



Proposition

d'assurance-vie



Canada-Vie^{MC}

Proposition d'assurance-vie

Contenu

	Numéro de page
1 Renseignements généraux	1
2 Renseignements sur la première personne à assurer	1
3 Renseignements sur la deuxième personne à assurer	2
4 Renseignements sur le ou les propriétaires	2
5 Enfants à assurer au titre de l'avenant AssurEnfant – Vie temporaire	5
6 Exonération des primes / Garantie de paiement d'office de la prime	6
7 Renseignements sur les bénéficiaires	7
8 Adresse du propriétaire / pour correspondance future	10
9 Remplacements	10
10 Demandes spéciales	10
11 Conditions d'admissibilité à l'assurance-vie provisoire	11
12 Renseignements personnels et médicaux sur le ou les adultes à assurer	11
Renseignements généraux	11
Résidence et voyages	11
Renseignements sur la protection	12
Renseignements sur l'emploi	14
Renseignements financiers	14
Renseignements personnels	16
Antécédents de conduite automobile et autres antécédents pertinents	17
Taille et poids	18
Grossesse	18
Antécédents médicaux	18
Renseignements médicaux	20
Antécédents familiaux	22
Activités quotidiennes	23
13 Renseignements personnels et médicaux sur l'enfant à assurer	24
Renseignements sur la protection	24
Résidence et voyages	25
Renseignements personnels	25
Renseignements médicaux	26
14 Questionnaire succinct sur l'état de santé des enfants	28
15 Primes et paiements	30
16 Consentement à la communication de renseignements additionnels à votre conseiller	32
17 Consentements et signatures	33
18 Rapport du conseiller*	
19 Entente de débit préautorisé (« entente »)	
20 Reçu	
21 Convention d'assurance-vie provisoire	
22 Avis importants	

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

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

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

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

4. Renseignements sur le ou les propriétaires (suite)

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

a) S'il s'agit d'une autre personne ou d'une entité, veuillez indiquer

son nom :

M. M^{me} D^(e)

Prénom

Second prénom

Nom de famille

b) Sexe : M F

J J M M M A A A A

Date de naissance

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

Lien avec la personne à assurer

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 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 de l'entité / type d'entité : _____

Personne au foyer ou étudiant : Source de revenu : _____

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

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

Oui Non

Dans l'affirmative, précisez le numéro d'identification fiscal américain (NIF) : _____

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

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

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

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

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

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

Transmission des droits du propriétaire décédé à sa succession

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

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

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

Chacun des propriétaires désigne l'autre comme propriétaire subrogé

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

4. Renseignements sur le ou les propriétaires (suite)

4.5 Désignation d'un propriétaire successeur ou subrogé

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

Nom du propriétaire successeur / subrogé

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

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

a) Propriétaire(s) individuel(s)

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

Permis de conduire Certificat de naissance Passeport

Autre document délivré par une instance gouvernementale
(sauf la carte d'assurance-maladie ou d'assurance sociale) :

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

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

Permis de conduire Certificat de naissance Passeport

Autre document délivré par une instance gouvernementale
(sauf la carte d'assurance-maladie ou d'assurance sociale) :

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

b) Propriétaires qui sont des entités constituées ou non constituées en société (p. ex., une société par actions, une société de personnes, une fiducie) :

Si un 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 *Questionnaire à l'intention des proposants / propriétaires qui sont des entités* (imprimé F17-8295) et le formulaire *Classification fiscale internationale d'une entité* (imprimé F17-8945).

Dénomination sociale complète

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 (lieu d'affaires principal) de l'entité ci-dessous :

Numéro d'enregistrement :

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

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

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, et que 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 les formulaires *Attestation de l'identité* (imprimé F17-8296) et *Confirmation de compte* (imprimé F17-8333).

Si le régime est détenu par une entité constituée en société ou non constituée en société, remplissez le *Questionnaire à l'intention des proposants/propriétaires qui sont des entités* (imprimé F17-8295).

4. Renseignements sur le ou les propriétaires (suite)

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

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

Renseignements détaillés sur la profession / 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'entité _____

- c) Toute personne qui signe au nom d'un propriétaire (p. ex., par procuration) doit être identifiée au moyen d'une pièce d'identité appropriée délivrée par une instance gouvernementale :

Nom du signataire	Type de document	N° de document	Compétence 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

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		

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

6.1 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

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 22.

7. 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 7.3 ci-dessous).

Désignations révocable et irrévocable

Tout bénéficiaire que vous désignez à la section 7 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 7.1 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.

7. Renseignements sur les bénéficiaires (suite)

7.1 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 7.2.

