

**ASSURANCE VIE
ET MALADIE GRAVE**

PROPOSITION



Votre partenaire de confiance.

www.inalco.com

PERSONNE À ASSURER

ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

1 Nom et prénom

Nom _____ Prénom _____

2 Adresse

N° _____ Rue _____ Appartement _____ Case postale _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____

3 Téléphone

N° de téléphone au domicile _____ N° de téléphone au travail _____ Poste _____ Adresse électronique (courriel) _____

4 Naissance et âge au plus proche anniversaire

Date de naissance J _____ M _____ A _____ Âge _____ Sexe M F
 Conserver l'âge. Nom de famille à la naissance (s'il y a lieu) _____ Lieu de naissance (pays ou province) _____ Au Canada depuis? Toujours OU M _____ A _____

5 NAS et statut légal au Canada

N° d'assurance sociale _____ Statut légal au Canada
 Citoyen canadien Réfugié au sens de la Convention sur les réfugiés (preuve de l'acceptation de personne réfugiée ou protégée au sens de la Convention)
N° d'assurance maladie (facultatif) _____ Résident permanent (carte de résidence permanente)
 Permis de travail (carte de permis de travail) _____ (lettre de Citoyenneté et Immigration Canada confirmant la demande de résidence permanente)
 Autre _____

Si le NAS n'est pas indiqué sur la proposition, une copie de la preuve du statut légal doit être jointe à la proposition, comme il est indiqué précédemment.

6 Emploi

Emploi actuel _____ Depuis quand? M _____ A _____ Revenu brut annuel _____ Genre d'entreprise _____ \$ _____
Nom et adresse de l'employeur _____ Emplois précédents couvrant une période de 2 ans _____ Valeur nette _____ \$ _____

CONTRACTANT (si différent de la personne à assurer)

Pour une assurance conjointe, les assurés de l'assurance conjointe sont contractants à moins d'indication contraire dans la section ci-dessous.

1 Nom et prénom

Nom _____ Prénom _____

2 Adresse

N° _____ Rue _____ Appartement _____ Case postale _____
Ville _____ Province _____ Code postal _____

3 Téléphone

N° de téléphone au domicile _____ N° de téléphone au travail _____ Poste _____ Adresse électronique (courriel) _____

4 Naissance et âge au plus proche anniversaire

Date de naissance J _____ M _____ A _____ Âge _____ Sexe M F
 Au Canada depuis? Toujours OU M _____ A _____ Lien avec la personne à assurer _____

5 Emploi et NAS

Emploi actuel _____ Revenu brut annuel _____ N° d'assurance sociale _____ Assurance en vigueur _____ \$ _____
Genre d'entreprise _____ Nom et adresse de l'employeur _____

6 Propriétaire subrogé

Nom _____ Prénom _____

USAGE DU TABAC

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, y compris les produits de tabac ou de nicotine (gomme, timbres (patches), etc.)?

Oui => taux fumeurs? Non => Taux non-fumeurs? (Répondre à la question suivante). • Avez-vous déjà fait usage de tabac? Oui Non
M _____ A _____
• Si oui, depuis quand avez-vous cessé? _____

CLASSE DE RISQUE POUR LES CONTRATS OU LES AVENANTS DE 200 000 \$ D'ASSURANCE VIE ET PLUS

- La prime correspond à la classe de risque : Non-fumeur Élite Non-fumeur Privilège Non-fumeur Fumeur Élite Fumeur Privilège Fumeur
- Si la classe de risque déterminée par l'Industrielle Alliance après l'étude de votre dossier ne correspond pas à celle indiquée ici, vous voulez :

- Conserver le même capital assuré et modifier la prime en conséquence. Dans le cas d'un mode de paiement PAC, j'autorise l'Industrielle Alliance à prélever le versement automatique (PAC) correspondant à la prime ajustée.
- Conserver la même prime et modifier le capital assuré en conséquence.
- Autres directives (Spécifier.) _____

Si aucune directive n'est spécifiée, nous utiliserons la première option : conserver le même capital assuré et modifier la prime.

BUT

But de l'assurance

- Assurance personnelle
- Assurance d'affaires
- Personne clé
- Rachat d'actions
- Autre _____

Optionnelle ou additionnelle

- Optionnelle
- Autre numéro de proposition _____

Préliminaire

- Troubles au cœur, diabète, cancer, refus ou report d'assurance

Police de représentant

- (Incluant son conjoint, ses parents et ses enfants)

PROTECTION DEMANDÉE

1 Particularité

Assurance conjointe (Remplir un formulaire d'ajout de protection (formulaire F3).)

- 1^{er} décès Dernier décès
 Dernier décès, libérée au 1^{er} décès

Portion du fonds de capitalisation payable d'office au décès de chacun des assurés %

Si aucune directive n'est spécifiée, 100 % sera payable.

2 Contrat d'assurance vie universelle

GENESIS

- Genesis avec boni d'intérêt garanti Genesis avec boni de rendement Genesis option frais minimums
 Genesis-IRIS (option frais minimums) Genesis-IRIS Plus (dépôt excédentaire de 1^{re} année d'au minimum 350 000 \$) (option frais minimums)

Si l'option frais minimums est sélectionnée : sans stabilisateur avec stabilisateur

Si aucune directive n'est spécifiée, nous utiliserons l'option sans stabilisateur.

Pour Genesis, fournir une illustration signée par le client et complète, comprenant toutes les pages.

Protection permanente vie	Protection temporaire vie	Avenant maladie grave	Optimisation automatique du capital assuré
<input type="text"/> \$	T10 R & T <input type="text"/> \$ T20 R & T <input type="text"/> \$	T10 R & T <input type="text"/> \$ T75 <input type="text"/> \$ T100 <input type="text"/> \$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si aucune directive n'est spécifiée, le contrat sera émis avec l'optimisation automatique du capital assuré.

