



# Proposition

## SOLO Assurance soins de santé

### Table des matières

#### PARTIE 1

A - Informations générales .....	1
B - Protections choisies.....	2
C - Modification majeure.....	2
D - Admissibilité .....	2

#### PARTIE 2

E - Déclaration d'assurabilité.....	3
F - Instructions spéciales.....	7

#### PARTIE 3

G - Paiement et prime .....	8
H - Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels .....	10
I - Reçu pour la prime initiale.....	10
J - Avis relatif au MIB, Inc.....	10
K - Déclarations et autorisations.....	12
L - Informations et déclaration du représentant .....	13
Références.....	Annexe

### Informations importantes et directives

1. Assurez-vous que vous avez indiqué toute l'information requise dans la présente proposition d'assurance avant de la soumettre au siège social. Des renseignements manquants retarderont son traitement.
2. La présente proposition d'assurance fait partie du dossier d'assurances, de rentes, de services financiers et d'autres services complémentaires de votre client. Il s'agit d'un document juridique faisant partie intégrante de son contrat.
3. Veuillez poser toutes les questions pertinentes de cette proposition à votre client et consigner complètement et précisément ses réponses. **De plus, assurez-vous que toutes les signatures requises figurent aux pages 10, 12 et 13.**
4. Veuillez écrire lisiblement et préférablement à l'encre noire afin de faciliter les photocopies. N'utilisez pas de guillemets de répétition ni de correcteur liquide. N'effacez pas. Si vous devez faire une correction, rayez l'erreur et demandez au client d'y apposer ses initiales.
5. **Assurez-vous que vous utilisez la version la plus récente du logiciel pour illustrer l'assurance demandée. L'illustration doit être soumise avec la proposition.**
6. **La section J - Avis relatif au MIB, Inc. (page 10) doit être remise au preneur.**
7. Si cette proposition a trait à plus de 4 enfants à assurer, veuillez utiliser une proposition additionnelle.

## A - Informations générales

Affaires nouvelles  Modification majeure Contrat : \_\_\_\_\_

### A1 - Personnes à assurer et preneurs

• Si vous demandez la protection familiale de SOLO Assurance soins de santé, les enfants doivent être indiqués à la **section E1** (page 3).

<input type="checkbox"/> Assuré 1		<input type="checkbox"/> Assuré 1 est aussi le preneur		<input type="checkbox"/> Assuré 2		<input type="checkbox"/> Assuré 2 est aussi le preneur	
Prénom				Prénom			
Nom				Nom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Fumeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Fumeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date de naissance (AAAA-MM-JJ)				Date de naissance (AAAA-MM-JJ)			
Numéro d'assurance sociale (si requis pour raisons fiscales)				Numéro d'assurance sociale (si requis pour raisons fiscales)			
Adresse				Adresse			
Ville				Ville			
Province		Code postal		Province		Code postal	
Courriel				Courriel			
Téléphone Rés. : _____ Cell. : _____ Trav. : _____, poste : _____				Téléphone Rés. : _____ Cell. : _____ Trav. : _____, poste : _____			
Est-ce que vous parlez et comprenez le français? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « <b>Non</b> », indiquez la langue que vous parlez : _____ Si votre langue n'est ni le français ni l'anglais, remplir le formulaire « Déclaration relative à une langue étrangère » disponible sur <a href="#">web</a> .				Est-ce que vous parlez et comprenez le français? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si « <b>Non</b> », indiquez la langue que vous parlez : _____ Si votre langue n'est ni le français ni l'anglais, remplir le formulaire « Déclaration relative à une langue étrangère » disponible sur <a href="#">web</a> .			
Disponibilité (entre 8 h et 17 h) <input type="checkbox"/> Rés. <input type="checkbox"/> Trav. <input type="checkbox"/> Cell. Entre _____ h et _____ h				Disponibilité (entre 8 h et 17 h) <input type="checkbox"/> Rés. <input type="checkbox"/> Trav. <input type="checkbox"/> Cell. Entre _____ h et _____ h			

### A2 - Preneur seulement (sans protection), s'il n'est pas une des personnes à assurer

Preneur - particulier							
Prénom		Nom		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	
Adresse		Ville		Province		Code postal	
Courriel		Téléphone Résidence : _____		Travail : _____		poste : _____ Cellulaire : _____	
Preneur - entreprise							
Nom de l'entreprise		Nom de la personne responsable de la correspondance					
Adresse		Ville		Province		Code postal	
Courriel		Téléphone					

### A3 - Identification du ou des preneurs - particuliers

• Veuillez cocher le ou les preneurs identifiés.

