

PROPOSITION

Assurance individuelle



L'Union-Vie
Compagnie mutuelle
d'assurance

EXIGENCES D'ASSURABILITÉ

ASSURANCE VIE										
(EXCLUANT LE T-10 SUPÉRIEUR+, T-20 SUPÉRIEUR+, T-30 SUPÉRIEUR+ POUR DES VOLUMES DE 250 000 \$ ET PLUS)										
MONTANTS	ÂGES									
	0 à 15	16 à 35	36 à 40	41 à 45	46 à 50	51 à 55	56 à 60	61 à 65	66 à 70	71 à 75
0 - 24 999	1	1	1	1	1	1	2	2	3	4A
25 000 - 49 999	1	1	1	1	1	T	2	2	3	4A
50 000 - 99 999	1	1	1	1	1	T	2	2	3	4A
100 000 - 150 000	1	T	T	T	T	T	3	4	4	5A
150 001 - 250 000	1	T	T	T	T	T	4	4	5	5A
250 001 - 500 000	1	T	T	T	3	4	4	5	5	5A
500 001 - 1 000 000	13	4	4	4	4	5	5	5	5	5A
1 000 001 - 2 000 000	13	4	4	4	5	5	5	5	5	5A
2 000 001 - 5 000 000	13	4	4	5	5	5	5	5	7	7A
Plus de 5 000 000	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8A

T-10 SUPÉRIEUR+, T-20 SUPÉRIEUR+, T-30 SUPÉRIEUR+ POUR DES VOLUMES DE 250 000 \$ ET PLUS									
MONTANTS	ÂGES								
	0 à 15	16 à 35	36 à 40	41 à 45	46 à 50	51 à 55	56 à 60	61 à 65	66 à 70
250 000 - 499 999	13	4	4	4	4	4	4	4	5
500 000 - 999 999	13	4	4	4	4	5	5	5	5
1 000 000 - 2 000 000	13	4	4	4	5	5	5	5	5
2 000 001 - 5 000 000	13	4	4	5	5	5	5	5	5
Plus de 5 000 000	8	8	8	8	8	8	8	8	8
								66 ans et +	8

ASSURANCE MALADIES GRAVES									
**									
MONTANTS	ÂGES								
	0 à 15	16 à 35	36 à 40	41 à 45	46 à 50	51 à 55	56 à 60	61 à 65	66 à 70
0 -99 999	1	1	1	1	1	9	9	9	9
100 000 -250 000	1	3	3	3	3	9	9	10	10
250 001 -500 000	13	4	4	4	4	10	10	10	10
500 001 -999 999	13	4	4	5	5	11	11	11	11
1 000 000 et plus	13	6	6	6	6	12	12	12	12

LÉGENDE :

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> T) Entrevue téléphonique, compléter page 7 1) Déclaration d'assurabilité 2) Paramédical 3) Paramédical avec urine VIH 4) Paramédical avec profil sanguin complet 5) Paramédical avec profil sanguin complet et électrocardiogramme 6) Examen avec profil sanguin complet et électrocardiogramme 7) Paramédical avec profil sanguin complet et ECG à l'effort 8) Proposition préliminaire à soumettre au siège social 9) Paramédical, profil sanguin complet et antigène spécifique de la prostate | <ul style="list-style-type: none"> 10) Paramédical, profil sanguin complet, antigène spécifique de la prostate et électrocardiogramme 11) Examen médical, profil sanguin complet, antigène spécifique de la prostate, électrocardiogramme et radiographie pulmonaire pour les fumeurs et les ex-fumeurs depuis 2 ans ou moins 12) Examen médical, profil sanguin complet, antigène spécifique de la prostate, ECG à l'effort et radiographie pulmonaire pour les fumeurs et les ex-fumeurs depuis 2 ans ou moins 13) À la discrétion du tarifificateur A) Questionnaire « Assurés de plus de 70 ans » FQC082 |
|--|---|

Pour déterminer les exigences d'assurabilité requises, ajouter à la nouvelle proposition toute demande d'assurance vie (proposition à l'étude et police émise) soumise à L'Union-Vie ou d'autres assureurs dans les 12 derniers mois et qui demeure en vigueur.

L'Union-Vie se réserve le droit de requérir toute exigence supplémentaire en relation avec l'analyse du risque.

PROPOSITION

PARTIE 1

SECTION A

PERSONNE À ASSURER

1. Nom _____ Prénom _____ Nom à la naissance _____

2. État civil _____ 3. Province de naissance _____ 4. Pays de naissance _____ 5. Sexe H F

6. Date de naissance

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

 7. Âge au plus proche anniversaire _____ 8. Conserver âge

9. Citoyen canadien Résident permanent Citoyen américain Résident fiscal (autre pays que le Canada) NIF _____

10. Depuis quand en Amérique du Nord _____ 11. N.A.S.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 12. Tabagisme : non fumeur fumeur

13. Adresse actuelle _____ 14. Depuis quand? _____

Ville _____ Province _____ Code postal

--	--	--	--	--	--

15. a) Tél. rés. () - Tél. bur. () - Tél. cell. () -

b) Adresse courriel _____

16. Travaille-t-elle présentement? Oui Non Si non, pourquoi? _____

17. Occupation _____ 18. Depuis quand? _____

19. Nom de l'employeur _____

20. Revenu annuel _____ 21. Si étudiant, niveau scolaire _____

SECTION B

BÉNÉFICIAIRE

Cessionnaire (gagiste) Oui Non Si oui, veuillez compléter le formulaire (FQC036).