Prestation de décès

- Capital
 Capital + fonds
 Capital + remboursement garanti des primes
 Capital + fonds + CBR (offert uniquement si le contractant est une compagnie)
 Capital + fonds avec option Valeur maximisée
 Valeur maximisée
- Aucune réduction avant ans (minimum 5 ans)
 • Capital assuré plancher \$ (minimum 1 000 \$)
 Si aucune directive n'est spécifiée, l'option Valeur maximisée n'est pas exercée.
 • Aucune réduction avant ans (minimum 5 ans)
 • Capital assuré plancher \$ (minimum 1 000 \$)
 Si aucune directive n'est spécifiée, nous utiliserons 5 ans et 1 000 \$.

Coûts d'assurance

- Annuels (TRA)
 Nivelés
- Option 10 ans
 15 ans
 20 ans
- Nivelés Épargne
- Nivellement des coûts d'assurance prévu après ans
 Vous devez en faire la demande.

Pour le contractant (Remplir des déclarations d'assurabilité.)

CIC \$/mois Contribution en cas d'invalidité du contractant
 ou CIC = prime minimale

CDC \$/mois Contribution en cas de décès du contractant
 ou CDC = prime minimale

CIA \$/mois Contribution en cas d'invalidité de l'assuré
 Si le contractant est une compagnie

GENESIS – COMPTES D'INVESTISSEMENT

Directive d'investissement automatique (DIA) (Maximum 10; si aucune directive n'est spécifiée, nous utiliserons le compte Diversifié (IA).)

Directive de déduction automatique (DDA) (Maximum 10; si vous désirez que les directives de déduction soient identiques en tout temps aux directives d'investissement, ne pas remplir cette section.)

Comptes à intérêt garanti		Comptes à indice de marché				Stratégie diversifiée				Comptes à gestion active			
%		%		%		%		%		%		%	
DIA	DDA	DIA	DDA	DIA	DDA	DIA	DDA	DIA	DDA	DIA	DDA	DIA	DDA
Moyenne 5 ans	<input type="text"/>	Marché monétaire	<input type="text"/>	Actions internationales	<input type="text"/>	Compte Prudent	<input type="text"/>	Actions canadiennes (Dynamique)	<input type="text"/>	Actions internationales (Templeton)	<input type="text"/>	Dividendes croissance (IA)	<input type="text"/>
Fixe** 6 mois	<input type="text"/>	Obligations	<input type="text"/>	Actions européennes	<input type="text"/>	Compte Modéré	<input type="text"/>	Actions canadiennes (Fidelity)	<input type="text"/>	Actions mondiales (Mackenzie Cundill)	<input type="text"/>	Dividende mondial (Dynamique)	<input type="text"/>
Fixe 1 an	<input type="text"/>	Actions canadiennes	<input type="text"/>	Actions américaines	<input type="text"/>	Compte Équilibré	<input type="text"/>	Actions canadiennes (IA)	<input type="text"/>	Actions mondiales (Oppenheimer)	<input type="text"/>	Dividendes revenu (IA)	<input type="text"/>
Fixe* 2 ans	<input type="text"/>	Actions mondiales	<input type="text"/>	Actions américaines / DAQ	<input type="text"/>	Compte Croissance	<input type="text"/>	Actions canadiennes (Leon Frazer)	<input type="text"/>	Actions mondiales (Templeton)	<input type="text"/>	Étoile du Nord ^{MD} (Fidelity)	<input type="text"/>
Fixe* 3 ans	<input type="text"/>					Compte Audacieux	<input type="text"/>	Actions canadiennes à petite cap. (Fidelity)	<input type="text"/>	Diversifié (Fidelity)	<input type="text"/>	Marchés émergents (Mackenzie Cundill)	<input type="text"/>
Fixe* 4 ans	<input type="text"/>							Actions américaines (McLean Budden)	<input type="text"/>	Diversifié (IA)	<input type="text"/>	Obligations canadiennes (IA)	<input type="text"/>
Fixe* 5 ans	<input type="text"/>							Actions européennes (Fidelity)	<input type="text"/>	Diversifié mondial (Catapult)	<input type="text"/>	Soins de santé mondiaux (Renaissance)	<input type="text"/>
Fixe* 10 ans	<input type="text"/>												
Autres		%		%		%		%		%		%	
		DIA DDA		DIA DDA		DIA DDA		DIA DDA		DIA DDA		DIA DDA	

L'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. se réserve le droit de rembourser les dépôts à leur valeur marchande si le contrat est refusé par le client.

* Les comptes à intérêt garanti fixe de 2 ans à 10 ans ne sont pas offerts dans le fonds transitoire. Pour le fonds transitoire, ces comptes sont remplacés par le compte à intérêt garanti fixe 1 an.

** Disponible avec l'option de boni frais minimums seulement.

3 Contrat d'assurance maladie grave

TRANSITION

Protection en cas de maladie grave à primes garanties

Si aucun examen paramédical ou entrevue téléphonique n'est requis, remplir le questionnaire Q4.

T10 R & T \$
 T75 \$
 T100 \$ Option 10 Option 20

- Avenant de prestation majorée
 Remboursement des primes au décès
 Remboursement flexible de primes => Si le Transition T100 sans option est choisi, veuillez indiquer la période de remboursement de primes choisie.
 15 ans 20 ans 25 ans

Transition Enfant \$ Remplir un formulaire d'ajout de protection (F3) et le questionnaire Q4, pour chaque enfant à assurer.

Pour le contractant (Remplir des déclarations d'assurabilité.) EPIC

TRANSITION Évolution T100

Protection en cas de maladie grave à primes non garanties

\$ Si aucun examen paramédical ou entrevue téléphonique n'est requis, remplir le questionnaire Q4.