<input type="checkbox"/> Preneur - assuré 1		<input type="checkbox"/> Preneur - assuré 2	
		<input type="checkbox"/> Preneur particulier identifié à la section A2	
<input type="checkbox"/> Permis de conduire	<input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté	<input type="checkbox"/> Permis de conduire	<input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté
<input type="checkbox"/> Certificat de naissance	<input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie*	<input type="checkbox"/> Certificat de naissance	<input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie*
<input type="checkbox"/> Passeport	<input type="checkbox"/> Autre carte-photo émise par un gouvernement	<input type="checkbox"/> Passeport	<input type="checkbox"/> Autre carte-photo émise par un gouvernement
* Non autorisée au Manitoba, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard.		* Non autorisée au Manitoba, en Ontario, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard.	
No. de la pièce d'identification : _____ (un document expiré n'est pas valide)		No. de la pièce d'identification : _____ (un document expiré n'est pas valide)	
Lieu de l'émission : _____		Lieu de l'émission : _____	
Date d'expiration (AAAA-MM-JJ) : _____		Date d'expiration (AAAA-MM-JJ) : _____	

## B - Protections choisies

• L'illustration (tableau du siège social) doit être soumise avec la proposition.

<b>Type de protection :</b> <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale	
<b>Province de Québec</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Santé Plus (régime de base)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Santé Plus (régime étendu)</b> Vous devez obligatoirement cocher l'une des cases ci-dessous.
<b>Avenants</b>	<b>Avenants</b>
<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option complémentaire à la RAMQ, maximum de 25 000 \$)	<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option complémentaire à la RAMQ, maximum de 25 000 \$)
<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option complémentaire à la RAMQ, maximum de 25 000 \$) et Soins dentaires (option de base)	<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option complémentaire à la RAMQ, maximum de 25 000 \$) et Soins dentaires (option de base)
<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option complémentaire à la RAMQ, maximum de 25 000 \$) et Soins dentaires (option étendue)	<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option complémentaire à la RAMQ, maximum de 25 000 \$) et Soins dentaires (option étendue)
Avenants <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Hospitalisation (option de base) <input type="checkbox"/> Hospitalisation (option étendue)	
<b>Provinces de l'Atlantique, Ontario et provinces de l'Ouest</b>	
<input type="checkbox"/> <b>Santé Plus (régime de base)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Santé Plus (régime étendu)</b> Vous devez obligatoirement cocher l'une des cases ci-dessous.
<b>Avenants</b>	<b>Avenants</b>
<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option de base)	<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option de base)
<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option étendue, maximum de 25 000 \$)	<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option étendue, maximum de 25 000 \$)
<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option de base) et Soins dentaires (option de base)	<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option de base) et Soins dentaires (option de base)
<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option étendue, maximum de 25 000 \$) et Soins dentaires (option étendue)	<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance (option étendue, maximum de 25 000 \$) et Soins dentaires (option étendue)
Avenants <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Hospitalisation (option de base) <input type="checkbox"/> Hospitalisation (option étendue)	

## C - Modification majeure

Pour les changements figurant ci-dessous, veuillez remplir la **section E - Déclaration d'assurabilité**.

Rappel : Les modifications s'appliquent à tous les membres de la famille. Un nouvel assuré doit demander les mêmes protections que les personnes déjà assurées.