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

7.2 Désignation de bénéficiaires

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

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

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

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

À noter : Si le survivant décède alors qu'il bénéficie d'une protection provisoire d'office au titre de garanties au survivant, nous verserons les sommes dues au décès au propriétaire de la police ou à sa succession, ou tel qu'il est autrement prévu dans la police, à moins d'indication contraire de votre part à la section 10 intitulée *Demandes spéciales*.

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

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

Bénéficiaires en premier ordre de la ou des personnes à assurer

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	Le propriétaire (au Québec seulement)

Bénéficiaires subsidiaires de la ou des personnes à assurer

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

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

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

Bénéficiaires subsidiaires

7. Renseignements sur les bénéficiaires (suite)

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

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

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

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

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

ou

- Aux bénéficiaires en **premier ordre** désignés ci-dessous :

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

Bénéficiaires subsidiaires

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

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

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

Bénéficiaires subsidiaires

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

- Mêmes désignations que pour l'avenant Temporaire 10 ans en 7 (d), **ou**

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

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

Bénéficiaires subsidiaires

7. Renseignements sur les bénéficiaires (suite)

Versement des prestations de décès

Bénéficiaires désignés en 7.2.

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

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

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

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

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

Proportionnellement, en fonction de leurs pourcentages, ou

En parts égales, sans égard à leurs pourcentages

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

OU

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

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

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

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

Proportionnellement, en fonction de leurs pourcentages, ou

En parts égales, sans égard à leurs pourcentages

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

OU

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

7.3 Fiduciaire des bénéficiaires mineurs

À noter : Veuillez ne pas remplir la présente section :

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

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

Nom du fiduciaire :

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

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

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

11. 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 11 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.

11.1 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"/>

11.2 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"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

11.3 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 11.1 à 11.3, veuillez indiquer le nom de la ou des personnes à assurer concernées :

Détachez et remettez la section 21, *Convention d'assurance-vie provisoire*, au propriétaire.

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

Renseignements généraux

12.1 Parlez-vous et lisez-vous le français?

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

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

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

Dans la négative, précisez la raison :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

Résidence et voyages

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

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

Dans la négative, donnez tous les renseignements pertinents :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

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

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

Résidence et voyages (suite)

12.4 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 : _____

12.5 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

12.6 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 12.6, remplissez également le *Questionnaire relatif aux voyages ou 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

12.7 Avez-vous déjà présenté une proposition d'assurance-vie, d'assurance invalidité ou d'assurance maladies graves, 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 : _____

12.8 Y a-t-il une police individuelle d'assurance-vie, d'assurance invalidité ou d'assurance maladies graves (A.M.G.) en vigueur ou à l'étude sur votre tête ou encore dont la souscription est envisagée? Oui Non Oui Non

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

Veuillez soumettre les formulaires de divulgation requis.

Veuillez indiquer le nom des formulaires soumis : _____

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

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

Renseignements sur l'emploi

12.9 Première personne à assurer :

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

* Dans le cas d'une personne retraitée ou sans emploi ou d'une personne au foyer ou d'un étudiant, il faut remplir le 12.9 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 : _____

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

Renseignements sur l'emploi (suite)

12.9 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 _____ \$

12.10 Deuxième personne à assurer :

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

* Dans le cas d'une personne retraitée ou sans emploi ou d'une personne au foyer ou d'un étudiant, il faut remplir le 12.10 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 _____ \$

Renseignements financiers

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

À noter : Dans le cas d'un enfant à assurer (de 17 ans ou moins), veuillez répondre aux questions 12.11 à 12.14 à l'égard du propriétaire.

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

Dans l'affirmative, précisez :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

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

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

Dans la négative, donnez tous les renseignements pertinents :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

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

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

Première personne à assurer

Assurance personnelle

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

Assurance commerciale

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

Deuxième personne à assurer

Assurance personnelle

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

Assurance commerciale

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

12.13 a) Valeur nette personnelle (actif personnel moins passif) _____ \$ _____ \$

b) Si l'objet de l'assurance est la préservation du patrimoine, impôts estimatifs à payer au décès (gains en capital, droits de succession, RER fermé, etc.) _____ \$ _____ \$

c) Le montant de tout prêt hypothécaire sur une résidence principale, une propriété de loisirs ou les deux doit-il être assuré? Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, quel est le solde du ou des prêts hypothécaires? _____ \$ _____ \$

d) Si l'assurance est souscrite aux fins de protection hypothécaire, quel est le solde du prêt hypothécaire? _____ \$ _____ \$

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

a) Assurance Rachat de parts :