Avenant et garantie

- Transition Enfant – Évolution
 \$ Remplir un formulaire d'ajout de protection (formulaire F3) pour chaque enfant ainsi que le questionnaire Q4.
 Avenant de prestation majorée

Pour le contractant (Remplir des déclarations d'assurabilité.)

EPIC à vie

Pour Transition Évolution, fournir une illustration signée par le client et complète, comprenant toutes les pages.

PROTECTION DEMANDÉE (SUITE)

4 Assurance traditionnelle

Protection vie entière

V10 \$V15 Ultra \$V20 \$V65 \$V100 \$T100 \$Vie et Sérénité 65 \$

Veuillez remplir le questionnaire de présélection Q9.

Duo Vie et Santé – Enfant

 \$

Si aucun examen paramédical ou entrevue téléphonique n'est requis, remplir le questionnaire Q4.

Protection vie temporaire

T10 R & T \$T20 R & T \$Multiterme \$Terme

Entre 10 et 40 ans

Choisir une option :

- Uniforme
 Décroissant 50 %
 Décroissant 0 % (pour les termes de 31 à 40 ans seulement)

Avenant maladie grave

T10 R & T \$T75 \$T100 \$

Si aucun examen paramédical ou entrevue téléphonique n'est requis, remplir le questionnaire Q4.

Avenant crédit invalidité (Veuillez remplir le questionnaire sur l'invalidité à la section 8.) (Si aucun examen paramédical ou entrevue téléphonique n'est requis, remplir le questionnaire Q6.)

Besoin d'assurance

 \$ /mois

Tel que déterminé par l'analyse de besoin d'assurance crédit

Prestation choisie

 \$ /mois

Min. 300 \$, max. 3 500 \$ sans excéder 1,5 % de la protection vie

Durée de la prestation

- 2 ans
 5 ans
 jusqu'à 65 ans

Pour le contractant (Remplir des déclarations d'assurabilité.) EPIC EPDC

5 Abritation

Assurance hypothécaire

 \$

Joindre le tableau d'amortissement ou le formulaire Q8. (La période d'amortissement ne doit pas excéder 30 ans.)

- Vie
 Maladie grave (Si aucun examen paramédical ou entrevue téléphonique n'est requis, remplir le questionnaire Q4.)
 Invalidité 100 %* Invalidité 50 %*
(Veuillez remplir le questionnaire sur l'invalidité à la section 8.)
(Si un examen paramédical ou une entrevue téléphonique n'est pas requis, remplir le questionnaire Q6.)

 2 ans ou jusqu'à la fin de prêt hypothécaire (maximum 65 ans) Garantie d'assurabilité hypothécaire (GAH) (La GAH doit être souscrite par tous les assurés.)

Pour le contractant (Remplir des déclarations d'assurabilité.)

 EPIC * Prestation maximale de 5 000 \$ par mois

6 Revenu d'appoint (RA)

(offert uniquement en avenant dans un contrat d'assurance vie ou de maladie grave) Veuillez remplir le questionnaire sur l'invalidité à la section 8.

- a) Prestation demandée
- Montant de la prestation RA \$ /mois (min. 100 \$, max. 2 000 \$ sans excéder la prestation admissible, section b)) Si aucun examen paramédical ou entrevue téléphonique n'est requis, remplir le questionnaire Q6.
 - Type de protection Accident et maladie
 Accident seulement => Aucune prestation n'est payable pour une invalidité en cas de maladie.
 - Durée de la prestation 2 ans
 Jusqu'à 65 ans

b) Prestation admissible

Revenus d'emploi ou revenus nets d'entreprise et de profession

- Selon votre déclaration de revenus;
- Revenus avant impôts (moins les frais d'exploitation de l'entreprise, s'il y a lieu);
- Ils comprennent les bonis s'ils sont versés sur une base régulière. Ils excluent les revenus d'intérêts, de loyer, les gains de capitaux, les rentes de retraite ou tout autre revenu qui serait versé, que l'assuré soit invalide ou non.

Revenus d'emploi mensuels ou revenus nets d'entreprise et de profession

Montant mensuel d'assurance invalidité collective déjà en vigueur

Prestation admissible

 \$ /mois X 70 % = \$ /mois - \$ /mois = \$ /mois

Une preuve de revenus sera exigée lors d'une éventuelle réclamation. Nous vous suggérons de joindre une preuve de revenus (déclaration de revenus) avec la proposition.

7 Autres garanties

DA \$Module Enfant \$ Fracture Soins paramédicaux en cas d'accidentDMA \$Module Enfant PLUS \$Hospitalisation \$GA \$Maladie grave Enfant \$Hospitalisation et soins à domicile \$

(Assurance traditionnelle et Genesis)

Pour chaque enfant assuré, remplir un formulaire d'ajout de protection (F3) et, si la protection maladie grave est requise, le questionnaire Q4.

