type de compte compte de chèques compte d'épargne

Nom de l'institution financière _____

Adresse _____

Ville _____ Province/Territoire _____ Code postal _____

12. ENTENTE RELATIVE AU PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES (« ENTENTE »)

Aux fins de la présente entente, « Assureur » signifie Foresters, compagnie d'assurance vie; « Police » signifie une police d'assurance établie par l'Assureur et comprend chacun des avenants qui lui sont annexés.

En signant ci-dessous, le payeur atteste être le titulaire du compte indiqué sur le spécimen de chèque ANNULÉ ci-joint ou à la section 11 de la présente proposition et accepte que :

1. En vertu de la présente entente, l'Assureur est autorisé à effectuer des prélèvements mensuels sur ce compte ou tout autre compte qui lui serait substitué ou qui serait identifié ultérieurement par le payeur afin de s'acquitter de la prime et des frais d'assurance de chaque Police établie par l'assureur à la suite du dépôt de la présente proposition;
2. L'institution financière de laquelle les prélèvements doivent être effectués est autorisée à traiter tous les prélèvements de l'Assureur comme si le payeur les avait effectués lui-même;
3. L'Assureur se réserve le droit de déterminer la date et le montant du premier prélèvement, le cas échéant, pour chacune des polices qu'il établit, et que les montants des prélèvements subséquents peuvent varier;
4. La présente entente entre en vigueur immédiatement et le restera jusqu'à sa résiliation, ce que le payeur ou l'Assureur peuvent faire en tout temps en remettant un avis d'au moins 30 jours à l'autre partie. Le payeur peut obtenir un formulaire d'annulation ou de plus amples renseignements sur son droit d'annuler une entente de PPA auprès de son institution financière ou sur www.cdnpay.ca;
5. Si les fonds ne sont pas disponibles en raison d'une insuffisance de fonds, l'Assureur peut, à sa discrétion, prélever du compte du payeur, à la prochaine date de prélèvement prévue, le montant des fonds insuffisants applicable à chaque police alors en vigueur;
6. Le payeur dispose de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, le payeur a le droit de recevoir le remboursement de tout prélèvement qui n'est pas autorisé ou conforme à la présente entente. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les droits de recours, le payeur peut communiquer avec son institution financière ou parcourir www.cdnpay.ca; et
7. Le payeur peut communiquer avec l'assureur à son adresse et son numéro de téléphone :
À l'attention de Services aux propriétaires de police
Foresters, 789, ch. Don Mills, Toronto, ON M3C 1T9. 800 828-1540

Le payeur renonce au droit de recevoir un préavis du montant et de la date du premier prélèvement et de toute modification du montant du prélèvement requis pour la prime, ou des frais pour chacune des polices en vigueur, ou de la modification du montant requis par le payeur par quelque moyen que ce soit.

Le titulaire du compte bancaire doit signer l'entente de PPA avec le nom figurant sur les dossiers bancaires du compte visé.

Les prélèvements mensuels relatifs à la présente entente sont : d'ordre personnel d'ordre professionnel

Signature du titulaire du compte _____

Date (j/m/a) _____

13. PROPOSITION D'ASSURANCE PROVISOIRE

1.	La personne assurée est-elle âgée de moins de 15 jours?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
2.	Une demande d'assurance sur la vie de la personne assurée a-t-elle déjà été refusée, acceptée moyennant surprime ou acceptée sous réserve de modification des garanties?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
3.	La personne assurée a-t-elle déjà eu une indication, un signe ou un symptôme de cancer, tumeur, AVC, cardiopathie, trouble ou maladie des vaisseaux sanguins, diabète, perte de la parole, perte d'un membre, brûlures graves, surdité, cécité, trouble rénal, hépatique ou pulmonaire courant ou récurrent, maladie d'Alzheimer, maladie de Huntington, maladie de Parkinson, ou maladie ou trouble du système nerveux, ou la personne assurée a-t-elle déjà reçu un traitement contre ces maladies?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
4.	La personne assurée a-t-elle déjà eu le sida (syndrome d'immunodéficiency acquise) ou été informée qu'elle en était atteinte, ou déjà eu des résultats positifs à un test de dépistage du VIH, ou été atteinte d'un trouble ou d'une maladie du système immunitaire?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
5.	La personne assurée a-t-elle été hospitalisée au cours des deux dernières années?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
6.	La personne assurée a-t-elle connaissance d'un symptôme, d'une maladie ou d'une affection pour lequel elle n'a pas encore sollicité un avis médical, ou pour lequel un examen ou un traitement est recommandé, prévu ou en attente, ou pour lequel un examen a été effectué sans que les résultats ne soient encore connus?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Sous réserve des conditions de la note de couverture provisoire (NCP), Formulaire 105936 FR, une couverture provisoire sera accordée à la personne assurée dans la mesure où toutes les conditions préalables énoncées ci-dessous sont remplies :