Assurance vie et maladies graves : Au décès de la vie assurée, je désigne comme bénéficiaire(s) :

bénéficiaire additionnel subrogé

1. _____ %	5. _____ %																
2. Lien avec la personne à assurer	6. Lien avec la personne à assurer																
3. Date de naissance <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J	7. Date de naissance <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M	J	J
A	A	A	A	M	M	J	J										
A	A	A	A	M	M	J	J										
* 4. Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>	* 8. Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>																

* Remarque : Au Québec, en l'absence de tout choix aux questions 4 et 8, la désignation de l'époux ou du conjoint uni civilement est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable. La désignation du bénéficiaire subrogé est toujours révocable.

Maladies graves : toute prestation par suite d'une condition couverte par le contrat de maladies graves sera versée **au propriétaire**, à moins d'indication contraire ci-après : _____

Réциpiendaire de la prestation du vivant de l'assuré

Lien avec l'assuré

SECTION C

PROPRIÉTAIRE

(à compléter si autre que la personne à assurer)

Tél. rés. () -

Si compagnie, veuillez compléter le formulaire (FQC088).

1. Nom _____ Prénom _____ 2. Sexe H F

3. N.A.S.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 4. Date de naissance

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

 5. Âge d'assurance _____

6. Citoyen canadien Résident permanent Citoyen américain Résident fiscal (autre pays que le Canada) NIF _____

7. Adresse actuelle _____ Code postal

--	--	--	--	--	--

8. Occupation _____ 9. Employeur _____

10. Travaille-t-il? Oui Non 11. Lien de parenté _____

12. État civil _____ 13. Province de naissance _____ 14. Pays de naissance _____

15. Propriétaire subrogé Nom _____ Prénom _____

SECTION D

AVENANT ENFANT (ASSURANCE VIE) OUI NON

Si oui, veuillez compléter la partie 2 SECTION ENFANT «Déclarations d'assurabilité pour l'avenant enfant (assurance vie)» (p.8)

Nom	1. Enfant(s)		2. Né(e) le an/mois/jour	3. Taille		4. Poids		5. Sexe	6. Niveau de scolarité
	Nom	Prénom		pi. po.	m. cm	lbs	kg		

7. Bénéficiaire pour l'avenant d'enfant(s) _____ 8. Révocable Irrévocable 9. Lien du propriétaire ou bénéficiaire avec les enfants Père Mère Autre

SECTION E

PROTECTION DE BASE		GARANTIES COMPLÉMENTAIRES	
1. a) POUR L'ASSURANCE VIE		CAPITAL ASSURÉ	2. a) POUR L'ASSURANCE VIE
• Adaptable <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 45 Chapitre A <small>(Minimum 20 ans de paiement)</small> <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 75 <input type="checkbox"/> 85 Chapitre B (Assurance libérée) _____ \$		_____ \$	Exonération des primes <input type="checkbox"/> Vie assurée <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Payeur NOM DU PAYEUR _____ <input type="checkbox"/> MAM _____ \$ (Capital assuré) <input type="checkbox"/> FRACTURE ACCIDENTELLE <input type="checkbox"/> ASSURANCE MALADIES GRAVES PRÉ-APPROUVÉE Prestation mensuelle 1000 \$ jusqu'à 24 mois
• T-10 Supérieur+		_____ \$	
Risque <input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> privilégié <input type="checkbox"/> super privilégié		_____ \$	
• T-20 Supérieur+		_____ \$	
Risque <input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> privilégié <input type="checkbox"/> super privilégié		_____ \$	
• T-30 Supérieur+		_____ \$	
Risque <input type="checkbox"/> régulier <input type="checkbox"/> privilégié <input type="checkbox"/> super privilégié		_____ \$	
• Intégral		_____ \$	
• _____		_____ \$	
• Assurance conjointe <input type="checkbox"/> premier décès <input type="checkbox"/> dernier décès		<input type="checkbox"/> _____ \$	
(Le ou les propriétaires de la police doivent signer chaque proposition.)			
1. b) POUR LES MALADIES GRAVES			2. b) POUR LES MALADIES GRAVES
• L'AdapSanté <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 35 <input type="checkbox"/> 45 Chapitre A <small>(Minimum 20 ans de paiement)</small> <input type="checkbox"/> 55 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 75 Chapitre B (Assurance libérée) _____ \$		_____ \$	Exonération des primes <input type="checkbox"/> Vie assurée <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Payeur NOM DU PAYEUR _____ <input type="checkbox"/> FRACTURE ACCIDENTELLE
		<input type="checkbox"/> _____ \$	

SECTION F

PRIME

1. Multicontrats Oui Non

Réf. Proposition/Police # _____

2. Mode de paiement : Annuel Mensuel (D.P.A.)

3. _____ jour du prélèvement (1 à 28 inclus)

4. Prime pour le mode de paiement choisi _____ \$

5. Somme versée pour la proposition* _____ \$

* pour un capital assuré maximum de 500 000 \$

PARTIE 1 (suite)**SECTION G****ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCES**

IMPORTANT : 1. Assurance en vigueur **Oui** **Non** Si oui, complétez le tableau et indiquez assurance vie, invalidité, crédit, maladies graves ou soins de longue durée.