N° de proposition

Nom de l'assuré

Prénom de l'assuré

DÉCLARATIONS D'ASSURABILITÉ

Personne à assurer
Facultatif si examen paramédical ou entrevue téléphonique

Contractant
EPIC, EPDC, CIC, CDC

	Oui	Non	Oui	Non	Pour toute réponse affirmative, indiquer les détails ci-dessous en précisant le nom de la personne concernée.
1 Avez-vous, au cours des cinq dernières années, consulté un médecin, un chiropraticien ou autre praticien, subi un examen médical ou été traité dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement? Si oui, donner les détails et répondre à la question 2. Décrire la raison et inclure l'histoire antérieure ayant motivé les consultations Noms, adresses et numéros de téléphone des médecins ou des hôpitaux consultés à la question 2. Dates des consultations (fréquence)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2 a) examen de contrôle ou suivi d'un problème de santé (nature du problème, date du diagnostic, date du dernier contrôle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b) hospitalisations (durée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c) traitements reçus (nature et durée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
d) médicaments prescrits (nom, dose, durée et date d'arrêt)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
e) <input type="checkbox"/> examen de diagnostic <input type="checkbox"/> électrocardiogramme <input type="checkbox"/> radiographie <input type="checkbox"/> examens sanguins (nature, date et résultats) <input type="checkbox"/> autres (Spécifier.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
f) examens futurs recommandés (nature et date)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
g) invalidité ou absence au travail (causes, date et durée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3 Avez-vous consulté ou été traité pour des douleurs ou de l'inconfort au dos, au cou ou aux articulations (fréquence, date, causes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4 Avez-vous eu un résultat positif à un test de dépistage du SIDA ou pour l'hépatite B ou C? (Spécifier.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5 Présentez-vous des anomalies physiques ou mentales? (Spécifier.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6 Prenez-vous des médicaments prescrits par un médecin? (raison, dose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7 Un membre de votre famille (père, mère, frère, sœur) souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de diabète, de maladie du cœur, de cancer ou de toute autre maladie héréditaire? (Fournir l'âge au diagnostic, l'âge actuel si vivant ou l'âge au décès.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8 Avez-vous été exposé au virus du SIDA, de l'hépatite B ou de l'hépatite C?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9 a) Votre médecin vous a-t-il recommandé une diète? b) Avez-vous subi une variation de poids de plus de 10 % depuis un an? (Si oui, spécifier le gain ou la perte et la raison.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10 Avez-vous déjà fait ou avez-vous l'intention de faire des envolées aériennes autrement que comme passager? (Si oui, remplir le questionnaire d'aviation Q1.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11 Avez-vous, au cours des deux dernières années, pratiqué un sport dangereux tel que la plongée sous-marine, le parachutisme, le saut en chute libre, l'alpinisme, le deltaplane, le vol à voile, le cerf-volant, la course d'automobiles ou de motos, de moto-cross, etc.? (Si oui, remplir le questionnaire de sports dangereux Q1.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12 Au cours des deux prochaines années, avez-vous l'intention de voyager ou de résider plus de deux mois au total hors du Canada ou des États-Unis? (Si oui, remplir le questionnaire de résidence à l'étranger Q1.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13 Au cours des trois dernières années : (Si l'une des réponses est oui, remplir le questionnaire de conduite automobile Q1.) a) avez-vous été trouvé coupable de cinq infractions ou plus au Code de la route? b) vous a-t-on suspendu ou retiré votre permis de conduire? (si oui, raisons) c) avez-vous été arrêté pour conduite avec facultés affaiblies? (si oui, dates)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14 Avez-vous, au cours des dix dernières années, fait usage de drogues, de stéroïdes ou de stupéfiants? (Si oui, remplir le questionnaire de drogues Q1.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15 Faites-vous ou avez-vous déjà fait usage de boissons alcoolisées? Si oui, répondre aux questions suivantes : (1 consommation = 1 verre de vin = 1 bouteille de bière = 1 once d'alcool)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
a) nombre de consommations actuel et fréquence :	<input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> sem. <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ann.		<input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> sem. <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ann.		_____
b) s'il y a eu diminution de consommation, inscrire le nombre de consommations et la fréquence avant la diminution : (Spécifier la date et la raison.)	<input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> sem. <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ann.		<input type="checkbox"/> jour <input type="checkbox"/> sem. <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> ann.		_____
c) traitements pour usage d'alcool? (dates et nom du médecin ou établissement)	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____
d) membre d'un groupe d'appui (tel que les Alcooliques anonymes)?	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		_____
16 Taille et poids	<input type="checkbox"/> pi <input type="checkbox"/> cm <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg <input type="text"/>		_____

SIGNATURES ET AUTORISATIONS

Nous, la personne à assurer et le contractant, déclarons que toutes les réponses et les explications données dans cette proposition ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, de même qu'à l'occasion de toute entrevue téléphonique ou autre relative aux déclarations d'assurabilité, sont complètes et véridiques.

Nous convenons que l'assurance prend effet dès l'acceptation par l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. de la proposition pour autant que cette dernière ait été acceptée sans modifications, 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 que les déclarations d'assurabilité pourront être remplies à l'occasion d'une entrevue téléphonique ou autre, laquelle pourra être enregistrée, et que l'acceptation par l'Industrielle Alliance de la proposition reposera notamment sur ces déclarations.

Nous autorisons tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation ainsi que tout organisme public détenant des renseignements personnels à notre sujet, notamment des renseignements médicaux, et tout organisme public ou privé détenant des renseignements médicaux ou relatifs à notre santé à fournir ces renseignements à l'Industrielle Alliance et à ses réassureurs, pour l'évaluation du risque ou l'enquête nécessaire à l'étude de toute demande de règlement.

Une photocopie de la présente autorisation ou du présent consentement a la même valeur que l'original.

Nous autorisons également notre assureur, ou ses réassureurs, à échanger avec ses filiales, ses fournisseurs de services de tarification et d'autres assureurs, ou institutions financières, les renseignements personnels obtenus aux fins de l'étude de la présente proposition et à faire enquête auprès d'eux pour l'évaluation du risque ou lors d'une demande de règlement, ou à échanger avec un organisme offrant de l'assistance médicale des renseignements personnels à des fins pertinentes eu égard à la couverture d'assurance en cas de maladie grave.

Nous autorisons également l'Industrielle Alliance à expédier tous résultats anormaux de tests à notre médecin personnel.

