

Plan de protection du Canada^{MC}

Formulaire de proposition d'assurance vie



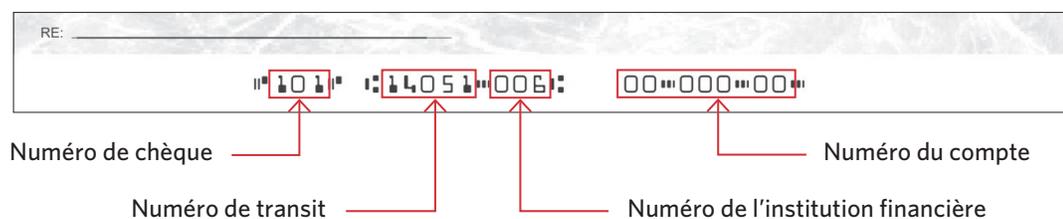
Distribué par



Liste de vérification de la proposition

Pour garantir un service prioritaire :

- 1 | Assurez-vous de répondre à toutes les questions applicables avant de soumettre votre proposition. Écrivez lisiblement en majuscules et à l'encre noire. N'utilisez pas le terme « idem ». Ne rayez aucune question ni réponse. Ne faites pas de ratures et n'utilisez pas de liquide correcteur. Si vous corrigez une erreur, la correction doit être parafée par chaque personne qui signe la proposition.
- 2 | Joignez une illustration à chaque proposition soumise.
- 3 | Soumettez les formulaires de divulgation en cas de remplacement d'une assurance vie existante.
- 4 | Notez que la prime initiale sera appliquée à la date de la police, qui est aussi sa date d'émission.
- 5 | Si la modalité de paiement est annuelle, assurez-vous de payer la prime initiale avec la proposition d'assurance. Les propositions CR ne sont PAS autorisées.
 - Si la prime initiale est payée par chèque, veuillez inclure un chèque en date du jour à l'ordre de Foresters, compagnie d'assurance vie, portant la même date que celle de la proposition.
 - Si la prime initiale est payée par carte de crédit, la fréquence des paiements de la prime doit être annuelle.
- 6 | Si le paiement des primes est effectué par prélèvement automatique mensuel, joignez un chèque annulé ou indiquez les informations bancaires à la page 8 (voir la formule de chèque ci-dessous). Pour les primes mensuelles par prélèvement automatique, vous ne versez pas de prime le premier mois.



- 7 | Chaque conseiller DOIT détenir un permis valide et une assurance erreurs et omissions (E&O) dans son dossier à Plan de protection du Canada, ou les copies doivent être jointes à cette proposition.
- 8 | Prévenez votre client qu'il peut recevoir un appel de vérification de l'assureur pour vérifier les renseignements figurant sur la proposition.

Régimes d'assurance offerts

- 1** Les maximums indiqués se rapportent à une couverture combinée au titre des polices Vie et Temporaire de la même catégorie d'assurance.
- 2** Le minimum est de 50 000 \$ pour l'assurance Temporaire Préférentielle ou son avenant, ou l'avenant de l'assurance Élite Temporaire Préférentielle, et de 500 000 \$ pour l'assurance Élite Temporaire Préférentielle.

Assurance de base	Âge à l'émission	Minimum	Maximum
Vie Acceptation Garantie	18 — 60 ans	10 000 \$	50 000 \$
	61 — 75 ans	5 000 \$	50 000 \$
Vie Différée	18 — 60 ans	10 000 \$	75 000 \$
	61 — 80 ans	5 000 \$	50 000 \$
Vie Élite Différée	18 — 60 ans	10 000 \$	350 000 \$ ¹
	61 — 80 ans	5 000 \$	350 000 \$ ¹
Vie Élite Simplifiée	18 — 60 ans	10 000 \$	500 000 \$ ¹
	61 — 80 ans	5 000 \$	350 000 \$ ¹
Vie Préférentielle	18 — 80 ans	50 000 \$	1 000 000 \$ ¹
Vie Élite Préférentielle	18 — 80 ans	500 000 \$	1 000 000 \$ ¹
T100 (offerte en tant qu'assurances Élite Différée, Élite Simplifiée, Préférentielle et Élite Préférentielle)	18 — 80 ans	25 000 \$ ²	Le maximum dépend de l'âge et de l'assurance — voir ci-dessus
Assurance de base ou avenant (offerte en tant qu'assurances Élite Différée, Élite Simplifiée, Préférentielle et Élite Préférentielle)			
Temporaire 10 ans	18 — 70 ans	25 000 \$ ²	Le maximum dépend de l'âge et de l'assurance — voir ci-dessus
Temporaire 20 ans	18 — 60 ans	25 000 \$ ²	
Temporaire 25 ans	18 — 55 ans	25 000 \$ ²	
Temporaire à capital décroissant de 25 ans	18 — 60 ans	25 000 \$ ²	
Avenant seulement			
Prestation de décès accidentel	18 — 65 ans	Le moindre montant, entre une fois la couverture et 10 000 \$	Le moindre montant, entre cinq fois la couverture et 250 000 \$
Prestation temporaire pour enfants	18 — 60 ans (parent)	5 000 \$, 10 000 \$ ou 15 000 \$	
Prestation hospitalière	18 — 65 ans	25 \$/jour, 50 \$/jour ou 100 \$/jour	