2. Personne à assurer	3. Compagnie	4. Mois et année d'émission	5. Type de contrat (vie ou autre)	6. Capital assuré	
				Ass. personnelle	Ass. commerciale

SECTION H**INSTRUCTIONS SPÉCIALES**

1. Transformation Police # _____ Si bénéficiaire(s) irrévocable(s)/cessionnaire : veuillez le(s) faire signer au bas de la page 15
2. Proposition préliminaire (Aucun montant d'argent ne doit être versé)
3. _____
- _____
- _____

SECTION I

- **Personne à assurer : compléter en tout temps**
- **Enfant : compléter si l'avenant d'assurance vie d'enfants est demandé**
- **Propriétaire et payeur : compléter si une garantie complémentaire est demandée sur l'un ou l'autre**

EST-CE QUE POUR L'UNE DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LA PRÉSENTE PROPOSITION :	OUI	NON
1. Une proposition d'assurance vie, invalidité, crédit, maladies graves, risques privilégiés, salaire ou soins de longue durée a été refusée, modifiée ou supprimée (si oui, décision, date, nom de compagnie et raison).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. La présente proposition a pour but de remplacer un contrat présentement en vigueur (si oui, compagnie et compléter « avis pour fin de remplacement ») (voir note 1 page 15).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Il y a une ou plus d'une proposition à l'étude dans une ou plusieurs autres compagnies (si oui, montant, type d'assurance, nom de compagnie et est-ce que tous les contrats seront placés?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il y a eu des propositions ou des polices d'assurance (vie, invalidité, crédit, maladies graves, risques privilégiés, salaire ou soins de longue durée) qui ont été à l'étude et/ou terminées au cours des deux dernières années (si oui, compagnie, date d'émission et date de terminaison).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour toutes réponses affirmatives, veuillez compléter le tableau suivant :

Quest. n°	Date	Raison	Détails appropriés selon la question

Les déclarations de la proposition partie 2

ne sont pas requises

si un formulaire paramédical de L'Union-Vie

ou une entrevue téléphonique

sont exigés.

RENSEIGNEMENTS ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Courriel* : _____

Numéro de téléphone : (_____) - _____

cellulaire* : (_____) - _____

Quel est le moment le plus approprié pour vous contacter :
(SVP cocher toutes les possibilités)

- Du lundi au vendredi :** **8h00 à 12h00** **12h00 à 15h00**
 15h00 à 18h00 **18h00 à 21h00**
- Samedi :** **9h00 à 12h00** **12h00 à 15h00**

*** Veuillez prendre note que si le courriel ou le numéro de cellulaire est fourni, l'assuré sera contacté par courriel ou message texte l'informant de la procédure à suivre.**

PARTIE 2

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ**SECTION ENFANT**

(Compléter en tout temps si l'avenant enfant (assurance vie) est demandé)

Déclarations d'assurabilité pour l'avenant enfant (assurance vie)		OUI	NON
1.	Une proposition sur un enfant a-t-elle déjà été refusée, reportée, modifiée de quelque façon que ce soit? Si oui, détails (date, compagnie et raison).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	L'enfant est-il né prématurément de plus de quatre semaines? Si oui, détails (nombre de semaines de gestation à la naissance).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	L'enfant est-il atteint d'un handicap physique ou mental ou a-t-il été atteint d'une maladie ou subi une blessure ayant nécessité un traitement ou une opération? Si oui, détails (nature du trouble ou du handicap, date de début et de fin, traitement, nom du médecin et adresse).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	L'enfant prend-il actuellement des médicaments ou lui a-t-on recommandé de suivre un traitement ou de passer des épreuves diagnostiques? Si oui, détails (nom des médicaments, posologies, tests, résultats, traitements, durée, date de rétablissement, séquelle, nom du médecin et hôpitaux consultés).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Fournir la date, raison, résultats de la dernière consultation médicale et nom du médecin pour chacun des enfants. Date : _____ Raison : _____ Résultat : _____ Nom du médecin : _____		

Pour toutes réponses affirmatives, SVP bien vouloir compléter le tableau suivant :

Quest. n° et nom de l'enfant	Date	Raison	Détails appropriés selon la question

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ**SECTION A**

(Personne à assurer, propriétaire et payeur)

– Personne à assurer : compléter en tout temps – Propriétaire et payeur : compléter si une garantie complémentaire est demandée sur l'un ou l'autre		OUI	NON
EST-CE QUE L'UNE DES PERSONNES CONCERNÉES PAR LA PRÉSENTE PROPOSITION :			
1.	A fait ou a l'intention de faire des envolées aériennes autrement que comme passager de lignes commerciales? (si oui, compléter le questionnaire d'aviation).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	A pratiqué ou a l'intention de pratiquer un sport dangereux (par ex. plongée sous-marine, parachutisme, course d'automobile, de moto ou de bateau, deltaplane, ultraléger, alpinisme, escalade ou autre...)? Si oui, remplir le questionnaire approprié.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Au cours des 2 dernières années, a voyagé à l'extérieur de l'Amérique du Nord ou a l'intention de voyager à l'extérieur de l'Amérique du Nord dans les prochaines années? (si oui, compléter le questionnaire de voyage à l'étranger).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	S'est fait, au cours des 5 dernières années, suspendre ou retirer son permis de conduire ou a été trouvée coupable d'une infraction ou plus au Code de la route? (si oui, détailler et compléter le formulaire d'autorisation de la SAAQ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	A été reconnue coupable de conduite avec des facultés affaiblies ou de conduite avec une alcoolémie dépassant le taux prévu par la loi ou doit répondre actuellement d'une accusation à cet égard? (si oui, détailler et compléter le formulaire d'autorisation de la SAAQ).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour toutes réponses affirmatives, veuillez compléter le tableau à la page suivante.