Valeur nette (capitaux propres, soit l'actif moins le passif) _____ \$ _____ \$

Revenu annuel brut – an dernier (c.-à-d. les ventes) _____ \$ _____ \$

Revenu annuel net avant impôts – an dernier _____ \$ _____ \$

Juste valeur marchande de l'entité _____ \$ _____ \$

Méthode de calcul de la juste valeur marchande :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

b) Assurance prêt commercial :

Montant du prêt commercial impayé _____ \$

Période de remboursement _____ années

Date d'approbation du prêt

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) _____ \$ _____ \$

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

Renseignements financiers (suite)

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

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

Oui Non Oui Non

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

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

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

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

Dans la négative, précisez la raison :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

Renseignements personnels

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

Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, précisez ci-dessous.

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

12.16 a) Consommez-vous de l'alcool?

Oui Non Oui Non

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

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

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

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

Oui Non Oui Non

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

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

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

Oui Non Oui Non

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Antécédents de conduite automobile et autres antécédents pertinents

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

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

Première personne à assurer :

Précisez : _____

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

Deuxième personne à assurer :

Précisez : _____

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

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

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

Première personne à assurer :

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

Deuxième personne à assurer :

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

- c) Pour toute réponse affirmative en 12.19 a) ou b), fournissez les renseignements demandés ci-dessous :

Première personne à assurer :

Numéro du permis de conduire Territoire de délivrance

J	J	M	M	M	A	A	A	A	J	J	M	M	M	A	A	A	A
Date de délivrance					Date d'expiration												

Deuxième personne à assurer :

Numéro du permis de conduire Territoire de délivrance

J	J	M	M	M	A	A	A	A	J	J	M	M	M	A	A	A	A
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.

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

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

Dans l'affirmative en 12.20 a) ou b), veuillez donner des précisions, à savoir la date et la nature de chaque infraction, la ou les dates de fin de probation et la peine imposée (précisez les dates exactes) :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

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

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

Taille et poids

12.21 a) Première personne à assurer :

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

Deuxième personne à assurer :

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

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

Oui Non Yes No

Dans l'affirmative, précisez :

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

Raison : _____

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

Raison : _____

Grossesse

12.22 a) Êtes-vous actuellement enceinte?

Oui Non Oui Non

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

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

Oui Non Oui Non

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

Oui Non Oui Non

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

Oui Non Oui Non

Donnez tous les renseignements pertinents et les dates :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

12.25 Pour toute réponse affirmative aux questions 12.25 ou 12.26, veuillez fournir des précisions dans le tableau en 12.27. Avez-vous déjà été soigné pour l'une des affections ou l'un des troubles de santé ci-dessous, ou avez-vous déjà présenté des symptômes de l'une de ces affections ou de l'un de ces troubles :

a) Cœur :

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

b) Vaisseaux sanguins :

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

c) Glandes, sang ou système endocrinien :

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

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

Oui Non Oui Non

e) Affections cutanées :

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

Si l'âge de la personne ou le montant demandé justifie un examen médical ou paramédical, veuillez NE PAS répondre aux questions 12.24 à 12.27 et 12.30 à 12.39.

Il faut toujours répondre aux questions 12.28 (12.29, s'il y a lieu) et 12.40 à 12.43 (pour les personnes âgées de 70 ans et plus).

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

	Première personne à assurer	Deuxième personne à assurer
<p>12.25 Avez-vous déjà été soigné pour l'une des affections ou l'un des troubles de santé ci-dessous, ou avez-vous déjà présenté des symptômes de l'une de ces affections ou de l'un de ces troubles (suite) :</p> <p>f) Cerveau ou système nerveux :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>g) Poumons ou système respiratoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>h) Tractus gastro-intestinal ou tube digestif :</p> <ul style="list-style-type: none"> Colite ulcéreuse Indigestion récidivante Saignements du rectum Maladie de Crohn Ulcères Herni Maladie ou trouble de la bouche, de la gorge ou de l'œsophage 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
<p>i) Santé mentale :</p> <ul style="list-style-type: none"> Trouble nerveux ou mental Épuisement professionnel ou stress Schizophrénie Anxiété ou dépression Trouble bipolaire Autre trouble psychologique, comportemental, alimentaire ou émotionnel 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
<p>j) Système immunitaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> Syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou résultats d'examen indiquant une exposition au VIH (virus du sida) Lupus Sclérodermie 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
<p>k) Oreilles, yeux, nez ou gorge :</p> <ul style="list-style-type: none"> Surdité Cécité Névrite optique ou tout autre trouble visuel Allergies 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
<p>l) Pancréas, vésicule biliaire ou foie :</p> <ul style="list-style-type: none"> Pancréatite Calculs biliaires Jaunisse Hépatite ou porteur de l'hépatite Cirrhose du foie 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
<p>m) Reins, vessie, seins ou organes de reproduction :</p> <ul style="list-style-type: none"> Sucre, albumine, pus ou sang dans l'urine Néphrite Test PAP ou cliché mammaire anormaux Niveau élevé d'antigène prostatique spécifique (APS) Grossein au sein Maladie vénérienne ou autre maladie transmissible sexuellement 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
<p>n) Colonne vertébrale, dos, cou, muscles ou os, y compris les troubles ou blessures des tissus mous :</p> <ul style="list-style-type: none"> Fibromyalgie Fatigue chronique Douleur chronique Poliomyélite Ostéoarthrite Polyarthrite rhumatoïde Microtraumatismes répétés Affections invalidantes ou causant une limitation des mouvements ou obligeant l'utilisation de matériel adapté 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
<p>12.26 Avez-vous déjà consulté ou reçu des soins ou été en arrêt de travail pour une affection ou un trouble énumérés à la question 12.25 i)?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