ASSURÉ

Dans cette proposition, « assuré » signifie la personne que l'on se propose d'assurer.

1 Doit être un citoyen canadien, être un résident permanent ou détenir un permis valide de travail ou d'études pour soumettre une proposition.

Le maximum pour un assure détenant un permis de travail ou d'études est de 250 000 \$.

2 NAS exigé seulement si l'assuré est le propriétaire de la police et soumet une proposition d'assurance vie permanente (excluant T100).

Nom Prénom Second prénom Nom				Homme Femme	
Date de naissance JJ/MM/AA	Pays de naissance	Citoyen canadien ¹ Résident permanent ¹ Permis de travail/Permis d'études ¹	Téléphone Principal Travail/autre		
Adresse Nom de rue et numéro Numéro d'appartement			Meilleure date et meilleur moment pour appeler aux fins de la vérification (soyez précis) : Date Heure		
Ville/municipalité Province/territoire Code postal		Profession			
Numéro d'assurance sociale ² Courriel (facultatif)		Êtes-vous membre de Foresters? Oui Non, demande d'adhésion			
Permis de conduire (ou pièce d'identité délivrée par le gouvernement avec photo, numéro d'identité et type) Numéro (et type) Province/territoire de délivrance Date d'expiration (JJ/MM/AA)					

PROPRIÉTAIRE

Remplir les détails sur le propriétaire seulement s'il ne s'agit pas de l'assuré.

3 Si le propriétaire est une société commerciale, la signature doit être accompagnée du nom de l'entreprise et du titre du signataire autorisé OU du sceau de l'entreprise.

4 NAS exigé seulement dans le cas d'une proposition d'assurance vie permanente (excluant T100).

Le propriétaire est : L'assuré Une autre personne — remplissez cette section		Nom complet ou dénomination sociale de la société/de l'entité ³			
Adresse Nom de rue et numéro Numéro d'appartement			Téléphone Principal Travail/autre		
Ville/municipalité Province/territoire Code postal					
Lien avec l'assuré		Courriel (facultatif)			
Permis de conduire (ou pièce d'identité délivrée par le gouvernement avec photo, numéro d'identité et type) Numéro (et type) Province/territoire de délivrance Date d'expiration (JJ/MM/AA)			Numéro d'assurance sociale ⁴		

PROPRIÉTAIRE SUBROGÉ

Nom complet ou dénomination sociale de la société/de l'entité	Lien avec le propriétaire
---	---------------------------------

BÉNÉFICIAIRE

Le total des parts doit être égal à 100 % pour les premiers bénéficiaires et à 100 % pour les bénéficiaires subsidiaires.

! Important : Chaque bénéficiaire est révocable à moins d'indication contraire. Cependant, au Québec, la désignation du conjoint de droit du propriétaire est irrévocable, à moins qu'il ne soit indiqué expressément que cette désignation est révocable.

Nom du bénéficiaire	Lien avec l'assuré (ou avec le propriétaire au Québec)	Date de naissance JJ / MM / AA	% de parts	Révocable (R) Irrévocable (I)	Premier (P) Subsidaire (S)
				R I	P S
				R I	P S
				R I	P S
				R I	P S

Si le bénéficiaire est un mineur : Dans toutes les provinces sauf au Québec, un fiduciaire doit être désigné pour recevoir les fonds au nom du mineur.