1. Que la personne assurée ait plus de 14 jours à la date à laquelle la présente note de couverture provisoire est signée par le conseiller.
2. Que, dans le cas de la personne assurée, la réponse à chacune des questions de la section 13 ci-dessus soit négative et que ces réponses soient véridiques.
3. Qu'au moins un douzième du montant total de la prime annuelle de la police demandée soit fourni avec la proposition par chèque ou prélèvement automatique honoré sur présentation à l'institution financière de laquelle il doit être prélevé.
4. Que chaque personne assurée, ou parent ou tuteur légal, et que chaque propriétaire de contrat ait signé la proposition à la date à laquelle le conseiller signe la note de couverture provisoire ou préalablement à cette date.

Si l'un des prérequis n'est pas satisfait, aucune couverture provisoire ne peut entrer en vigueur pour la personne assurée, même si une note de couverture provisoire a été remise au propriétaire du contrat et même si une prime a été versée à l'Assureur ou a été prélevée par celui-ci.

14. ENTENTE

« Proposition » signifie la présente proposition d'assurance vie entière sans participation pour enfants. « Je et moi » font référence individuellement à chaque personne désignée dans la présente proposition à titre de personne à assurer ou de propriétaire, ou de parent ou tuteur légal signant la présente proposition en relation avec un enfant mineur. « Personne assurée » signifie la personne identifiée en tant que personne assurée dans la présente proposition. « Assureur » fait référence à Foresters, compagnie d'assurance vie. « Propriétaire du contrat » signifie la personne identifiée en tant que propriétaire de contrat dans la présente proposition. « Police » signifie un certificat ou une police établi par l'Assureur et inclut chaque avenant y étant joint.

En signant la présente proposition, je conviens que :

1. Les déclarations et les réponses contenues dans la présente proposition, ainsi que les autres preuves d'assurabilité que j'ai signées ou fournies, sont véridiques et complètes, et que l'Assureur s'y fiera pour décider d'établir ou non une police.
2. Une police établie par l'Assureur, le cas échéant, n'entrera en vigueur que selon les conditions inhérentes à cette police, susceptibles d'inclure des facteurs comme la date à laquelle la proposition a été approuvée, la date d'établissement de la police, le paiement de la première prime, et sous réserve qu'il n'y ait eu aucun changement quant au statut d'assurabilité eu égard aux conditions énoncées dans la police.
3. Aucun conseiller, médecin examinateur ou autre personne ne peut déterminer qu'une réponse ou information incomplète ou fallacieuse est acceptable et sans effet, ni n'est fondé du pouvoir, à l'exception du président et du secrétaire général de Foresters, compagnie d'assurance vie, ou de leurs successeurs à ces postes, d'élaborer, de modifier ou de libérer une police.
4. Si je signe la présente proposition relativement à un enfant, je confirme être autorisé à consentir à l'assurance demandée dans la présente proposition, et établie, le cas échéant, sur la tête de l'enfant.
5. La langue de chaque police établie en conséquence de cette proposition et toute la correspondance s'y rapportant sera la même que celle de la présente proposition, sauf indication contraire à la section 11.
6. Une couverture provisoire, le cas échéant, est assujettie à la note de couverture provisoire (NCP) et au reçu qui accompagne le formulaire 105938 FR, incluant les conditions préalables sans égard aux faits a) que la note de couverture provisoire ait ou non été remise à l'assuré ou au propriétaire du contrat, et b) que la prime ait ou non été versée, de quelque manière que ce soit, avec le dépôt de cette proposition, ou que la prime ait été ultérieurement prélevée par l'Assureur.
7. J'ai reçu une copie de la page des Avis importants.