<b>Cocher la case appropriée</b>	
<input type="checkbox"/> Ajout d'un assuré (conjoint)	<input type="checkbox"/> Substitution de la protection Santé Plus (régime de base) par la protection Santé Plus (régime étendu)
<input type="checkbox"/> Ajout d'un assuré (enfant)	<input type="checkbox"/> Substitution de l'avenant Hospitalisation (option de base) par l'avenant Hospitalisation (option étendue)
<input type="checkbox"/> Ajout d'un avenant	
<b>Toutes les provinces sauf le Québec</b>	
<input type="checkbox"/> Substitution de l'avenant Médicaments sur ordonnance (option de base) par l'avenant Médicaments sur ordonnance (option étendue, maximum de 25 000 \$)	
<input type="checkbox"/> Substitution de l'avenant Médicaments sur ordonnance (option de base) par l'avenant Médicaments sur ordonnance (option étendue, maximum de 25 000 \$) et Soins dentaires (option étendue)	
<input type="checkbox"/> Substitution de l'avenant Médicaments sur ordonnance (option de base) et Soins dentaires (option de base) par l'avenant Médicaments sur ordonnance (option étendue, maximum de 25 000 \$) et Soins dentaires (option étendue)	
<b>Description des modifications demandées pour l'Assuré 1</b>	
<b>Description des modifications demandées pour l'Assuré 2</b>	

## D - Admissibilité

<b>Est-ce que la personne à assurer est couverte par :</b>	<b>Assuré 1</b>	<b>Assuré 2</b>
a) le régime d'assurance maladie provincial?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) le régime d'assurance médicaments provincial? Si « Non », précisez la raison :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## E - Déclaration d'assurabilité

### E1 - Identification des personnes à assurer

Assuré 1				Assuré 2				
Prénom				Prénom				
Nom à la naissance				Nom à la naissance				
Numéro de carte d'assurance maladie				Numéro de carte d'assurance maladie				
Taille	cm	po	Poids	kg	lb	Poids il y a un an	kg	lb
Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :				Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :				
Enfant 1				Enfant 2				
Prénom				Prénom				
Nom à la naissance				Nom à la naissance				
Numéro de carte d'assurance maladie				Numéro de carte d'assurance maladie				
Sexe		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Sexe		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M			
Taille	cm	po	Poids	kg	lb	Poids il y a un an	kg	lb
Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :				Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :				
Enfant 3				Enfant 4				
Prénom				Prénom				
Nom à la naissance				Nom à la naissance				
Numéro de carte d'assurance maladie				Numéro de carte d'assurance maladie				
Sexe		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		Sexe		Date de naissance (AAAA-MM-JJ)		
<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> M			
Taille	cm	po	Poids	kg	lb	Poids il y a un an	kg	lb
Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :				Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :				

### E2 - Identification du médecin personnel

Assuré 1				Assuré 2			
Nom du médecin				Nom du médecin			
Adresse du médecin				Adresse du médecin			
Téléphone		Dernière consultation (AAAA-MM-JJ)		Téléphone		Dernière consultation (AAAA-MM-JJ)	
Raison et résultats de la dernière consultation				Raison et résultats de la dernière consultation			
Enfant 1				Enfant 2			
				<input type="checkbox"/> Même que pour l'Assuré 1			
Nom du médecin				Nom du médecin			
Adresse du médecin				Adresse du médecin			
Téléphone		Dernière consultation (AAAA-MM-JJ)		Téléphone		Dernière consultation (AAAA-MM-JJ)	
Raison et résultats de la dernière consultation				Raison et résultats de la dernière consultation			
Enfant 3				Enfant 4			
				<input type="checkbox"/> Même que pour l'Assuré 1			
Nom du médecin				Nom du médecin			
Adresse du médecin				Adresse du médecin			
Téléphone		Dernière consultation (AAAA-MM-JJ)		Téléphone		Dernière consultation (AAAA-MM-JJ)	
Raison et résultats de la dernière consultation				Raison et résultats de la dernière consultation			

## E - Déclaration d'assurabilité (suite)

### E3 - Questions obligatoires

Veillez répondre à toutes les questions de cette section pour chacune des personnes à assurer.

Si vous répondez « **Oui** » à l'une ou l'autre des questions suivantes, veuillez fournir les détails pertinents à l'endroit approprié ou à la **section E5 - Explications**.