PARTIE 2 (suite)

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ

(Personne à assurer, propriétaire et payeur)

SECTION B

Personne à assurer : taille : _____ pi. po. poids : _____ lbs ou taille : _____ m. cm poids : _____ kg

Votre poids a-t-il varié depuis 1 an? Oui Non si oui, de combien et cause : _____

Compléter si une garantie complémentaire est demandée sur l'un ou l'autre

Propriétaire : _____ taille _____ pi. po. poids : _____ lbs ou taille : _____ m. cm poids : _____ kg

Payeur : _____ taille _____ pi. po. poids : _____ lbs ou taille : _____ m. cm poids : _____ kg

Votre poids a-t-il varié depuis 1 an? Oui Non si oui, de combien et cause : _____

1. Nom et adresse du médecin qui possède votre dossier médical (au besoin, inscrire « néant »)

2. Date, raison et résultats de la dernière consultation médicale : _____

3. Avez-vous été référé à un médecin ou à un spécialiste, qu'il soit médecin ou non? Oui Non

Si oui, nom et adresse: _____

Date, raison et résultats : _____

4. Avez-vous pris des médicaments dans les 24 derniers mois? Oui Non Si oui, complétez le tableau suivant :

Nom du médicament	Dosage et fréquence	Raison	Date début	Date de fin

5. Complétez le tableau suivant en considérant les maladies suivantes : maladie cardiovasculaire ou cérébrovasculaire (ischémie cérébrale transitoire, accident vasculaire cérébral (AVC), maladies cardiaques, cholestérol élevé ou autres), cancer (spécifiez-en le type), tumeur, polype du colon, tuberculose, fibrose kystique, affection reliée au SIDA, diabète, hypertension, maladie polykystique des reins ou autres maladies rénales, chorée d'Huntington, sclérose latérale amyotrophique (SLA), affection du motoneurone, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, démence, dystrophie musculaire, maladie de Parkinson, hémophilie ou autres maladies héréditaires.

Veuillez toujours remplir le tableau suivant pour tous les membres de la famille même s'ils sont en santé.

Parent	État de santé actuel	Âge au début de la maladie	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frère (nombre)					
Soeur (nombre)					

PARTIE 2 (suite)

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ

(Personne à assurer, propriétaire et payeur)

SECTION C

- Personne à assurer : compléter en tout temps
 – Propriétaire et payeur : compléter si une garantie complémentaire est demandée sur l'un ou l'autre

Depuis les 5 dernières années (applicable section C seulement).	OUI	NON
1. a) Avez-vous été sous observation ou reçu un traitement médical quelconque ou pris des médicaments? Si oui, détails.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous déjà subi une épreuve diagnostique <input type="checkbox"/> , une analyse de sang <input type="checkbox"/> , un test <input type="checkbox"/> , un électrocardiogramme <input type="checkbox"/> , une radiographie <input type="checkbox"/> ou tout autre examen complémentaire <input type="checkbox"/> ? Si oui, détails et cochez la case appropriée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Avez-vous été hospitalisé ou subi une chirurgie? Si oui, détails (date, raison, résultats et traitement).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Avez-vous déjà appris que vous devriez subir une épreuve diagnostique <input type="checkbox"/> , un test ou examen <input type="checkbox"/> , être hospitalisé <input type="checkbox"/> ou opéré <input type="checkbox"/> , même si cela n'a pas été fait? Si oui, détails et cochez la case appropriée.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour toutes réponses affirmatives, SVP bien vouloir compléter le tableau suivant :

Quest. n°	Date	Raison	Détails : tests, résultats, traitement, durée, date de rétablissement, séquelle, nom du médecin et hôpitaux consultés

SECTION D

- Personne à assurer : compléter en tout temps
 – Propriétaire et payeur : compléter si une garantie complémentaire est demandée sur l'un ou l'autre

1. Avez-vous déjà reçu des soins, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs aux troubles suivants (encerclez s'il y a lieu) :	OUI	NON
a) Troubles des oreilles, des yeux, du nez, de la bouche ou de la gorge?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Asthme, essoufflement, emphysème, bronchite, pneumonie, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), crachement de sang, tuberculose, apnée du sommeil, sarcoïdose, fibrose kystique ou autres troubles respiratoires ou pulmonaires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Épilepsie, étourdissements, évanouissements, tremblements, convulsions, sclérose en plaques, névrite optique, engourdissements, picotements, perte d'équilibre, faiblesse des extrémités, trouble de la vue ou sensation de perte de la vue, maladie de Parkinson, maux de tête, migraine, paralysie, trouble de mémoire, démence, sénilité, maladie d'Alzheimer, dystrophie musculaire, chorée d'Huntington, myélite transverse ou autres troubles neurologiques ou du cerveau?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Douleurs thoraciques, palpitations, arythmie, hypertension, cholestérol élevé, fièvre rhumatismale, souffle cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), ischémie cérébrale transitoire (ICT), insuffisance cardiaque, angine, anomalies des valves cardiaques, pontage, caillot de sang, thrombophlébite, chirurgie cardiaque ou autres maladies du cœur, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTIE 2 (suite)

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ

(Personne à assurer)

SECTION E

RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

ADAPSANTÉ JUVÉNILE**SECTION F**

1. Compléter le tableau suivant en considérant les maladies suivantes : maladie cardiovasculaire ou cérébrovasculaire (ischémie cérébrale transitoire, accident vasculaire cérébral (AVC), maladies cardiaques, cholestérol élevé ou autres), cancer (spécifiez-en le type), tumeur, polype du colon, tuberculose, affection reliée au SIDA, diabète, hypertension, maladie polykystique des reins ou autres maladies rénales, chorée d'Huntington, sclérose latérale amyotrophique (SLA), affection du motoneurone, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson ou autres maladies héréditaires.