Je comprends et conviens également que :

1. Les changements ou corrections apportés à cette proposition par l'Assureur, le cas échéant, sont réputés avoir été entérinés par le propriétaire de contrat si la police expédiée à la personne assurée ou au propriétaire de contrat n'est pas retournée par celui-ci à l'Assureur au cours de la période de résiliation. Ces changements ou corrections peuvent avoir été effectués directement sur la présente proposition, ou au moyen d'une modification apportée à celle-ci.
2. La présente proposition et les documents afférents peuvent également être remplis, signés ou transmis à l'Assureur vocalement ou par des moyens électroniques, notamment par courriel ou télécopieur.
3. L'Assureur peut communiquer avec moi et m'envoyer des messages, y compris des messages préenregistrés et des messages texte, ainsi que m'appeler et me laisser des messages au moyen d'un système de composeur automatique, en utilisant le(s) numéro(s) de téléphone, y compris les numéros de services sans fil, fournis dans la présente proposition ou ultérieurement.
4. Si j'ai fourni une adresse de courriel courante ou d'autres coordonnées électroniques dans la présente proposition ou ultérieurement, chaque assureur peut utiliser cette adresse de courriel ou ces coordonnées pour m'envoyer électroniquement des messages, des renseignements ou des documents se rapportant, directement ou indirectement, à la présente proposition, à une personne assurée, à la police, à l'adhésion, à un événement, à un bénéficiaire, à une demande de règlement, à l'administration ou à d'autres produits et services.
5. Les employés de Foresters, compagnie d'assurance vie, fournisseurs de services, représentants, réassureurs et leurs fournisseurs de services peuvent se trouver à l'extérieur du Canada. Par conséquent, vos renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois d'autres territoires de compétence et divulgués en réponse à des demandes ou exigences d'une instance gouvernementale, d'un tribunal ou d'un organisme d'application de la loi dans ces pays.

15. AUTORISATION

Les définitions suivantes s'appliquent aux fins de la présente autorisation : « proposition », « je et moi », « personne à assurer », « Assureur », « propriétaire » et « police » ont les mêmes significations que celles qui leur sont attribuées à la section « Entente » de la présente proposition. « Personne autorisée » signifie chaque assureur, réassureur, conseiller, agence d'assurance, agent général délégué et intermédiaire de marché lié à la présente proposition ou à la police, ainsi qu'à leurs société mère, sociétés affiliées et représentants autorisés respectifs et aux personnes fournissant des services en leur nom relativement aux fins autorisées ou à la présente proposition, à la police, à une demande de règlement, à une adhésion ou à la gestion des activités respectives de chacun. « Enfant autorisé » signifie chaque personne de moins de 16 ans (18 ans au Québec) proposée pour l'assurance dans la présente proposition et pour qui je signe la présente proposition à titre de parent ou de tuteur légal. « Fins autorisées » signifie l'évaluation, le service ou l'administration de la protection d'assurance, de chaque police, demande de règlement ou bénéfice de l'adhésion; la vérification de l'identité, la révision, l'analyse de perte de données, la conformité; la déclaration aux fins d'impôt; l'information sur les bénéficiaires de l'adhésion; l'évaluation et l'offre d'autres produits et services; ou toute autre fin exigée ou permise par la loi.

Votre consentement en relation avec l'offre d'autres produits et services est facultatif.

Si vous ne désirez pas consentir à cette fin, cochez ici ou écrivez à notre chef de la protection des renseignements personnels à Foresters, 789, chemin Don Mills, Toronto, ON M3C 1T9.