12.29 Deuxième personne à assurer :

- a) Avez-vous un fournisseur de soins de santé habituel ou une clinique où vous vous rendez régulièrement? Oui Non

Dans l'affirmative, nom de votre fournisseur de soins de santé habituel ou de la clinique où vous vous rendez régulièrement :

Adresse : _____
Numéro et rue

_____ Ville Province Code postal

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

Adresse : _____
Numéro et rue

_____ Ville Province Code postal Numéro de téléphone

- b) Date de la dernière consultation chez un fournisseur de soins de santé ou dans une clinique (mois/année) :

Raison de la consultation (cochez une case) :

- Examen de santé annuel **ou** Autre (précisez) : _____

Veuillez fournir des précisions, notamment le diagnostic, le traitement et les résultats : _____

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

Dans la négative, précisez : _____

	Première personne à assurer	Deuxième personne à assurer
12.30 a) Au cours des trois derniers mois , avez-vous subi des examens médicaux ou tests diagnostiques dont vous n'avez pas encore reçu les résultats?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Est-il actuellement prévu que vous subissiez un test ou une intervention ou vous a-t-on déjà recommandé de subir un test ou une intervention qui n'ont pas encore été effectués?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Sauf pour un bilan de santé annuel, une visite de suivi est-elle actuellement prévue ou vous a-t-on recommandé de revenir pour une visite de suivi?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
12.31 Au cours des cinq dernières années , avez-vous :		
a) Eu un examen médical, une maladie, une intervention chirurgicale, une blessure ou une affection non déjà mentionnés dans la présente proposition?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Été vu en consultation par un fournisseur de soins de santé, un chiropraticien, un psychologue ou un thérapeute non déjà mentionnés dans la présente proposition?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Subi une électrocardiographie, une radiographie, des analyses de sang ou d'autres examens à des fins de diagnostic autrement que dans le cadre d'un examen de routine et qui ne sont pas déjà mentionnés dans la présente proposition?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) Été admis dans un hôpital, une clinique ou tout autre établissement de soins non déjà mentionnés dans la présente proposition?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

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

Renseignements médicaux (suite)

12.32 Avez-vous connaissance de signes, de symptômes ou de troubles de santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un fournisseur de soins de santé ou reçu de traitement? Oui Non Oui Non

12.33 Avez-vous 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**? Oui Non Oui Non

12.34 Au cours des **cinq dernières années**, vous êtes-vous absenté du travail pendant plus de **15 jours consécutifs** pour des raisons de santé ou par suite d'une blessure, ou êtes-vous actuellement absent du travail, et ce, depuis au moins **15 jours consécutifs** pour des raisons de santé ou par suite d'une blessure? Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, précisez la raison, les dates et la durée de l'absence :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

12.35 Pour toute réponse affirmative aux questions 12.30 à 12.34, 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	

Antécédents familiaux

12.36 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 12.39.

12.37 Si vous avez indiqué des antécédents familiaux de cancer du sein ou de l'ovaire en 12.36 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 : _____

12.38 Si vous avez indiqué des antécédents familiaux de cancer du côlon en 12.36 ci-dessus, avez-vous subi une coloscopie? Oui Non Oui Non

Dans l'affirmative, précisez :

Première personne à assurer : _____

Deuxième personne à assurer : _____

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

Veillez remplir la présente section si le montant d'assurance excède 100 000 \$; autrement veuillez remplir la section 14.

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.