Veillez toujours remplir le tableau suivant pour tous les membres de la famille même s'ils sont en santé. Compléter la partie des grands-parents paternels et maternels seulement si le père et/ou la mère est âgé(e) de moins de 40 ans.

Parent	État de santé actuel	Âge au début de la maladie	Âge actuel	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frère (nombre)					
Soeur (nombre)					
Grand-père paternel					
Grand-mère paternelle					
Grand-père maternel					
Grand-mère maternelle					

2. La personne à assurer a-t-elle déjà eu ou présenté des symptômes d'une ou des maladies suivantes : maladie cardiaque, ischémie cérébrale transitoire ou accident vasculaire cérébral (AVC), cancer (spécifiez-en le type), tumeur, tuberculose, affection reliée au SIDA, diabète, hypertension, maladie rénale, maladie mentale, alcoolisme, chorée d'Huntington, sclérose latérale amyotrophique, une affection du motoneurone, sclérose en plaques, autisme, dystrophie musculaire, insuffisance motrice cérébrale, trisomie 21, fibrose kystique, cécité, surdité, mutité, paralysie, syndrome de Rett, malformation cardiaque congénitale, hémophilie ou quelque autre maladie héréditaire ? Oui Non

Dans l'affirmative, donnez les détails :

3. Si la personne à assurer est âgée de moins de un (1) an, est-elle née prématurément de plus de quatre (4) semaines ? Oui Non

PARTIE 2 (suite)**ADAPSANTÉ JUVÉNILE****SECTION F (suite)**

4. Les parents de la personne à assurer possèdent-ils une assurance contre les maladies graves ? Oui Non

Dans l'affirmative, quel en est le capital assuré ? Père : _____
Mère : _____

Si non, pourquoi ? _____

5. Si la personne à assurer a au moins un frère ou une soeur, son frère et/ou sa soeur ont-ils une assurance maladies graves en vigueur ou à l'étude ? Oui Non

Dans l'affirmative, quel en est le capital assuré ? Frère : _____
Soeur : _____

Si non, pourquoi ? _____

CONVENTION RELATIVE À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL

Les renseignements personnels, y compris le numéro d'assurance sociale, que **L'Union-Vie** détient ou détiendra à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier des différents services financiers d'assurance, de rente et d'autres services complémentaires qu'elle offre. Ils ne seront consultés que par les employés de **L'Union-Vie** qui doivent y avoir accès dans l'exercice de leurs fonctions.

Vous pouvez avoir accès à votre dossier et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires. Vous devez alors faire une demande écrite à l'attention du responsable de l'accès à l'information au siège social de **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance, situé au 142 Heriot, Drummondville (Québec) J2C 1J8.

CONSENTEMENT À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

Aux fins de l'établissement de l'assurabilité, de la gestion de notre dossier et de l'étude des réclamations, nous autorisons toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à notre sujet concernant, entre autres, notre état de santé, nos antécédents médicaux ou notre admissibilité aux prestations, soit notamment tout médecin ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, laboratoire, compagnie d'assurance ou de réassurance, le MIB Inc., les agents de renseignements personnels, les intermédiaires de marché, toute institution financière, le propriétaire, notre employeur ou ex-employeur, CNESST, la RRQ, la SAAQ, la RAMQ, les agents d'investigation et de sécurité, les agences de données sur les risques et les sinistres, les organismes de prévention, de détection ou répression des crimes et des infractions, à les communiquer à **L'Union-Vie** ou à ses réassureurs sur demande.

De même, nous autorisons **L'Union-Vie** à communiquer auxdits tiers ainsi qu'à ses réassureurs lesdits renseignements. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, nous consentons également à ce que **L'Union-Vie** ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à notre sujet et utiliser les renseignements qu'ils détiennent dans d'autres dossiers en leur possession.

Le présent consentement vaut également pour la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant nos enfants mineurs. Aucune modification ou altération du présent consentement n'influera sur son contenu ni ne liera l'assureur. Ce consentement peut également être utilisé lors d'une demande d'assurance additionnelle ou modification au contrat.

DÉCLARATION

Nous, soussignés, la personne à assurer, le père/mère/tuteur et le propriétaire, certifions avoir pris connaissance de toutes les questions contenues dans cette proposition. Les réponses données ont été fidèlement reproduites et sont complètes et véridiques. De plus, nous consentons à ce qu'elles servent de base au contrat d'assurance demandé et reconnaissons que toute fausse déclaration ou réticence peut entraîner la résiliation du contrat d'assurance obtenu à la suite de cette proposition.

Nous convenons que l'assurance prend effet dès l'acceptation par la Compagnie de la proposition pour autant que cette dernière ait été acceptée sans modification, que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité des personnes à assurer depuis la signature de cette proposition.

Nous reconnaissons avoir été informés que le conseiller est rémunéré à commission relativement à la transaction décrite dans la proposition ci-dessus mentionnée.

Nous reconnaissons avoir pris connaissance de la convention relative à la constitution d'un dossier personnel.

Nous reconnaissons avoir lu et reçu l'avis de divulgation de renseignements.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

Remarque : Si les noms et prénoms des sections A et C de la partie 1 diffèrent des signatures suivantes, ces dernières apparaîtront au contrat.

Note 1 : J'autorise **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance à annuler les contrats présentement en vigueur à **L'Union-Vie** visés par le remplacement et cités à la Partie 1, Section I, Question 2. et ce, lors de l'entrée en vigueur de la police issue de cette proposition.