En signant la présente proposition, j'autorise, en mon nom et au nom d'un enfant autorisé, la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements et de ceux de chaque enfant autorisé comme suit : aux fins autorisées par les personnes autorisées et entre elles, et entre les professionnels de la santé, médecins, hôpitaux, cliniques, établissements de santé, employeurs, organismes gouvernementaux, services provinciaux des régimes d'assurance-maladie et des véhicules à moteur, entités d'assurance, MIB Inc., pharmacies, gestionnaires de régimes d'assurance médicaments, gestionnaires des avantages sociaux, institutions financières, agences d'enquête ou de renseignements sur les consommateurs, organismes d'application de la loi, assureurs, réassureurs, bénéficiaire, demandeur; l'Assureur peut fournir un bref rapport à mon sujet et au sujet de chaque enfant autorisé à MIB, Inc. (connu anciennement sous le nom de Medical Information Bureau [Bureau de renseignements médicaux]), même dans le cas où la présente proposition serait annulée ou retirée.

Chaque personne ayant signé la présente autorisation peut révoquer celle-ci au moyen d'un avis écrit à l'Assureur. Toutefois, cette révocation ne touchera pas la ou les actions entreprises avant la réception de l'avis et n'empêchera pas l'Assureur d'utiliser les renseignements personnels afin d'administrer une police, de faire rapport à MIB, Inc. (connu anciennement sous le nom de Medical Information Bureau [Bureau de renseignements médicaux]), ou de fournir des renseignements sur les bénéficiaires de l'adhésion ou d'administrer ces bénéficiaires.

16. SIGNATURES

Je comprends et conviens que ma signature ci-dessous s'applique à cette proposition intégrale et aux fins s'y rapportant.

X

Signature de la personne à assurer

Signée dans la province/le territoire

Date (j/m/a)

X

Signature du propriétaire

Signée dans la province/le territoire

Date (j/m/a)

X

Signature du parent ou tuteur légal d'une personne à assurer de moins de 16 ans (18 ans au Québec)

Signée dans la province/le territoire

Date (j/m/a)

X

Nom du parent ou du tuteur légal si celui-ci a apposé sa signature ci-dessus.

17. RAPPORT DU CONSEILLER

Renseignements sur le conseiller

Nom du conseiller (prénom, 2 ^e prénom, nom)		
Code du conseiller	Code de l'agence	Partage %
Nom du conseiller (prénom, 2 ^e prénom, nom)		
Code du conseiller	Code de l'agence	Partage %
Nom du conseiller (prénom, 2 ^e prénom, nom)		
Code du conseiller	Code de l'agence	Partage %

Renseignements sur l'AGD

Agent général délégué	Apposer le timbre de l'AGD, le cas échéant
Code d'AGD	
Nom de la personne-ressource au bureau de l'AGD	
Numéro de téléphone de la personne-ressource	
Adresse de courriel de la personne-ressource	

Lien avec la personne à assurer et divulgation

Depuis combien d'années connaissez-vous chaque personne à assurer? _____ années
Si vous êtes apparenté à une des personnes à assurer, quelle est la nature de votre relation? _____
Qui a pris l'initiative de remplir la présente proposition? <input type="radio"/> Propriétaire <input type="radio"/> Personne à assurer <input type="radio"/> Conseiller <input type="radio"/> Autre (précisez) : _____
Êtes-vous au courant de certains faits non divulgués dans la présente proposition qui pourraient influencer sur l'assurabilité de la personne à assurer? Dans l'affirmative, fournissez les détails : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Cette police est-elle souscrite dans l'intention d'en transférer la propriété? Dans l'affirmative, fournissez les détails : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Signature du conseiller qui a rempli la présente proposition et le rapport du conseiller

J'ai remis au(x) propriétaire(s) et à la ou aux personnes à assurer la page des Avis importants et une déclaration de divulgation indiquant les compagnies que je représente, que je reçois une commission pour le placement de contrats d'assurance vie et maladie grave, et que je peux recevoir une rémunération additionnelle sous forme de bonis, de participation à des congrès ou d'autres récompenses.

J'ai aussi divulgué tout conflit d'intérêts réel ou potentiel dans le cadre de cette transaction.