Nom du fiduciaire Lien avec le propriétaire

Au Québec, le capital payable à un mineur sera versé aux parents (ou au tuteur légal, le cas échéant).

PAYEUR

Remplir les détails seulement s'il ne s'agit pas de l'assuré ou du propriétaire.

Le payeur est : L'assuré Le propriétaire Autre — remplissez cette section	Lien avec l'assuré				
Nom complet	Date de naissance JJ / MM / AA				
Adresse Nom de rue et numéro Numéro d'appartement		Ville/municipalité Province/territoire		Code postal	

À remplir seulement dans le cas d'une proposition d'assurance vie permanente (excluant T100).

Êtes-vous un résident des États-Unis à des fins fiscales, ou un citoyen américain, et/ou résident fiscal d'un autre pays ? Oui Non

Si OUI, fournissez et/ou et
 Votre numéro d'identification fiscale américain Nom du (des) pays Numéro(s) d'identification fiscale

03 Questionnaire d'admissibilité

Pour toutes les questions relatives à l'admissibilité, « vous » et « votre » font référence à l'assuré.

Répondez à ces questions pour toutes les propositions. Passez ensuite à la section suivante.

1 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé une substance ou un produit (sous toutes leurs formes) qui contient du tabac ou de la nicotine (excluant les cigares), ou avez-vous fumé de la marijuana plus de 4 fois par semaine, y compris par vaporisateur ou cigarette électronique (vapoter)? Si OUI, taux fumeur applicable. Oui Non

2 | Les primes seront-elles arrêtées, ou une couverture d'assurance vie ou une rente en vigueur sera-t-elle réduite ou interrompue si l'assurance faisant l'objet de cette proposition est accordée? Oui Non
 Si OUI, indiquez l'assureur, le montant et le type d'assurance et remplissez l'énoncé de comparaison ou la déclaration de remplacement d'assurance vie qui convient dans votre province.

Assureur Montant Type d'assurance

A

SANS EXIGENCE MÉDICALE

OUI

Si vous répondez OUI à l'une des questions de cette section, soumettez une proposition d'assurance

Vie Acceptation Garantie

Maximum de 50 000 \$

NON

Si vous répondez NON à TOUTES les questions, passez à la section B

1 | Êtes-vous actuellement incapable de mener, par vous-même, deux ou plus des activités courantes de la vie quotidienne comme se lever, marcher, se laver, s'habiller ou se nourrir? Oui Non

2 | Êtes-vous actuellement résident d'un établissement de soins de longue durée, d'une maison de soins infirmiers, d'un établissement de soins infirmiers ou d'une résidence pour personnes âgées? Oui Non

3 | Avez-vous besoin d'une greffe d'organe, êtes-vous sur une liste d'attente pour une greffe d'organe ou êtes-vous le bénéficiaire d'une greffe d'organe (excluant les greffes cornéennes)? Oui Non

4 | Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été hospitalisé pendant plus de 48 heures (sauf dans le cas d'une grossesse)? Oui Non

5 | Au cours des 60 derniers jours, un médecin vous a-t-il :
 a. Révélé des résultats anormaux à des tests de diagnostic? Oui Non
 b. Conseillé de vous faire opérer ou de subir un test de diagnostic ou un test spécial, quel qu'il soit? Oui Non
 c. Conseillé de consulter un médecin ou un spécialiste, ou de visiter une institution médicale, mais qui n'a pas encore été fait? Oui Non

6 | Un médecin vous a-t-il déjà diagnostiqué une maladie potentiellement mortelle, une maladie grave ou une maladie en phase terminale, en estimant votre espérance de vie à 24 mois ou moins? Oui Non

7 | Avez-vous déjà eu, été diagnostiqué ou été traité pour le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), ou avez-vous déjà obtenu un résultat positif au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)? Oui Non

8 | Au cours des dix dernières années, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, avez-vous été traité pour ou vous a-t-on conseillé de subir des tests que vous n'avez pas encore subis pour :
 a. Un cancer métastatique ou plus d'une occurrence de cancer (excluant le carcinome basocellulaire)? Oui Non
 b. La fibrose kystique ou un trouble respiratoire chronique (excluant l'apnée du sommeil) qui nécessitait une administration continue d'oxygène? Oui Non
 c. La démence, la maladie d'Alzheimer, la dystrophie musculaire, la chorée de Huntington, ou la sclérose latérale amyotrophique (SLA)? Oui Non
 d. Une insuffisance cardiaque congestive ou la cardiomyopathie? Oui Non