En cas de décès ou d'incapacité, le bénéficiaire, l'héritier, le liquidateur de ma succession ou le curateur, est expressément autorisé à fournir à l'Industrielle Alliance, sur demande, tous les renseignements et les autorisations nécessaires à l'étude de la demande de règlement de décès ou d'invalidité et à l'obtention des justifications requises.

Nous reconnaissons avoir lu l'entente de protection provisoire en cas de décès ou de maladie grave et en avoir compris le contenu.

En apposant sa signature ci-dessous, le représentant confirme qu'il a fourni au contractant un avis de divulgation lequel l'informe de la ou des compagnies qu'il représente et de son lien avec ces compagnies, qu'il reçoit une rémunération (une commission) pour la vente de ce produit d'assurance et qu'il peut recevoir d'autre forme de rémunération comme des bonis, des invitations à des conférences ou d'autres incitatifs et l'avis de tout intérêt financier qu'il peut avoir en regard de la présente transaction.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ | 20

Personne à assurer (si âgée de 15 ans et plus) Contractant(s) Représentant

ENTENTE DE PRÉLÈVEMENTS AUTORISÉS PAR CHÈQUE (PAC)

Dans la présente entente de PAC, « je » se rapporte à chaque titulaire du compte, qui déclare ce qui suit en ce qui le concerne.

- J'autorise l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc. (la Compagnie) et l'institution financière désignée (ou toute autre institution financière que je peux autoriser en tout temps) à commencer à effectuer des déductions conformément à mes directives au titre des versements périodiques réguliers et des versements ponctuels occasionnels, le cas échéant, pour le paiement de toutes les primes, de tous les dépôts, de tous les versements et de tous les frais découlant du contrat mentionné aux présentes. Les versements réguliers seront prélevés du compte que j'ai indiqué, à la date et à la fréquence que j'ai choisies, tandis que les versements ponctuels occasionnels pourront être prélevés de mon compte à toute autre date.
- Je conviens que, aux fins de la présente entente de PAC, tous les PAC de mon compte seront traités comme des PAC personnels ou des PAC d'entreprise*, selon le choix effectué ci-dessous.
- **Je renonce au droit de recevoir un préavis m'informant d'une hausse ou d'une baisse du montant à être débité ou d'une modification de la date ou de la fréquence des versements.**
- Je reconnais que la Compagnie n'est pas tenue de me transmettre un avis écrit si un changement au montant du PAC est effectué à ma demande.
- Si un PAC est refusé pour quelque raison que ce soit, notamment pour provision insuffisante (NSF), opposition au paiement ou fermeture de compte, la Compagnie est autorisée à présenter le paiement de nouveau. **Les frais assumés par la Compagnie en raison d'un PAC refusé seront ajoutés au PAC suivant.**
- Je peux annuler ou modifier la présente entente de PAC en tout temps, sous réserve d'un avis écrit à la Compagnie de trente (30) jours. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou d'autres renseignements sur mon droit d'annulation de l'entente de PAC, je devrai communiquer avec mon institution financière ou visiter le site www.cdnpay.ca concernant la Règle H1 – Débits autorisés (DPA).
- Toute annulation de la présente entente de PAC n'aura aucun effet sur mon ou mes contrats d'assurance ou de services financiers du moment que le paiement est effectué d'une autre façon.
- **La Compagnie ne peut céder la présente entente de PAC sans m'avoir fourni, à tout moment avant le prochain PAC, un avis écrit de la cession.**
- J'ai certains droits de recours si des PAC ne sont pas conformes à la présente entente de PAC. Par exemple, j'ai le droit d'obtenir le remboursement des PAC qui ne sont pas autorisés aux termes de la présente entente de PAC ou ne sont pas conformes à celle-ci. Pour obtenir des renseignements supplémentaires relativement à mes droits de recours, je devrai communiquer avec mon institution financière ou visiter le site www.cdnpay.ca.

* Un PAC d'entreprise signifie un PAC pour le paiement de biens ou de services liés à une activité commerciale du payeur.

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom du ou des propriétaires : _____

N° de contrat : _____

1. Participez-vous déjà au mode PAC?

Non → (Remplir les points 3 et 4 et signer.) Oui → (Remplir les points 2 et 4 et signer.)

À L'USAGE DU SIÈGE SOCIAL

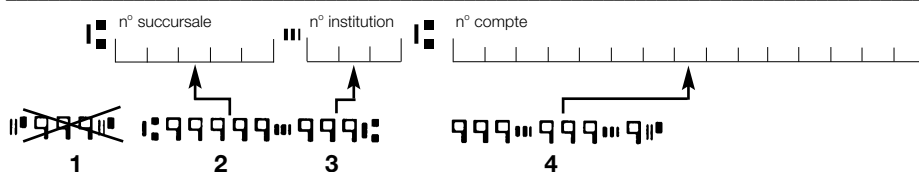
2. N° d'autorisation⁽¹⁾

⁽¹⁾ Les signataires autorisés doivent toujours être les mêmes que ceux qui ont autorisé la transaction originale pour laquelle un numéro d'autorisation a été attribué.

3. Renseignements bancaires – Joindre un spécimen de chèque; si un spécimen de chèque est joint, ne pas fournir les renseignements bancaires demandés.

Nom de l'institution financière : _____

Nom du ou des titulaires du compte : _____



- 1 Ceci est le numéro du chèque (n'inscrivez pas ce numéro).
- 2 Ceci est le numéro de la succursale (5 chiffres).
- 3 Ceci est le numéro de l'institution financière (3 chiffres).
- 4 Ceci est le numéro de compte. Le format peut varier selon l'institution financière. Indiquer tous les chiffres et seulement les chiffres.

4. Entente de prélèvement : Variable

Catégorie de PAC : Personnel Entreprise (Si aucune case n'est cochée, la catégorie de PAC sera considérée comme « Personnel ».)