Je comprends que les maladies couvertes par cette assurance se limitent à celles définies dans le contrat.

Je déclare ne pas être un citoyen américain. Par contre, dans le cas où je suis un citoyen américain, mon "Taxpayer Identification Number" (Tin) se trouve à la section A et C de la partie 1.

Je reconnais avoir été informé que le conseiller en sécurité financière est indépendant de l'assureur et n'est pas son représentant.

J'atteste que les déclarations et réponses contenues dans la présente proposition, si elles ont été complétées, et dans tout questionnaire paramédical, entrevue téléphonique et tous autres questionnaires sont complètes et véridiques et font partie intégrante de la proposition d'assurance vie ou maladies graves et ne peuvent en être dissociées.

Signé à _____	Prov. _____	ce _____	e jour de _____	20____
X		X		
	Signature de la personne à assurer (si 14 ans et plus)		Signature du propriétaire (si compagnie, signataire autorisé)	
X		X		
	Signature du père, de la mère ou du tuteur (si la personne à assurer est mineure)		Signature du propriétaire (si compagnie, signataire autorisé)	
X		X		
	Signature du conseiller / témoin		Nom du conseiller / témoin (en lettres moulées)	

TRANSFORMATION

En tant que propriétaire/bénéficiaire irrévocable/cessionnaire de la police qui sera transformée à l'acceptation de la présente proposition, je reconnais et accepte que je n'aurai aucun droit aux termes de la nouvelle police.

X	X
Signature du propriétaire/bénéficiaire irrévocable/cessionnaire	Signature du propriétaire/bénéficiaire irrévocable/cessionnaire

DÉBIT PRÉAUTORISÉ (D.P.A.)

J'autorise **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance à débiter mon compte sur l'institution financière ci-après désignée pour acquitter les montants dus à **L'Union-Vie** en vertu de la police d'assurance émise à la suite de la proposition portant le numéro apparaissant ci-dessus.

Nom de l'institution financière (IF)		IMPORTANT Joindre un spécimen de chèque en blanc de votre institution financière avec la mention « NUL »	
Adresse de la succursale			
Genre de compte	Chèques <input type="checkbox"/>	Épargne <input type="checkbox"/>	Type de service Personnel <input type="checkbox"/> Entreprise <input type="checkbox"/>
N° de transit	N° d'institution	N° de compte	Jour de prélèvement
Périodicité	Mensuelle <input type="checkbox"/>	Annuelle <input type="checkbox"/>	Prélever la première prime directement dans le compte : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

La présente autorisation devra au besoin se lire au pluriel si elle est signée par plus d'une personne.

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance ait reçu de ma part un préavis de sa modification ou de sa résiliation. Ce préavis doit arriver au moins 10 jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit à l'adresse de **L'Union-Vie**. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus d'information sur mon droit d'annuler un D.P.A. du payeur en m'adressant à mon institution financière ou en visitant www.cdnpay.ca.

L'Union-Vie ne peut céder la présente autorisation, ni directement ni indirectement, par application de la loi, changement de contrôle ou autrement, sans me donner au moins 10 jours de préavis écrit.

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 D.P.A. qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de D.P.A. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter www.cdnpay.ca.

X _____	Date _____
Signature telle qu'elle apparaît sur les chèques	
X _____	X _____
Signature telle qu'elle apparaît sur les chèques	Signature du propriétaire

N. B. : S'il s'agit d'un compte conjoint où plusieurs signatures sont requises, tous les titulaires du compte doivent signer l'autorisation.

AUTORISATION – Par les présentes, nous soussignés,

1. Reconnaissons avoir lu et reçu l'avis de divulgation de renseignements.
2. Autorisons tout médecin, professionnel de la santé, établissement au sens de la Loi sur les services de santé et services sociaux, compagnie d'assurance, MIB Inc. ou tout autre organisme, institution ou personne détenant des renseignements sur nous ou sur notre santé à les fournir à **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance, et à ses réassureurs.
3. Consentons à ce qu'un rapport confidentiel, comportant des renseignements d'ordre personnel ou relatifs à notre solvabilité, soit demandé en relation avec notre demande d'assurance et autorisons **L'Union-Vie** à faire un bref rapport de nos renseignements médicaux personnels au MIB Inc.
4. Convenons que cette autorisation demeure valide tant qu'elle n'est pas révoquée et, après notre décès, nous consentons à ce qu'elle soit donnée, le cas échéant, par tout héritier, liquidateur ou bénéficiaire de la police établie, renonçant ainsi d'avance au bénéfice de toute disposition légale régissant le secret professionnel et autorisant toute personne à transmettre tous les renseignements requis par **L'Union-Vie**.
5. Nous convenons qu'une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____^e jour de _____ 20 _____

<p>X _____ Signature de la personne à assurer (si 14 ans et plus)</p> <p>X _____ Signature du conseiller</p>	<p>X _____ Signature du propriétaire (si compagnie, signataire autorisé)</p> <p>X _____ Signature du père, de la mère ou du tuteur (si la personne à assurer est mineure)</p>
--	---