Est-ce que la personne à assurer :		Assuré(s)		Enfant(s)			
		1	2	1	2	3	4
1- a déjà présenté une demande d'assurance vie, invalidité, maladie grave ou soins de longue durée ou une demande de remise en vigueur qui a été refusée, différée ou acceptée sous réserve de l'application d'une restriction ou d'une surprime?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
	Nom de la compagnie	Date (AAAA-MM-JJ)		Raison			
Assuré 1							
Assuré 2							
Enfant 1							
Enfant 2							
Enfant 3							
Enfant 4							
2- a pris un médicament pendant 20 jours ou plus au cours des 2 dernières années?		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
3- prend ou a été avisée d'avoir recours à un médicament ou à un traitement pour une maladie chronique ou récurrente ou prévoit avoir recours à un médicament ou à un traitement au cours des 3 prochains mois? Si « <b>Oui</b> », veuillez remplir le tableau ci-dessous.  Note : Les médicaments utilisés pour le contrôle des naissances ou pour traiter des affections mineures comme le rhume ou la grippe ne doivent pas être pris en considération lorsque vous répondez à cette question.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom de la personne à assurer	Nom du médicament ou traitement	Affection traitée	Concentration et dose quotidienne du médicament	Coût mensuel	Durée de la période d'administration		
4- est enceinte? Si « <b>Oui</b> », veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement (AAAA-MM-JJ) : _____		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Est-ce que la personne à assurer :		Assuré(s)		Enfant(s)			
5- a, au cours des 5 dernières années, été reconnue coupable d'infractions ou d'actes criminels ou fait l'objet d'accusations relativement à de telles infractions ou de tels actes, y compris la conduite avec un taux d'alcool dans le sang supérieur à la limite permise, ou est en attente d'un procès pour de telles infractions ou de tels actes? Si « <b>Oui</b> », veuillez remplir le tableau ci-dessous :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom de la personne à assurer	Date de l'infraction (AAAA-MM)	Genre de délit	Date de l'infraction (AAAA-MM)	Genre de délit	Date de la récupération (AAAA-MM)		
6- a, au cours des 5 dernières années, fait l'objet d'une suspension ou d'un retrait de son permis de conduire ou été reconnue coupable de 3 infractions au code de la route ou plus? Si « <b>Oui</b> », veuillez remplir le tableau ci-dessous :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom de la personne à assurer	Date de l'infraction (AAAA-MM)	Genre de délit	Date de l'infraction (AAAA-MM)	Genre de délit	Date de la récupération (AAAA-MM)		
7- a demandé ou touché des prestations d'invalidité en raison d'une maladie ou d'un accident? Si « <b>Oui</b> », veuillez remplir le tableau ci-dessous :		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom de la personne à assurer	Nom de la compagnie	Début du début de l'invalidité (AAAA-MM-JJ)		Raison de l'invalidité	Durée de l'invalidité		





## F - Instructions spéciales

---

- Indiquez tout autre détail pertinent pour l'établissement du contrat ou de modification majeure.

## G - Paiement et prime

### G1 - Mode et méthode de paiement de prime

<b>Mode</b>	<input type="checkbox"/> Annuel _____ \$	<input type="checkbox"/> Semestriel _____ \$	<input type="checkbox"/> Mensuel _____ \$
<b>Méthode</b>	<input type="checkbox"/> Retrait direct (DPA) - Remplir la <b>section G2</b> <input type="checkbox"/> Chèque (facturation directe - non disponible pour la prime mensuelle)		
<b>Prime initiale</b>	<input type="checkbox"/> À la livraison <input type="checkbox"/> Affectation de valeurs de rachat du ou des numéros de contrat	<input type="checkbox"/> Chèque inclus avec cette proposition N° : _____	<input type="checkbox"/> Retrait direct (DPA) - Remplir la <b>section G2</b> N° : _____ N° : _____

### G2 - Accord de débit préautorisé (DPA) À être fourni à la livraison

Remplissez cette section si la méthode de paiement choisie est « Retrait direct (DPA) » et faites-la signer par le titulaire du compte à la portion DPA de la section K de la page 12. Utilisez seulement un compte de chèques ou d'épargne avec opérations.

#### Titulaire(s) et coordonnées du compte

Nom et prénom du ou des titulaires		Numéro de téléphone
Adresse (rue, ville, province)		Code postal
Nom et adresse de l'institution financière	Numéro de transit	Numéro de compte

#### Autorisation de retrait

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée « Desjardins Assurances ») et l'institution financière auprès de laquelle je détiens mon compte (ou toute autre institution financière que je pourrai désigner) à prélever, selon mes instructions, le montant indiqué ci-dessus à la fréquence demandée :

Mensuelle     Semestrielle     Annuelle

**Jour de retrait** (choisir entre le 1<sup>er</sup> et le 28) : \_\_\_\_\_ **Montant de la prime** : \_\_\_\_\_ \$

Numéro(s) de contrat	Montant(s) à retirer
	Total

#### Instructions spéciales (Si vous demandez un compte de dépôt prime, veuillez indiquer les directives ci-dessous.)

**Type d'accord DPA**     Personnel     Entreprise

#### Renonciation

**Je renonce à recevoir un avis écrit avant le premier débit et à tout autre avis confirmant des changements au débit décrit ci-dessus.**

#### Changement ou annulation

J'informerai Desjardins Assurances de tout changement au présent accord dans les dix (10) jours ouvrables précédant la date prévue du prochain DPA.