À compter du

A	A	A	A	M	M	J	J

(Du 1^{er} au 28; si aucune date n'est spécifiée, les PAC débiteront à la date de signature de cette entente de PAC.)

Jour du prélèvement : Même que celui du PAC existant
 Jour : _____ (du 1^{er} au 28)

Montant du PAC : Prime minimale du contrat

Signature (Pour un compte conjoint, tous les signataires requis doivent signer la présente entente de PAC. Pour une entreprise, le formulaire doit être signé par une personne autorisée. Veuillez joindre une copie de la résolution de l'entreprise désignant les signataires autorisés.)

Date :

A	A	A	A	M	M	J	J

X _____
Signature du titulaire du compte

Date :

A	A	A	A	M	M	J	J

X _____
Signature des autres titulaires du compte (s'il y a lieu)

Coordonnées et information :

Québec : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
 Service à la clientèle
 1080, Grande Allée Ouest
 C. P. 1907, succursale Terminus
 Québec (Québec) G1K 7M3
 Téléphone : 418 684-5000
 Sans frais : 1 800 463-6236
 Télécopieur : 418 684-5208
 Courriel : clientele@inalco.com

Toronto : Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
 Service à la clientèle
 522, avenue University
 Toronto (Ontario) M5G 1Y7
 Téléphone : 416 585-8862
 Sans frais : 1 800 242-9751
 Télécopieur : 416 204-4777
 Courriel : iat-clientservices@inalco.com

AUTORISATION

Nous autorisons tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation ainsi que tout organisme public détenant des renseignements personnels sur nous-mêmes ou notre famille, notamment des renseignements médicaux, et tout organisme public ou privé détenant des renseignements médicaux ou relatifs à notre santé à fournir ces renseignements à l'Industrielle Alliance et à ses réassureurs, pour l'évaluation du risque ou l'enquête nécessaire à l'étude de toute demande de règlement.

Une photocopie de cette autorisation aura la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ | 20 _____

Personne à assurer _____ Témoin _____
| X _____ | X _____

Nous autorisons tout professionnel de la santé ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation ainsi que tout organisme public détenant des renseignements personnels sur nous-mêmes ou notre famille, notamment des renseignements médicaux, et tout organisme public ou privé détenant des renseignements médicaux ou relatifs à notre santé à fournir ces renseignements à l'Industrielle Alliance et à ses réassureurs, pour l'évaluation du risque ou l'enquête nécessaire à l'étude de toute demande de règlement.

Une photocopie de cette autorisation aura la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ | 20 _____

Personne à assurer _____ Témoin _____
| X _____ | X _____



N° de proposition

ENTENTE DE PROTECTION PROVISOIRE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MALADIE GRAVE (Ne s'applique pas aux personnes âgées de moins de 15 jours ou de plus de 71 ans.)

La protection provisoire s'applique selon les conditions décrites ci-dessous à chacune des personnes à assurer dont le nom paraît sur la proposition portant le même numéro que cette entente.

La Compagnie offre une protection d'assurance dès la date de signature de la proposition portant le même numéro que cette entente, lorsqu'une somme équivalente à 1/12 de la prime annuelle est payée avec la proposition, y compris notamment tout paiement par l'adhésion au PAC. La somme perçue sera appliquée au contrat à la date d'émission du contrat.

Les protections d'assurance vie, de décès accidentel, de fracture accidentelle ou de maladie grave souscrites dans la proposition sont payables selon les conditions et les exclusions du contrat souscrit et les conditions et exclusions décrites ci-dessous.

CAPITAL ASSURÉ MAXIMAL

Le capital assuré maximal, pour toutes les protections **provisoires** en vigueur pour l'ensemble des propositions signées pour la même personne à assurer, est de 500 000 \$ y compris les garanties de décès accidentel.

Remplacement de contrat

Si l'assurance demandée remplace un contrat de la Compagnie dont le capital assuré est inférieur au capital assuré demandé, le capital assuré de la protection provisoire est la différence entre le capital assuré demandé dans la proposition et le capital assuré du contrat remplacé.

Si l'assurance demandée remplace un contrat de la Compagnie dont le capital assuré est supérieur ou égal au capital assuré demandé, aucun capital assuré n'est payable en vertu de la protection provisoire.

CONDITIONS ET EXCLUSIONS SPÉCIFIQUES

Cette entente n'inclut pas les garanties d'invalidité, d'hospitalisation et de soins paramédicaux et les changements d'assurabilité survenus avant la date d'acceptation de la proposition autrement que si le décès est survenu ou qu'une maladie grave a été diagnostiquée.

- La protection provisoire est nulle dans l'un ou l'autre des cas suivants :
- si, au moment de signer la proposition, la personne à assurer avait consulté ou été traitée pour la maladie qui a causé son décès ou qui a amené le diagnostic de maladie grave;
 - si la personne à assurer a consulté un médecin dans les 30 jours précédant la date de signature de la proposition pour une raison autre que pour une grossesse;

- s'il y a des déclarations inexactes ou incomplètes sur la proposition ou le rapport de l'examen médical ou dans tout autre document ou procédé par lequel des déclarations sont produites et que si des déclarations exactes avaient été faites, la proposition n'aurait pas été acceptée comme demandée;
- si la personne à assurer est âgée de moins de 15 jours ou de plus de 71 ans au plus proche anniversaire de naissance à la date de signature de la proposition;
- **spécifiquement pour la protection de décès**, si la personne à assurer se donne la mort, ou décède :
 - en se préparant à commettre ou en commettant un acte criminel;
 - après avoir consommé de la drogue ou des médicaments autrement que tels que prescrits par un médecin;
 - en conduisant un véhicule alors que son alcoolémie dépasse 80 milligrammes par 100 millilitres de sang;
- **spécifiquement pour la protection de maladie grave**, si la personne à assurer a déjà souffert d'une maladie grave couverte ou que le diagnostic de maladie grave est le cancer ou qu'elle s'inflige des blessures ou qu'elle ne survit pas 30 jours après la date du diagnostic.