AUTORISATION – Par les présentes, nous soussignés,

1. Reconnaissons avoir lu et reçu l'avis de divulgation de renseignements.
2. Autorisons tout médecin, professionnel de la santé, établissement au sens de la Loi sur les services de santé et services sociaux, compagnie d'assurance, MIB Inc. ou tout autre organisme, institution ou personne détenant des renseignements sur nous ou sur notre santé à les fournir à **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance, et à ses réassureurs.
3. Consentons à ce qu'un rapport confidentiel, comportant des renseignements d'ordre personnel ou relatifs à notre solvabilité, soit demandé en relation avec notre demande d'assurance et autorisons **L'Union-Vie** à faire un bref rapport de nos renseignements médicaux personnels au MIB Inc.
4. Convenons que cette autorisation demeure valide tant qu'elle n'est pas révoquée et, après notre décès, nous consentons à ce qu'elle soit donnée, le cas échéant, par tout héritier, liquidateur ou bénéficiaire de la police établie, renonçant ainsi d'avance au bénéfice de toute disposition légale régissant le secret professionnel et autorisant toute personne à transmettre tous les renseignements requis par **L'Union-Vie**.
5. Nous convenons qu'une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____^e jour de _____ 20 _____

<p>X _____ Signature de la personne à assurer (si 14 ans et plus)</p> <p>X _____ Signature du conseiller</p>	<p>X _____ Signature du propriétaire (si compagnie, signataire autorisé)</p> <p>X _____ Signature du père, de la mère ou du tuteur (si la personne à assurer est mineure)</p>
--	---



ENTENTE D'ASSURANCE CONDITIONNELLE

Reçu de _____ la somme de* _____ \$ pour une proposition d'assurance soumise à **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance, et portant le numéro et la même date que cette entente.

*Si la somme versée excède la prime d'une assurance vie ou maladies graves de 500 000 \$, l'excédent sera remboursé.

Nonobstant les clauses de la proposition, si toutes les conditions et restrictions indiquées ci-dessous sont respectées intégralement, l'assurance sur la vie ou l'assurance des maladies graves de la ou des personnes à assurer prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) la date de la proposition
- ou
- b) la date du dernier test et/ou du dernier formulaire de preuves d'assurabilité requis par la Compagnie.

CONDITIONS ET RESTRICTIONS

- 1) La somme mentionnée ci-dessus doit être encaissable immédiatement et être au moins égale à une prime mensuelle eu égard à cette proposition.
- 2) Si un chèque est donné à l'égard de cette proposition, il doit être honoré dès la première présentation.
- 3) À la dernière des dates mentionnées en a) ou b) ci-dessus, chacune des personnes à assurer doit être un risque assurable au taux normal, sans surprime ni modification, d'après les normes de sélection de **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance, touchant la police proposée.
- 4) Le montant maximal des prestations payables en vertu de cette entente, de toute autre entente semblable et des assurances en vigueur à la Compagnie est égal au montant d'assurance vie ou maladies graves demandé sans toutefois excéder un montant total de 500 000 \$.
- 5) Toute assurance accordée en vertu de la présente entente est assujettie aux termes de la police proposée et se termine lors du premier des trois événements suivants :
 - a) l'entrée en vigueur de la police issue de cette proposition
 - b) l'expiration de la période de 60 jours après la date de cette entente
 - c) lors de l'envoi au propriétaire par la Compagnie par poste certifiée d'un avis de résiliation
- 6) Aucune prestation d'assurance vie ou maladies graves ne sera payable en vertu de cette entente si la personne à assurer :
 - a) a moins de 15 jours ou 66 ans et plus
 - ou
 - b) a eu une proposition ou une demande de remise en vigueur refusée, différée ou acceptée avec surprime ou restriction à **L'Union-Vie** ou ailleurs
 - ou
 - c) a été hospitalisée pendant plus de cinq (5) jours au cours des douze (12) derniers mois
 - ou
 - d) s'est suicidée, a fait une fausse déclaration, une réticence ou a fraudé dans la proposition d'assurance
 - ou
 - e) a commis, avait l'intention ou a tenté de commettre un acte criminel
- 7) De plus, aucune prestation d'assurance maladies graves n'est payable si l'assuré :
 - a) est diagnostiqué d'un cancer tel que défini dans la police à être émise ou
 - b) est diagnostiqué de toute autre condition couverte par la police à être émise et ne rencontre pas les critères de la période de survie tels que définis dans la police

Aucun représentant de la Compagnie n'est autorisé à modifier une ou plusieurs des conditions ou restrictions indiquées plus haut.

Si une ou plusieurs des conditions ou restrictions indiquées plus haut n'ont pas été respectées intégralement, la seule responsabilité de la Compagnie en vertu de la présente est le remboursement des primes payées par le propriétaire.

J'ai lu et signé cette entente et je certifie que toutes les explications demandées m'ont été données par le conseiller à ma satisfaction.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____
 _____ _____
 Signature du conseiller Signature du propriétaire

IMPORTANT : Détacher et remettre au client si les « Conditions et restrictions » ci-dessus sont respectées intégralement.



AVIS DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS

Toute demande d'assurance vie nécessite une cueillette de renseignements qui soit la plus complète possible. Ces renseignements sont d'ordre médical ou relatifs à votre solvabilité.

Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance vie, y compris **L'Union-Vie**, transigent avec un organisme appelé MIB Inc., organisme sans but lucratif, qui effectue un échange de renseignements au nom de ses compagnies membres.

Tout renseignement relatif à votre assurabilité est traité de façon confidentielle. Toutefois, **L'Union-Vie** pourra en transmettre un résumé au MIB Inc.

Si vous faites une demande d'assurance vie ou maladies graves ou si vous présentez une demande de prestations à une compagnie membre, MIB Inc. fournit à cette compagnie, à la demande de cette dernière, les renseignements qu'il possède sur vous. S'il reçoit une demande de votre part, MIB Inc. prendra des dispositions pour vous donner les renseignements apparaissant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB Inc., vous pouvez lui demander une rectification.