Je peux annuler le présent accord à tout moment en envoyant un préavis à Desjardins Assurances dans les dix (10) jours ouvrables précédant la date prévue du prochain DPA.

Je peux obtenir un formulaire d'annulation ou plus d'information sur mon droit d'annulation d'un accord de DPA en m'adressant à mon institution financière ou en visitant le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

L'annulation du présent accord ne met pas fin aux obligations du preneur à l'égard de son ou de ses contrats.

Desjardins Assurances peut annuler l'accord de DPA en envoyant un préavis de 30 jours au preneur. L'annulation peut notamment être effectuée lorsque des débits préautorisés sont refusés par l'institution financière, et ce, quelle que soit la raison du refus.

#### Remboursement

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec cet accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

#### Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Je consens à ce que les renseignements personnels contenus dans le présent accord soient divulgués à l'institution financière de Desjardins Assurances et au preneur du ou des contrats payés par cet accord.



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

## H - Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Aux strictes fins de l'établissement de mon assurabilité, de la gestion de mon dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée « Desjardins Assurances ») ou ses réassureurs :

- à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., des compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs;
- à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon dossier;
- à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détiendrait et dont l'objet est accompli;

- à communiquer à mon médecin personnel, **section E2 (page 3)**, tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier;
- à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui sont pertinents aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance;
- à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc., y compris ceux sur ma santé.

La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.

**Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.**

**Chacun des preneurs et chacune des personnes à assurer, y compris les enfants de 14 ans et plus (Québec) ou 16 ans et plus (provinces autres que le Québec), ont pris connaissance de la présente autorisation avant de la signer.**

X

Date (AAAA-MM-JJ)

X

Signature de la personne à assurer 1

X

Signature de la personne à assurer 2

X

Signature du tuteur pour les enfants de **moins de 18 ans (Québec)** ou du représentant légal pour les enfants de **moins de 16 ans (provinces autres que le Québec)**

X

Signature du preneur, s'il n'est pas la personne à assurer 1 ni 2

X

Signature de l'enfant de **14 ans et plus (Québec)**  
Signature de l'enfant **16 ans et plus (provinces autres que le Québec)**

## I - Reçu pour la prime initiale - À remettre au preneur

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie,

confirme avoir reçu de \_\_\_\_\_ la somme de \_\_\_\_\_ \$ par prélèvement automatique ou par chèque.

X

Signature du représentant  cocher si stagiaire

X

Signature du superviseur (au Québec seulement)

Date (AAAA-MM-JJ)

## J - Avis relatif au MIB, Inc. - À remettre au preneur

Les renseignements relatifs à l'assurabilité de la personne à assurer seront traités en toute confidentialité par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée « Desjardins Assurances »), ses réassureurs ainsi que le MIB, Inc. Cet organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous présentez une demande d'assurance de personnes ou si vous faites une demande de prestations pour un assuré auprès d'une autre compagnie membre du MIB, Inc., ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur cette personne.

Le MIB, Inc. reçoit des renseignements personnels dont la collecte, l'utilisation et la divulgation sont régies par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) et les lois provinciales. Par conséquent, le MIB, Inc. consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne nettement sur les pratiques de Desjardins Assurances en matière de respect de la vie privée et de protection des renseignements personnels et qui se conforme aux lois applicables. Ayant son siège social aux États-Unis, le MIB, Inc. est aussi lié par les lois des États-Unis en matière de divulgation des renseignements personnels. Si vous avez des questions sur l'engagement du MIB, Inc. à assurer la confidentialité des renseignements personnels d'un assuré, vous pouvez joindre son Service de protection de la vie privée à l'adresse [privacy@mib.com](mailto:privacy@mib.com).