La prestation de décès pour le contrat Abritation n'est pas payable si la prestation de maladie grave est payable.

FIN DE L'ENTENTE DE PROTECTION PROVISOIRE

L'entente de protection provisoire prend fin à la date du premier des événements suivants :

- L'acceptation de la proposition sans modification;
- 45 jours après que la proposition a été acceptée avec une modification telle que changement de classe, surprime, changement de taux ou de montant d'assurance;
- L'acceptation par le contractant du contrat d'assurance émis avec modification;
- Le refus de la proposition par la Compagnie, peu importe que le contractant en ait été ou non avisé;
- La demande d'annulation de la proposition par le contractant;
- Dans tous les cas, même si le délai de 45 jours ci-dessus n'est pas expiré, 90 jours après la date de signature de la proposition.

La prestation de décès et la prestation de maladie grave sont payées selon les désignations de la proposition et la prestation de fracture accidentelle est payable au contractant.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ | 20 _____

Signature du représentant
| X _____



**INDUSTRIELLE
ALLIANCE**

ASSURANCE ET SERVICES FINANCIERS INC.

PRÉAVIS DU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. Cependant, l'Industrielle Alliance et ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au Bureau de renseignements médicaux, organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie et effectuant un échange d'information au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance vie ou une assurance maladie auprès d'une autre compagnie, membre du Bureau, ou si vous lui demandez des prestations ou des indemnités, le Bureau fournira à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

AVIS

Un représentant d'une compagnie d'enquête peut communiquer avec vous afin d'obtenir des renseignements d'ordre personnel et financier. Un médecin ou le personnel d'un organisme paramédical ou d'une clinique peut vous faire subir un examen médical et/ou un prélèvement sanguin ou d'urine. L'analyse portera sur la détermination de plusieurs anomalies possibles telles que le cholestérol, le diabète, des troubles hépatiques, la présence de médicaments, de drogue, de nicotine et le dépistage du SIDA.

Avant d'effectuer un prélèvement, votre consentement écrit sera exigé.

CONSTITUTION D'UN DOSSIER ET PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans le but de pouvoir vous offrir des produits d'assurance, de rentes, de crédit ou d'autres services complémentaires qui pourraient répondre à vos besoins, l'Industrielle Alliance constituera un dossier dans lequel seront consignés les renseignements personnels qu'elle possède sur vous.

Ce dossier sera tenu confidentiel et sera gardé dans les bureaux de l'Industrielle Alliance. Seuls les employés ou les représentants qui en auront besoin pour accomplir leur travail y auront accès.

Vous aurez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante :

Sur réception d'une demande de votre part, le Bureau prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pourrez demander une rectification. Voici l'adresse du Bureau : Bureau de renseignements médicaux, 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7; téléphone : 1 866 692-6901; www.mib.com.

L'Industrielle Alliance pourra, elle aussi, communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous auriez demandé une assurance vie ou une assurance maladie, ou auxquelles vous demanderiez des prestations ou des indemnités.

AVIS DE DIVULGATION

L'opération à laquelle s'applique la présente demande concerne le contractant et l'Industrielle Alliance. Le représentant autorisé qui soumet la présente demande est un représentant de l'Industrielle Alliance qui recevra une rémunération de l'Industrielle Alliance lorsque l'opération sera complétée. La présente demande ne comporte aucune condition qui oblige le contractant à traiter d'autres affaires avec le représentant, l'Industrielle Alliance ou quelque autre organisation.

Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc.
Responsable de l'accès à l'information
1080, Grande Allée Ouest
C. P. 1907, succursale Terminus
Québec (Québec) G1K 7M3

L'Industrielle Alliance peut se constituer une liste de ses clients, pour sa propre utilisation ou celle des compagnies de son groupe, à des fins de prospection commerciale. Vous avez cependant le droit de faire rayer votre nom de cette liste en faisant parvenir une demande écrite à cet effet au responsable de l'accès à l'information à l'adresse donnée ci-dessus.

En vertu de la loi, la Compagnie est tenue de recueillir et de consigner les renseignements suivants.

1. REMPLIR CETTE SECTION (OBLIGATOIRE)

a Renseignements sur le contractant

Ces renseignements doivent être recueillis et consignés pour chaque contractant. Si une demande est présentée par plusieurs contractants, ces renseignements doivent être recueillis pour chacun d'eux.

Nom du contractant : _____ Date de naissance :

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

Adresse (non seulement un numéro de case postale) : _____

Principale profession ou entreprise (doit être précis) : _____

b Détermination des tiers

Est-ce que le contractant agit pour le compte d'un tiers ou est-ce qu'un tiers (particulier, personne morale ou autre entité) peut effectuer des transactions aux termes du contrat ou y avoir accès?

Non Oui (Dans l'affirmative, recueillez les renseignements suivants sur le tiers.)