- 13.1 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

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

a) Dans l'affirmative, précisez :

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

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

- 13.3 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 : _____

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

- 13.5 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 :

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

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

- Dans le cadre d'un programme d'épargne ou de retraite
 Planification successorale et préservation du patrimoine
 Paiement des derniers frais
 Autre (préciser) : _____

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

b) Dans l'affirmative en 13.7 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 13.7 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 13.7 b), précisez la raison : _____

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

Renseignements médicaux

13.18 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 13.27):

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

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

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

13.20 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.

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

13.21 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 13.27.

	Oui	Non
a) • Coma • Épilepsie • Blessures à la tête ou lésions cérébrales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) • Asthme • Toux chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) • Souffle cardiaque • Pouls irrégulier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) • Maladie ou trouble des reins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) • Trouble de la thyroïde, des glandes surrénales ou de l'hypophyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) • Arthrite • Poliomyélite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) • Syndrome d'immunodéficience acquise (sida)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) • Perte de la parole • Perte de l'ouïe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) • Cancer • Kyste • Tumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) • Hémophilie • Leucémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) • Maladie du foie • Maladie cœliaque • Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) • Paralysie cérébrale • Anomalie congénitale • Syndrome de Down	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. 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 13 intitulée *Renseignements personnels et médicaux sur l'enfant à assurer* :

- **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 13 intitulée *Renseignements personnels et médicaux sur l'enfant 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.

14.1 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 :

14.2 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	

14.3 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	

14.4 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	

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

- 14.5** 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	

- 14.6** 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					

- 14.7** 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	

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

- Dans le cadre d'un programme d'épargne ou de retraite
 Planification successorale et préservation du patrimoine
 Paiement des derniers frais
 Autre (préciser) : _____

15. Primes et paiements

15.1 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 15.2.

À noter : Remplir le formulaire *Détermination du statut d'étranger politiquement vulnérable (EPV)* (formulaire F17-8294) pour chaque personne qui sera le propriétaire 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.

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

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

- Vous convenez que si vous choisissez l'option « Transfert : De la valeur de rachat nette et remplacement de la police », vous souhaitez procéder au rachat de la police indiquée et demandez à ce que sa valeur de rachat nette (le cas échéant) vous soit versée ou soit affectée conformément à vos directives. Vous comprenez que vous n'aurez alors aucun droit aux termes de la police et que le rachat prendra effet uniquement à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle police dont vous avez fait la demande.
- Vous comprenez que le bénéficiaire privilégié ou irrévocable et / ou le cessionnaire ou le créancier hypothécaire peut ne pas avoir de droits aux termes de la nouvelle police (sauf en cas de nantissement).
- Vous convenez de transférer les fonds à la nouvelle police comme il est indiqué ci-dessous ou de libérer les fonds comme il est indiqué à la section 9.1.
- Vous comprenez que tout transfert de fonds de la police peut réduire sa prestation de décès et nécessiter le versement de primes additionnelles afin de la maintenir en vigueur.
- Vous comprenez que votre choix parmi les options ci-dessous pourrait donner lieu à un revenu imposable entre vos mains que nous sommes tenus de déclarer à l'État.

Numéro de police : _____ Numéro de police : _____

Transfert :

- De la valeur de rachat nette et remplacement de la police
 Des participations accumulées Montant _____ \$
 Des bonifications d'assurance libérée Montant _____ \$

Rachat et remplacement d'une police sans valeur de rachat

Transfert :

- De la valeur de rachat nette et remplacement de la police
 Des participations accumulées Montant _____ \$
 Des bonifications d'assurance libérée Montant _____ \$

Rachat et remplacement d'une police sans valeur de rachat

X

Signature du **propriétaire**

X

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

X

Signature du **propriétaire**

X

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

15. Primes et paiements (suite)

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

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

Choisissez l'une des **options** suivantes, et signez à l'endroit approprié de la section 17 après avoir lu l'*Entente de débit préautorisé* à la section 19.

- 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 19. Le ou les titulaires de compte / propriétaires doivent signer à l'endroit approprié de la section 17.

16. 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

17. 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 12.8 et 13.5, il vous est demandé si la police visée dans la proposition viendra remplacer ou modifier une autre police d'assurance que vous détenez. Si vous avez répondu *oui* et que vous ne procédez pas au remplacement ou à la modification en question une fois que nous aurons établi la nouvelle police, nous pourrions refuser de verser toute prestation payable aux termes de la nouvelle police.
- Si vous remplacez une police en vigueur de la Canada-Vie ou si vous exercez une option au titre d'une police en vigueur, les renseignements que vous avez fournis dans la proposition afférente à cette police constituent la base de la présente proposition.