À ma connaissance, les renseignements fournis dans la proposition sont à jour, exacts et complets. Je ne possède aucun autre renseignement important pour la tarification et l'acceptation de la présente proposition d'assurance qui n'a pas été divulgué dans la présente proposition ou dans le rapport du conseiller.

J'ai vérifié l'identité du/des propriétaire(s). Je confirme que les éléments d'identification fournis dans la présente proposition correspondent aux pièces d'identité originales qui m'ont été présentées. J'ai pris des mesures raisonnables pour déterminer si chaque propriétaire agit au nom d'un tiers. Si je soupçonne qu'un tiers non divulgué est en cause, j'enverrai des détails par courriel à **complianceccda@foresters.com** dans des délais satisfaisants.

X

Signature du conseiller	Date (j/m/a)
X	
Signature du superviseur de la formation, le cas échéant	Date (j/m/a)
X	
Signature du conseiller de service, si différent du conseiller ci-dessus J'ai passé en revue la présente proposition et le rapport du conseiller	Date (j/m/a)

VEUILLEZ DÉTACHER ET REMETTRE À LA PERSONNE ASSURÉE

IMPORTANT : AVIS CONCERNANT MIB

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. Nous ou nos réassureurs pourrions toutefois envoyer un bref compte rendu à ce sujet à MIB Inc., précédemment connu sous le nom de Medical Information Bureau (Bureau de renseignements médicaux), un organisme sans but lucratif regroupant les compagnies d'assurance vie et effectuant un échange de renseignements pour le compte de ses membres. Si une personne désignée dans cette proposition présente une proposition à une autre société membre de MIB en vue d'obtenir une assurance vie, invalidité ou maladie, ou si une demande de règlement lui est soumise, MIB lui fournira sur demande les renseignements figurant dans ses dossiers. Sur réception d'une demande de votre part, MIB vous divulguera tous les renseignements figurant dans votre dossier. Si vous doutez de l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez communiquer avec MIB pour demander une rectification. L'adresse de MIB est MIB, 330, av. University, Toronto, ON M5G 1R7. Son numéro de téléphone est le 416 597-0590, et l'adresse de son site Web est www.mib.com.

IMPORTANT : VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET VOTRE VIE PRIVÉE

Le respect de votre vie privée est important pour Foresters. Nous conserverons vos renseignements personnels dans un dossier confidentiel qui sera utilisé dans nos bureaux dans le but de vous fournir nos produits et services, ainsi que des renseignements sur l'adhésion à Foresters. Les renseignements contenus dans votre dossier seront continuellement collectés, utilisés et divulgués par Foresters, ses employés, réassureurs, agents, représentants, fournisseurs de services ou consultants professionnels afin de déterminer votre admissibilité à nos produits et services; d'évaluer et d'administrer les demandes de règlement; d'administrer votre police et de répondre à vos questions; de vous renseigner sur les bénéfices de l'adhésion et de vous les fournir; de vous fournir des renseignements au sujet des produits, services ou bénéfices de membre pouvant répondre à vos besoins; de nous aider à améliorer continuellement nos services et à concevoir des programmes pour nos membres; ainsi que tel qu'il est décrit dans la section Autorisation de la proposition d'assurance vie entière sans participation pour enfants que vous avez signée. Nous restreindrons l'accès à votre dossier à nos employés, fournisseurs de services, représentants, sociétés affiliées et réassureurs qui ont besoin des renseignements dans l'exercice des fonctions qu'ils exercent en notre nom, et à toute personne ou organisation à qui vous avez donné votre consentement. Nos employés, fournisseurs de services, représentants, réassureurs et leurs fournisseurs de services peuvent se trouver à l'extérieur du Canada. Par conséquent, vos renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois d'autres territoires de compétence et divulgués en réponse à des demandes ou exigences d'une instance gouvernementale, d'un tribunal ou d'un organisme d'application de la loi dans ces pays. Vous pouvez avoir accès aux renseignements personnels que nous détenons dans votre dossier et, au besoin, les faire rectifier. Vous pouvez aussi nous demander de vous envoyer des renseignements sur nos produits, services ou bénéfices de membre. Il vous suffit de nous écrire à Foresters, 789, chemin Don Mills, Toronto, ON, M3C 1T9. Pour consulter notre plus récente Politique de confidentialité, veuillez visiter notre site Web à www.foresters.com.