Voici l'adresse du MIB Inc.

MIB Inc.
330, avenue Université, bureau 501
Toronto (Ontario)
M5G 1R7
Tél. : (416) 597-0590
www.mib.com

NOTE AU CONSEILLER — Remettre cet avis au propriétaire

AVIS

Pour procéder à l'étude de votre demande d'assurance, il est possible que nous obtenions des renseignements additionnels.

Enquête

Un représentant d'une compagnie d'enquête peut vous contacter afin d'obtenir des informations d'ordre personnel et financier.

Examen médical

Un médecin ou le personnel infirmier d'un organisme paramédical peut vous faire subir un examen médical.

Tests

Un médecin ou le personnel infirmier d'un organisme paramédical ou d'une clinique peut procéder à un prélèvement sanguin ou d'urine. L'analyse portera sur la détermination de plusieurs anomalies possibles telles que cholestérol, diabète, troubles hépatiques, présence de médicaments, drogue, nicotine et le dépistage du SIDA. Avant d'effectuer un prélèvement, votre consentement écrit sera exigé.

RAPPORT DU CONSEILLER EN SÉCURITÉ FINANCIÈRE (Ne sera pas reproduit dans la police)

PARTIE 3

CE RAPPORT EST UNE SOURCE D'INFORMATION DE PREMIER ORDRE ET IL SE DOIT D'ÊTRE COMPLÉTÉ AVEC MINUTIE.

SECTION A

ORIGINE DE LA VENTE

Demande du client Connaissance/ami Offre faite au client Cas référé par un client Parenté Degré _____

Autre _____

Client(e) connu(e) depuis _____ Présent(e) lors de la signature Oui Non

SECTION B (à compléter pour toute assurance commerciale)

Les renseignements demandés ci-après ont pour but de vérifier si le montant d'assurance demandé est bien en relation avec l'importance de l'entreprise et la fonction occupée par la personne à assurer.

1. But de l'assurance : Convention d'achat/vente Protection personne clé Garantie d'emprunt Autre _____
2. Depuis combien d'années l'entreprise existe-t-elle? _____
3. Quel est l'avoir net de l'entreprise? _____ \$ Valeur marchande de l'entreprise : _____ \$
4. Donner le bénéfice net de l'entreprise pour les deux dernières années : _____ \$ _____ \$
5. Quelle est la part de la personne à assurer dans l'entreprise? _____
6. Quel est le montant d'assurance vie commerciale détenu par chacun des associés?

Nom de l'associé	Capital assuré	% part	Nom de l'associé	Capital assuré	% part

7. Remarques supplémentaires : _____

SECTION C

J'ai demandé les exigences d'assurabilité suivantes :

à l'organisme paramédical _____ N° de l'autorisation _____

SECTION D

IDENTIFICATION DU CONSEILLER

Nom/prénom	%	Code conseiller	Cabinet s'il y a lieu	Code agent général

SECTION E

Je confirme avoir déclaré au propriétaire de ce contrat le nom des compagnies que je représente, la possibilité que je reçoive une rétribution (telle une commission) ainsi qu'une rétribution additionnelle (tel un boni) et que je n'ai aucun conflit d'intérêts avec **L'Union-Vie**, Compagnie mutuelle d'assurance, ni avec le propriétaire, et ce concernant cette transaction proposée. Également, je confirme avoir vérifié à l'aide de documents officiels et originaux, les informations obtenues pour compléter A et C de la partie 1.

Signé à _____ ce _____^e jour de _____ 20 _____

Signature du conseiller **X** _____

• Pour une émission plus rapide de la police

- Voir à ce que toute correction soit SIGNÉE par le propriétaire ou la personne à assurer
- Toujours se servir d'une encre noir pour faciliter la photocopie des documents
- Ne jamais utiliser de liquide correcteur en cas d'erreur
- Ne pas séparer les pages de la proposition



BIENVENUE À L'UNION-VIE

VOTRE COMPAGNIE MUTUELLE D'ASSURANCE

Nous vous remercions d'avoir souscrit une proposition d'assurance vie chez nous.

***L'Union-Vie** est une compagnie mutuelle d'assurance entièrement québécoise au service des Québécois depuis 1889, et sa santé financière fait l'envie de ses concurrents. Ses succès sont dus principalement à une saine gestion de ses affaires et à son réseau de distribution solidement implanté au Québec.*

*Lorsque votre proposition sera acceptée, vous deviendrez automatiquement un mutualiste de **L'Union-Vie**. Le mutualisme confère, entre autres, les avantages suivants :*

- *le droit de vote aux assemblées générales;*
- *le droit d'élire les administrateurs.*

*Pour vos besoins d'assurance vie individuelle, commerciale et de rentes, l'expertise de **L'Union-Vie** et de votre conseiller vous garantit un service de qualité.*

Julie Michaud, ASA, AICA, M.A.P.
Première vice-présidente
Assurance individuelle et Investissement-retraite

Téléphone : 1 800 567-0988

L'Union-Vie est membre de Assuris.

Assuris est une société à but non lucratif qui protège les assurés canadiens en cas d'insolvabilité de leur compagnie d'assurance vie.

UVMUTUELLE.CA



L'Union-Vie
Compagnie mutuelle
d'assurance

22-UV-2018-09

142, rue Heriot, Drummondville (Québec) J2C 1J8
TÉL. 819 478-1315 1 800 567-0988 TÉLÉC. 819 474-1990