Le tiers est : un particulier une personne morale autre type d'entité (précisez) : _____

Nom : _____ Date de naissance :

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

 Lien avec le contractant : _____

Adresse (non seulement un numéro de case postale) : _____

Principale profession ou entreprise (doit être précis) : _____

Si le tiers est une personne morale, fournissez :

Numéro d'enregistrement : _____ Lieu d'émission : _____

Je ne peux déterminer si le contractant agit pour un tiers, mais j'ai des motifs raisonnables de croire qu'un tiers participe à cette transaction. Mes motifs sont les suivants :

2. REMPLIR CETTE SECTION SI LE CONTRACTANT EST UN PARTICULIER (Voir la section 3 pour les personnes morales, les sociétés, les fiducies, etc.)

a Vérification de l'identité

Utilisez l'original d'un passeport, d'un permis de conduire ou d'une autre pièce d'identité délivrée par le gouvernement excluant le NAS :

Type de pièce d'identité : _____ Numéro de la pièce d'identité : _____

Lieu d'émission : _____ Date d'expiration :

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

b Étrangers politiquement vulnérables (Remplir si un versement forfaitaire de 100 000 \$ ou plus est effectué.)

i. Nom du payeur si différent du contractant : _____

ii. Est-ce que le contractant, le payeur ou un parent* du contractant ou du payeur occupe ou a occupé l'une des charges ou l'un des postes suivants dans un pays étranger ou pour le compte d'un pays étranger :

- | | | |
|--|--|--|
| • Chef d'État ou chef de gouvernement | • Membre du conseil exécutif d'un gouvernement ou membre d'une assemblée législative | • Dirigeant d'une société d'État ou d'une banque d'État |
| • Sous-ministre ou l'équivalent | • Ambassadeur ou attaché d'ambassadeur | • Chef d'un organisme gouvernemental |
| • Officier de rang de général ou de rang supérieur | • Juge | • Leader ou président d'un parti politique représenté dans une assemblée législative |

Non Oui Dans l'affirmative, indiquez le nom du pays, le poste, le moment où il a été occupé et, s'il y a lieu, le nom du parent et son lien de parenté avec le contractant ou le payeur :

* Un parent du contractant signifie :

- | | | |
|--------------------------------|---|----------|
| • Conjoint ou conjoint de fait | • Mère ou père du conjoint ou du conjoint de fait | • Enfant |
| • Mère ou père | • Frère, sœur, demi-frère ou demi-sœur | |

iii. Source des fonds

Si la réponse ci-dessus est « oui », veuillez alors décrire la source des fonds utilisés dans le cadre de cette transaction :

Revenu d'emploi Revenu d'entreprise Investissements Retraite Prêt Épargne Héritage Autre (précisez) _____

3. REMPLIR CETTE SECTION SI LE CONTRACTANT EST UNE PERSONNE MORALE OU UN AUTRE TYPE D'ENTITÉ

a Renseignements sur le contractant

Type d'entité : Personne morale Société Fiducie Sans but lucratif Autre (précisez) : _____

Nom, adresse et profession de toutes les personnes qui détiennent ou contrôlent, directement ou indirectement, au moins 25 pour cent des actions de la personne morale ou au moins 25 pour cent d'un autre type d'entité. (Si le représentant est dans l'incapacité d'obtenir ces renseignements, indiquez pourquoi ces renseignements n'ont pu être obtenus.) :

Si le contractant est une personne morale, veuillez obtenir :

Nom et profession de tous les administrateurs (Si le représentant est dans l'incapacité d'obtenir ces renseignements, indiquez pourquoi ces renseignements n'ont pu être obtenus.)

Si le contractant est un organisme sans but lucratif, veuillez obtenir l'information suivante :

- Est-ce que le contractant est un organisme de bienfaisance enregistré auprès de l'Agence du revenu du Canada? Oui Non
- Si la réponse est « non », est-ce que le contractant sollicite des dons de bienfaisance en argent auprès du public? Oui Non

b Vérification de l'identité

Vous devez confirmer l'existence de la personne morale ou de l'entité autre qu'une personne morale en obtenant un dossier en format imprimé ou électronique.

Si vous avez obtenu un dossier en format imprimé, veuillez le joindre. (ex. certificat de constitution, contrat de société).

Si vous avez obtenu un dossier électronique, veuillez fournir les renseignements suivants :

Numéro d'enregistrement : _____ Type de dossier : _____ Source du dossier électronique : _____

c Confirmez l'identité de la personne effectuant la transaction pour le compte de la personne morale ou d'un autre type d'entité.

Utilisez l'original d'un passeport, d'un permis de conduire ou d'une autre pièce d'identité délivrée par le gouvernement (excluant le NAS) :

Nom : _____ Date de naissance :

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

Adresse (non seulement un numéro de case postale) : _____

Type de pièce d'identité : _____ Numéro de la pièce d'identité : _____

Lieu d'émission : _____ Date d'expiration :

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

d Joignez une copie du document autorisant cet individu à effectuer cette transaction pour le compte du contractant.

4. CONFIRMATION DU REPRÉSENTANT D'ASSURANCE VIE – CETTE CONFIRMATION DOIT ÊTRE SIGNÉE ET DATÉE PAR LE REPRÉSENTANT.

- Conformément à la Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes et aux règlements, je confirme que j'ai vérifié l'identité du contractant en examinant ses pièces d'identité et que j'ai pris les mesures raisonnables pour déterminer si le contractant agit pour le compte d'un tiers.
- Lors d'un versement forfaitaire d'une somme de 100 000 \$ ou plus payable au titre d'une police d'assurance vie universelle, je confirme que j'ai pris les mesures raisonnables pour déterminer si le contractant ou le payeur est un étranger politiquement vulnérable.

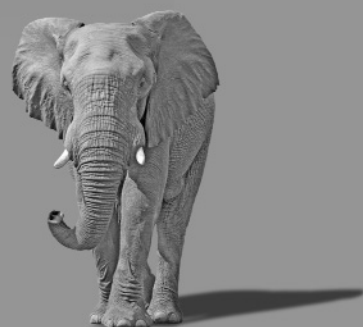
Nom du représentant _____ Code du représentant _____ U.S. _____

Nom de l'agence _____ Code d'agence _____

Signature du représentant _____ Date (JJ-MM-AAAA) _____

PROPOSITION

**ASSURANCE VIE
ET MALADIE GRAVE**



L'éléphant,
symbole de nos 100 ans
de force et de solidité.