Assurance provisoire

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

Date d'entrée en vigueur de la police

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

Collecte, utilisation et protection de vos renseignements personnels

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

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

17. 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 19, et vous en acceptez les modalités et les conditions.
- Vous convenez d'effectuer les paiements sur votre compte par débit préautorisé.
- Vous nous autorisez à faire des retraits de votre compte conformément à vos directives.

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

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

Fait à (Ville) _____ (Province) _____ le

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

X

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

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

X

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

X

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

X

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

X

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

X

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

X

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

X

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

X

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

18. Rapport du conseiller

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

- 18.1** Qui a fait les premières démarches à l'égard de la présente proposition?
 Conseiller Personne à assurer Propriétaire Sollicitation directe
- 18.2** Depuis combien de temps connaissez-vous la ou les personnes à assurer? _____ ans
 À quel point? Pas du tout Un peu Bien
- 18.3** Prime spécifiée (la prime doit être maintenue si la catégorie Privilégiée ou des surprimes s'appliquent)
- 18.4** 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) : _____
- 18.5** 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? _____ \$
- 18.6** 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) : _____
- 18.7** 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).
- _____

18. Rapport du conseiller (suite)

18.12 Exigences :

À demander par : Canada-Vie

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

ou

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

Première personne à assurer :

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

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

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

Deuxième personne à assurer :

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

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

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

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

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

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

X

Signature du conseiller



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

21. 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.



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

**22. 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.

Avis concernant le traitement fiscal

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



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

**22. 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.

Avis concernant le traitement fiscal

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



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

Pages de produits relatives à la proposition d'assurance-vie

(Pour les polices d'assurance-vie qui seront établies le 1^{er} janvier 2017 ou après cette date.)

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

1. Renseignements généraux

1.1 Mode de paiement

- Mensuellement, par entente de débit préautorisé – remplissez la section 15.3 de la proposition
 Paiement annuel

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

1.2 Situation fumeur/non-fumeur :

- Première personne à assurer :** Fumeur Non-fumeur
Deuxième personne à assurer : Fumeur Non-fumeur

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

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

2.1 Assurance de base _____ \$

2.2 Protection sur une tête Protection conjointe payable au premier décès

2.3 Type de régime : Temporaire 10 ans Temporaire 20 ans

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

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

3.1 Assurance de base _____ \$

3.2 Protection sur une tête Protection conjointe payable au premier décès
 Protection conjointe payable au dernier décès (**Primes** payables jusqu'au : Premier décès Dernier décès)

3.3 Type de régime :

Assurance-vie avec participation de la Canada-Vie :

- Le Réalisateur - Succession Le Réalisateur – Succession, Max 20
 Le Réalisateur - Patrimoine Le Réalisateur – Patrimoine, Max 20

3.4 Participations : Bonifications d'assurance libéré
 Option Majoration de la protection
(1) Avec capital maximum **ou** Avec capital initial de _____ \$
(2) **Garantie :** 10 ans **ou** La vie durant
 Versement en espèces

3.5 Option de dépôt supplémentaire (ODS)* – montant _____ \$
 Prime prévue : Prime annuelle Débit préautorisé (doit correspondre à la périodicité de paiement de la prime)
 Prime unique

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

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

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

- 4.1 Avenant d'assurance-vie temporaire renouvelable et transformable (contrats d'assurance-vie avec participation sur une tête seulement) : Temporaire 10 ans _____ \$ Temporaire 20 ans _____ \$
- 4.2 Avenant AssurEnfant – Vie temporaire (régime d'assurance-vie temporaire ou assurance-vie avec participation sur une tête seulement) – Remplissez la section 5 de la proposition et désignez le bénéficiaire en 7.2 b). _____ \$ par enfant
- 4.3 Garantie en cas de décès accidentel (polices sur une tête seulement) _____ \$
- 4.4 Avenant d'assurabilité garantie (polices sur une tête seulement) _____ \$ par option
- 4.5 Exonération des primes en cas d'invalidité : Sur la tête de la personne à assurer
 Sur la tête de la deuxième personne à assurer (assurance-vie avec participation conjointe payables au premier décès seulement)
 Payeur (assurance-vie avec participation sur une tête seulement) – Remplissez la section 6 de la proposition et soumettez une justification d'assurabilité complète.
- 4.6 Exonération des primes en cas de décès du payeur (assurance-vie avec participation sur une tête seulement) – Remplissez la section 6 de la proposition et soumettez une justification d'assurabilité complète
- 4.7 Exonération des primes (assurance-vie avec participation conjointe payable au dernier décès, primes payables jusqu'au dernier décès seulement) :
 Première personne à assurer : Exonération des prime en cas de décès **ou** Exonération des primes en cas de décès ou d'invalidité
 Deuxième personne à assurer : Exonération des prime en cas de décès **ou** Exonération des primes en cas de décès ou d'invalidité
- 4.8 Avenant Protection de la croissance de l'entreprise (propriétaires d'entreprise seulement) : 10 ans 15 ans
Nom de l'entreprise : _____
Montant de l'option : _____ \$ (le montant maximal aux termes de l'avenant est égal à quatre fois le montant de l'option)