VEUILLEZ DÉTACHER ET REMETTRE AU PROPRIÉTAIRE DU CONTRAT S'IL N'EST PAS LA PERSONNE ASSURÉE

AVIS IMPORTANTS

DÉCLARATION DE DIVULGATION DU CONSEILLER

Le conseiller identifié dans la proposition d'assurance vie entière sans participation pour enfants est un conseiller en assurance agréé indépendant, dûment autorisé par l'assureur, Foresters, compagnie d'assurance vie, à recevoir la présente proposition pour le produit d'assurance identifié, offert par l'Assureur. Si l'assureur établit une police en réponse à la proposition, le conseiller pourra recevoir une rémunération dudit assureur pouvant inclure une commission de première année ou une commission de service annuelle, des bonis, la participation à des congrès ou d'autres récompenses.

PRISE D'UNE DÉCISION ÉCLAIRÉE

Si vous souhaitez obtenir plus de renseignements sur la couverture d'assurance qui vous convient, vous pouvez consulter un exemple de police à foresters.com/fr-ca/pour-les-conseillers/exemple-de-contrats. Votre conseiller en assurance est aussi en mesure de répondre à toutes vos questions.

À PROPOS DE FORESTERS

Depuis plus de 140 ans, Foresters partage sa santé financière avec ses membres et leurs collectivités. Ces seize dernières années, notre solidité financière a été cotée « A » (Excellent) par la société A.M. Best. Cette notation indépendante évalue notre capacité à régler les réclamations qui nous sont présentées, mais ne s'applique pas à la performance des produits d'investissement. Il s'agit toutefois d'une importante mesure de notre force et de notre stabilité. Une cote de « A » (Excellent) est attribuée aux sociétés qui jouissent d'une forte capacité d'honorer leurs obligations courantes envers les titulaires de police et affichent un bilan solide, un excellent rendement d'exploitation et un profil d'entreprise remarquable, suivant les normes établies par la société A.M. Best. A.M. Best attribue des cotes entre A++ et F, A++ et A+ correspondant à des cotes supérieures, tandis que A et A- sont des cotes excellentes. Lors de l'attribution de cette cote le 18 août 2016, A.M. Best a déclaré que les perspectives de Foresters étaient « stables », ce qui veut dire que la cote attribuée ne devrait pas changer dans un avenir immédiat si notre solidité financière est maintenue et que le volume de nos affaires augmente. Visitez ambest.com pour obtenir les cotes les plus récentes.

Foresters est bien plus qu'un fournisseur d'assurance vie. Nous n'avons pas d'actionnaires. Nous investissons plutôt dans vous, votre famille et les collectivités. Notre objectif consiste à favoriser le bien-être des familles par l'entremise de produits d'assurance vie de qualité, de bénéfices de membre uniques et d'activités communautaires inspirantes. Les bénéfices de membre de Foresters sont des avantages non contractuels, assujettis aux exigences d'admissibilité et aux limitations particulières aux bénéfices, et peuvent être modifiés ou annulés sans préavis. Pour en savoir plus, visitez foresters.com.

Définitions

« Personne à assurer » et « propriétaire » signifient respectivement chaque personne désignée comme personne à assurer ou propriétaire à la section 1 de la présente proposition. « Proposition » signifie la proposition d'assurance vie entière sans participation pour enfants dûment signée par chaque personne assurée ainsi que le propriétaire du contrat, ou dûment signée en leur nom. « Note de couverture » signifie la présente Note de couverture et accusé de réception. « Assureur » signifie Foresters et Foresters, compagnie d'assurance vie.