À la réception d'une demande d'un assuré, le MIB, Inc. lui communiquera tous les renseignements contenus dans son dossier. Tout assuré peut communiquer avec le MIB, Inc. en composant le **416 597-0590**. Si un assuré remet en question l'exactitude de ces renseignements, il pourra demander leur correction conformément aux procédures figurant sur le site du MIB, Inc., à l'adresse [www.mib.com](http://www.mib.com) (en anglais seulement). Tout assuré peut aussi écrire au bureau des renseignements du MIB, Inc. au **330 University Avenue, Suite 501, Toronto, Ontario, M5G 1R7**.

Par ailleurs, Desjardins Assurances ou ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance de personnes auxquelles une personne aurait demandé une assurance de personnes ou présenté une demande de prestations. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements supplémentaires sur le MIB, Inc. en visitant le site [www.mib.com](http://www.mib.com).

## Gestion des renseignements personnels

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie (ci-après appelée « Desjardins Assurances »), traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Desjardins Assurances conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de Desjardins Assurances qui en ont besoin pour leur travail.

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2.

Desjardins Assurances fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays. Il est possible d'obtenir de l'information concernant les politiques et pratiques de Desjardins Assurances en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant le site Web de Desjardins Assurances, à l'adresse [www.desjardinsassurancevie.com](http://www.desjardinsassurancevie.com), ou en transmettant une demande à cette fin au Responsable de la protection des renseignements personnels de Desjardins Assurances, à l'adresse indiquée précédemment. Le Responsable de la protection des renseignements personnels de Desjardins Assurances pourra également répondre à vos questions concernant le transfert de renseignements personnels à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada.

**LE PARAGRAPHE QUI SUIT NE S'APPLIQUE QUE SI LE FORMULAIRE EST SOUMIS PAR UN REPRÉSENTANT DE DESJARDINS ASSURANCES OU UN REPRÉSENTANT AFFILIÉ À DESJARDINS ASSURANCES.**

Desjardins Assurances peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. Desjardins Assurances peut aussi donner cette liste à une autre entité du Mouvement Desjardins pour qu'elle s'en serve aux mêmes fins. Si vous ne voulez pas recevoir de telles offres, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au Responsable de la protection des renseignements personnels chez Desjardins Assurance.



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

## K- Déclarations et autorisations

1. Le preneur et les personnes à assurer, déclarent que toutes les réponses figurant dans la présente proposition, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, sont véridiques et complètes, au mieux de leur connaissance. Il en est de même pour toute entrevue téléphonique ou autre relative aux déclarations d'assurabilité. Ils acceptent que Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, se serve de toutes ces réponses et déclarations comme base à l'établissement du ou des contrats. Il est entendu que les blessures subies ou les affections médicales dont les premiers signes sont apparus à la date de la présente proposition ou antérieurement peuvent ne pas être couvertes par le contrat et que le fait de ne pas communiquer cette information pourrait entraîner le refus d'une demande de règlement et, s'il y a lieu, l'annulation ou la modification du contrat ou de la couverture de la ou des personnes visées par le défaut de communiquer cette information. Desjardins Assurances, se réserve le droit de récupérer les prestations versées si une blessure ou une affection médicale qui existait à la date de la présente proposition ou avant n'a pas été signalée.
2. Le preneur et les personnes à assurer s'engagent à aviser Desjardins Assurances de tout changement dans les conditions d'assurabilité des personnes à assurer avant la formation du contrat. Par « condition d'assurabilité », on entend toute situation qui peut influencer la décision de Desjardins Assurances, comme un changement dans l'état de santé, l'emploi, les habitudes de vie ou de consommation de tabac, un accident, une consultation, un examen ou un traitement par un professionnel de la santé, une recommandation de prendre un rendez-vous médical ou de demander une consultation avec un professionnel de la santé qui n'a pas encore eu lieu, un test médical ou une recommandation de subir un test médical qui n'a pas encore eu lieu, une infraction au Code de la sécurité routière ou autres lois similaires, une infraction au Code criminel, un voyage à l'étranger ou la pratique de sports dangereux.
3. Chaque personne à assurer consent à ce que l'assurance soit établie sur sa personne.
4. Le preneur reconnaît :
  - a) que le produit lui a été bien décrit et que la nature de la ou des garanties choisies lui a été bien précisée;
  - b) que les exclusions applicables à cette ou ces garanties lui ont été clairement expliquées;
  - c) que le représentant lui a communiqué par écrit, le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il transige, le fait qu'il reçoit des commissions pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis ou des avantages non pécuniaires tels que des incitatifs sous forme de voyages.
5. Le preneur et les personnes à assurer reconnaissent :
  - a) que toute déclaration inexacte peut entraîner l'annulation du contrat;
  - b) qu'ils ont lu la **section J - Avis relatif au MIB, Inc. et Gestion des renseignements personnels (page 10)** et qu'ils en ont reçu une copie.
6. **Chacun des preneurs et chacune des personnes à assurer ont lu cette section avant de la signer.**