5. Renseignements sur le contrat Vie universelle

(remplissez aussi la section 6)

- 5.1 Montant d'assurance de base initial : _____ \$
- 5.2 Montant de la prime prévue : _____ \$ Mensuellement, par débit préautorisé **ou** Annuellement
- 5.3 Montant de paiement supplémentaire : _____ \$
- 5.4 a) Protection sur une tête Protection conjointe payable au premier décès
 Protection conjointe payable au dernier décès
- b) Option de prestation de décès : Protection plus
 Uniforme (Choisissez « Croissant annuellement jusqu'à 85 ans » comme coût d'assurance)
- c) Option du coût d'assurance (CDA) : Croissant annuellement (CA) jusqu'à 85 ans Uniforme
CDA à période déterminée de versement : 10 ans 15 ans 20 ans
- 5.5 Paiement à même la valeur totale du compte au premier décès (protection conjointe payable au dernier décès seulement) :
• Offert avec l'option de prestation de décès Protection plus uniquement.
• Si aucun pourcentage n'est indiqué, 25 pour cent sera utilisé. Précisez le pourcentage en 8.4 c) de la proposition.
• Aucun paiement provenant de la valeur totale du compte ne comprend la valeur de rachat garantie pouvant s'être accumulée aux termes d'une option de CDA à période déterminée de versement (10, 15 ou 20 ans).

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

- 6.1 Garantie en cas de décès accidentel (protection sur une tête seulement) : _____ \$
- 6.2 Garantie de paiement d'office (précisez les montants annuels) :
- a) Protection sur une tête
 En cas d'invalidité totale de la personne à assurer (non offerte pour un enfant assuré) _____ \$
 Sur la tête du responsable des primes – Remplissez la section 6 de la proposition et soumettez une justification d'assurabilité complète :
 Invalidité totale (si la personne à assurer est un enfant, le décès est également couvert) _____ \$
 Décès _____ \$
- b) Protection conjointe payable au premier décès – en cas d'invalidité totale de la :
 Première personne à assurer _____ \$
 Deuxième personne à assurer _____ \$

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

- 6.2 c) Protection conjointe payable au dernier décès :
 en cas de décès de celle des personnes à assurer qui meurt la première _____ \$
ou en cas de décès ou d'invalidité totale de la :
 Première personne à assurer _____ \$
 Deuxième personne à assurer _____ \$
- 6.3 Avenant d'assurance-vie temporaire renouvelable et transformable (protection sur une tête seulement)
 Temporaire 10 ans _____ \$ Temporaire 20 ans _____ \$
- 6.4 Avenant d'assurabilité garantie (protection sur une tête seulement) _____ \$ par option
- 6.5 Garantie indemnité forfaitaire en cas d'invalidité – **cochez une** des options suivantes :
 _____ % de la valeur de rachat nette de la police calculée conformément à la garantie (minimum de 25 pour cent; maximum de 100 pour cent). **À noter :**
 - Aucun paiement provenant de la valeur de rachat nette ne comprend la valeur de rachat pouvant s'être accumulée aux termes d'une option de CDA à période déterminée de versement (10, 15 ou 20 ans).
 - Exclut six fois la déduction mensuelle actuelle.
ou
 Exclure la garantie
- 6.6 Avenant AssurEnfant – Vie temporaire (assurance Vie universelle sur une tête seulement) – Remplissez la section 5 de la proposition et désignez le bénéficiaire en 7.2 b). _____ \$ par enfant
- 6.7 Maximisation de la valeur
 - Permet que des rajustements soient faits au montant d'assurance afin qu'un traitement optimal de l'impôt soit appliqué à la police en entier.
 - Pour toute diminution du montant d'assurance, un consentement écrit doit être donné au moment de chaque diminution.**À noter : Si la Maximisation de la valeur n'est pas choisie**, aucune augmentation ni diminution ne s'appliqueront. Pour les rajustements du montant d'assurance, permettre :
 À la fois des augmentations d'office et des diminutions optimales avec l'option CDA Croissant annuellement jusqu'à 85 ans
 Des augmentations d'office seulement avec l'option CDA : CA jusqu'à 85 ans Uniforme 10 ans 15 ans 20 ans
(Si aucun choix de CDA n'est fait, l'option « Croissant annuellement jusqu'à 85 ans » sera choisie d'office.)
 Des diminutions optimales seulement avec l'option CDA Croissant annuellement jusqu'à 85 ans
Si la Maximisation de la valeur est choisie, mais qu'aucune des trois options ci-dessus n'est sélectionnée, l'option CDA Croissant annuellement et « augmentations d'office et diminutions optimales » s'appliqueront.
- 6.8 Avenant Protection de la croissance de l'entreprise (propriétaires d'entreprise seulement) : 10 ans 15 ans
Nom de l'entreprise : _____
Montant de l'option : _____ \$ (le montant maximal aux termes de l'avenant est égal à quatre fois le montant de l'option)