Conditions préalables à l'assurance provisoire

Sous réserve des dispositions de la présente Note de couverture, l'assurance provisoire sera fournie à une personne assurée si chacune des conditions préalables suivantes est remplie :

1. Que la personne assurée ait plus de 14 jours à la date à laquelle la présente note de couverture provisoire est signée par le conseiller.
2. Que, dans le cas de la personne assurée, la réponse à chacune des questions de la section de demande de couverture provisoire de la présente proposition soit négative et que ces réponses soient véridiques.
3. Qu'au moins un douzième de la prime annuelle totale de la police faisant l'objet de la présente proposition soit versé au moment du dépôt de cette proposition, soit par chèque, soit par débit préautorisé, honoré sur présentation à l'institution financière auprès de laquelle est détenu le compte à débiter.
4. Chaque personne assurée et propriétaire ait signé la proposition à la date à laquelle le conseiller a signé la Note de couverture ou avant.

Si une ou plusieurs conditions préalables ne sont pas remplies, l'assurance provisoire n'entrera pas en vigueur, même si la présente Note de couverture est remise à une personne assurée ou à un propriétaire et la prime a été acquittée ou si nous avons perçu une prime.

Début et fin de l'assurance provisoire

Si toutes les conditions préalables sont remplies, l'assurance provisoire aux termes de la présente Note de couverture entrera en vigueur à la date et à l'heure auxquelles la présente entente sera signée, et elle prendra fin automatiquement à la première des éventualités suivantes, telles qu'elles sont indiquées dans les dossiers de l'assureur :

- a. le 90^e jour de la date d'entrée en vigueur de la présente assurance provisoire;
- b. la date à laquelle l'assurance entre en vigueur en vertu de la police demandée;
- c. la date à laquelle une police, autre que celle demandée, est offerte par l'Assureur;
- d. la date à laquelle la proposition est retirée, annulée, suspendue ou refusée, verbalement ou par écrit;
- e. la date la plus tardive entre la date à laquelle l'Assureur envoie au propriétaire un avis de résiliation de la Note de couverture et la date dudit avis de résiliation; et
- f. la date à laquelle le chèque remis avec la proposition ou le prélèvement automatique n'est pas honoré sur présentation.

Conditions et exclusions

La présente Note de couverture provisoire (NCP) sera nulle et non avenue et la responsabilité de l'Assureur se limitera au remboursement des versements reçus par l'Assureur en rapport avec la proposition, advenant a) qu'il y ait fraude, fausses déclarations influant sur l'opinion du risque ou omission volontaire dans la proposition ou dans un document présenté comme preuve d'assurabilité; ou b) que la mort découle de l'une ou l'autre des causes suivantes : un suicide ou une tentative de suicide, respectivement; l'automutilation; l'ingestion ou l'administration volontaire ou involontaire d'un médicament, qu'il ait été prescrit ou non; un état lié à la consommation d'alcool ou de drogue.

Entente intégrale

La présente Note de couverture contient toutes les modalités de l'assurance provisoire. Personne, y compris le conseiller, n'est autorisé à lever, amender ou modifier les dispositions de la présente Note de couverture.

Versement des prestations

Sous réserve des conditions de cette Note de couverture provisoire (NCP), si la personne assurée décède alors que la présente NCP est en vigueur, l'Assureur versera le maximum déterminé, en vertu de cette NCP et de toute autre couverture provisoire de la personne assurée en vigueur auprès de l'Assureur à la date de décès de la personne assurée, à raison de 500 000 \$ ou du montant d'assurance vie sélectionné dans la proposition, selon la moindre de ces deux sommes. La somme à payer sera versée aux bénéficiaires désignés dans la proposition.

La somme de _____ \$ a été versée ou autorisée lorsque la proposition a été remplie et signée.

X

Nom du conseiller

Signature du conseiller

Date (j/m/a)

Financière
Foresters 

L'Ordre Indépendant des Forestiers (Foresters)
Foresters, compagnie d'assurance vie

789, ch. Don Mills Road, Toronto, ON M3C 1T9
800 828-1540

La Financière Foresters et Foresters sont les noms commerciaux et les marques de commerce de L'Ordre Indépendant des Forestiers (une société de secours mutuel, 789, chemin Don Mills, Toronto, Canada M3C 1T9) et de ses filiales.