**Remarque : Si le preneur est une entreprise, la personne autorisée à signer au nom de l'entreprise doit indiquer son nom ci-dessous et apposer sa signature à la ligne « Signature du preneur - entreprise ».**

**X** \_\_\_\_\_  
Signé à (ville, province)

**X** \_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

**X** \_\_\_\_\_  
Signature de la personne à assurer 1

**X** \_\_\_\_\_  
Signature de la personne à assurer 2

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du preneur (s'il n'est pas la personne à assurer 1 ni 2)

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du tuteur pour les enfants de **moins de 18 ans** (Québec) ou du représentant légal pour les enfants de **moins de 16 ans** (provinces autres que le Québec)

**X** \_\_\_\_\_  
Si le preneur est une entreprise, inscrire le nom et le titre de la personne qui est autorisée à signer en son nom.

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du preneur - entreprise

### Accord relatif au débit préautorisé (DPA) .

J'autorise Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée et selon la période et les montants indiqués à la **section G** du présent formulaire. De plus, je reconnais avoir lu les conditions relatives au DPA à la **section G** du présent formulaire et dans la mesure du possible, je recevrai une copie de l'autorisation signée. Je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du titulaire du compte

**X** \_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

**X** \_\_\_\_\_  
Signature du second titulaire  
(s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)

**X** \_\_\_\_\_  
Date (AAAA-MM-JJ)

## L - Informations et déclaration du représentant

Rémunération :  de carrière  accélérée

Le représentant déclare :

1. que les preneurs et les personnes à assurer ont lu toutes les questions de la présente proposition et qu'à leur connaissance, leurs réponses sont véridiques et complètes;
2. qu'il a personnellement vu les personnes à assurer ainsi que l'original du document d'identification présenté par les preneurs;
3. qu'il a communiqué par écrit aux preneurs le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il transige, le fait qu'il reçoit des commissions pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis ou des avantages non pécuniaires tels que des incitatifs sous forme de voyages;
4. qu'il a déclaré par écrit aux preneurs tout conflit d'intérêts relatif à cette proposition.

Prénom du représentant	Nom du représentant	<b>Code du représentant</b> X	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cocher si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>
Prénom du représentant	Nom du représentant	<b>Code du représentant</b> X	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cocher si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>
Prénom du représentant	Nom du représentant	<b>Code du représentant</b> X	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cocher si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>

Le représentant est-il la personne à assurer ou le preneur?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---

X \_\_\_\_\_ X \_\_\_\_\_  
Signature du représentant Date (AAAA-MM-JJ)

### QUÉBEC SEULEMENT - Si le représentant est un stagiaire, veuillez remplir cette section.

Prénom du superviseur	Nom du superviseur	<b>Code du représentant</b> X	Code du centre financier
Courriel			
X _____ Signature du superviseur (au Québec seulement)		X _____ Date (AAAA-MM-JJ)	

## Références

<b>1</b>			
Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse			Téléphone
Ville	Province	Code postal	Rés. _____ Cell. _____ Trav. _____ poste _____

<b>2</b>			
Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse			Téléphone
Ville	Province	Code postal	Rés. _____ Cell. _____ Trav. _____ poste _____

<b>3</b>			
Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse			Téléphone
Ville	Province	Code postal	Rés. _____ Cell. _____ Trav. _____ poste _____

<b>4</b>			
Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse			Téléphone
Ville	Province	Code postal	Rés. _____ Cell. _____ Trav. _____ poste _____



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.