7. Signature(s)

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

Fait à (Ville) _____ (Province) _____ le

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

X

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

Supplément à la proposition – Vie universelle Choix d'options de Dépôts à intérêt pour la répartition des fonds

- Affaires nouvelles, Vie, Individuelle, London, bureau 019
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, Vie, Individuelle, Regina CLP5 **ou** Service à la clientèle, Vie, Individuelle, Montréal, bureau 540
Utiliser le présent formulaire en conjonction avec la *Demande de transformation simplifiée* (F17-8345) ou la *Demande de modification de police* (F17-8217)

Numéro de la proposition / police : _____

Nom du propriétaire (en caractères d'imprimerie):

Prénom _____ Second prénom _____ Nom de famille _____

Directives et informations

- 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 F17-8294, *Détermination du statut d'étranger politiquement vulnérable* pour chaque personne qui est le propriétaire 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 : Prélèvements mensuels automatiques **ou** 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) Veuillez 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.

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	_____ %	_____ %

Total partiel de la répartition de la page 1 _____ % _____ % _____ % _____ %

Options de Dépôts à intérêt variable Options liées à un indice	Répartition			Répartition	
	Prime prévue	Prime suppl.		Prime prévue	Prime suppl.
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 Franklin Bissett	_____ %	_____ %	Obligations de sociétés Mackenzie	_____ %	_____ %
Options liées à des fonds d'actions					
Actions canadiennes					
Valeur fondamentale ABC	_____ %	_____ %	Ressources canadiennes Mackenzie	_____ %	_____ %
Actions canadiennes Trimark	_____ %	_____ %	Actions canadiennes AGF	_____ %	_____ %
Actions canadiennes Franklin Bissett	_____ %	_____ %	Croissance grandes cap. can. Mackenzie Growth	_____ %	_____ %
Dividendes grandes cap. can. Mackenzie	_____ %	_____ %	Harbour (CI)	_____ %	_____ %
Catég. d'excellence can. de crois. Invesco	_____ %	_____ %	Croissance can. Power Dynamique	_____ %	_____ %
Actions américaines					
Valeur d'Amérique ABC	_____ %	_____ %	Actions américaines AGF	_____ %	_____ %
			Croissance grandes cap. amér. Mackenzie	_____ %	_____ %
Options d'actions mondiales et internation.					
Actions mondiales Mackenzie	_____ %	_____ %	Actions mondiales Trimark	_____ %	_____ %
Actions mondiales Fidelity	_____ %	_____ %	International Signature	_____ %	_____ %
Actions internationales Templeton	_____ %	_____ %	Valeur mondiale Dynamique	_____ %	_____ %
			Fidelity Étoile du Nord ^{MD}	_____ %	_____ %
Fonds équilibrés canadiens					
Revenu et croissance Harbour (CI)	_____ %	_____ %	Actifs canadiens Fidelity	_____ %	_____ %
Gestion globale ABC	_____ %	_____ %	Revenu mensuel Fidelity	_____ %	_____ %
Comptes Profil / Affectation de l'actif					
Profil prudent	_____ %	_____ %	Profil accéléré	_____ %	_____ %
Profil modéré	_____ %	_____ %	Profil énergétique	_____ %	_____ %
Profil équilibré	_____ %	_____ %			
Total partiel de la page 2	_____ %	_____ %		_____ %	_____ %
Total partiel reporté de la page 1	_____ %	_____ %		_____ %	_____ %
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
 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) _____ le _____
 Date (jj/mmm/aaaa)

X

Signature du **propriétaire**
 (s'il s'agit d'une entité, le signataire autorisé signe **et indique son titre**)

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

X

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