9 | Avant l'âge de 40 ans, avez-vous déjà eu, avez-vous été traité pour ou vous a-t-on diagnostiqué une maladie rénale chronique, un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT), un anévrisme, une maladie coronarienne, un pontage coronarien, une angioplastie, une angine de poitrine, une insertion d'un tuteur (stent) ou une crise cardiaque? Oui Non

10 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des narcotiques ou des barbituriques (non prescrits par un médecin), de l'héroïne, des psychotropes, de la cocaïne, du crack ou des substances similaires, ou avez-vous séjourné dans une résidence pour le traitement d'alcool ou de drogues? Oui Non

A (SUITE)

11 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été reconnu coupable d'une infraction criminelle, étiez-vous en attente d'un jugement pour une infraction criminelle, avez-vous été incarcéré, avez-vous reçu une libération conditionnelle ou existe-t-il des accusations criminelles en instance à votre égard? **Oui Non**

12 | Votre poids est-il supérieur à celui qui est indiqué dans le tableau ci-dessous pour votre taille? **Oui Non**

Taille		Poids	
4'8" — 4'10"	142 — 147 cm	230 lb	104 kg
4'11" — 5'1"	148 — 155 cm	247 lb	112 kg
5'2" — 5'4"	156 — 163 cm	273 lb	124 kg
5'5" — 5'7"	164 — 170 cm	300 lb	136 kg

Taille		Poids	
5'8" — 5'10"	171 — 178 cm	328 lb	149 kg
5'11" — 6'1"	179 — 185 cm	358 lb	162 kg
6'2" — 6'4"	186 — 193 cm	389 lb	176 kg
6'5" — 6'7"	194 — 201 cm	420 lb	191 kg

B

SANS EXIGENCE MÉDICALE

OUI Si vous répondez OUI à l'une des questions de cette section, soumettez une proposition d'assurance

Vie Différée
Maximum de 75 000 \$

NON Si vous répondez NON à TOUTES les questions, passez à la section C

1 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de ou avez-vous été traité pour :

- a. Des douleurs thoraciques cardiaques (angine de poitrine), une crise cardiaque (infarctus du myocarde), une maladie coronarienne, un accident vasculaire cérébral (AVC), un pontage coronarien, une angioplastie, l'insertion d'un tuteur (stent) ou plusieurs occurrences d'accident ischémique transitoire (AIT)? **Oui Non**
- b. Des problèmes circulatoires dans les jambes et/ou les pieds (une maladie artérielle périphérique ou une maladie vasculaire périphérique)? **Oui Non**
- c. Une maladie rénale chronique, avez-vous subi ou vous a-t-on conseillé de subir une investigation pour la maladie polykystique des reins, ou si vous avez-vous des antécédents familiaux de maladie polykystique des reins et vous n'avez pas subi une investigation? **Oui Non**
- d. Une maladie du foie telle que, mais sans s'y limiter, une cirrhose ou une hépatite (excluant les hépatites A et B)? **Oui Non**
- e. Un cancer, y compris, mais sans s'y limiter, la leucémie et un lymphome (excluant le carcinome basocellulaire)? **Oui Non**

2 | Avez-vous moins de 30 ans et avez-vous reçu un diagnostic de diabète (excluant le diabète gestationnel) ou subissez-vous des tests de diabète ou de glycémie? **Oui Non**

C

SANS EXIGENCE MÉDICALE

OUI Si vous répondez OUI à l'une des questions de cette section, soumettez une proposition d'assurance

Élite Différée
Maximum de 350 000 \$

NON Si vous répondez NON à TOUTES les questions, passez à la section D

1 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de ou avez-vous été traité pour : un trouble bipolaire, la schizophrénie ou une psychose? **Oui Non**

2 | Au cours des trois dernières années, avez-vous été traité pour ou reçu un avis médical pour l'usage de drogue ou d'alcool? **Oui Non**

3 | Au cours des trois dernières années, avez-vous pris des narcotiques ou des barbituriques (non prescrits par un médecin), de l'héroïne, des psychotropes, de la cocaïne, du crack ou des substances similaires? **Oui Non**

4 | a. Si vous avez 54 ans ou moins, au cours des trois dernières années, avez-vous reçu un traitement pour, subi une opération pour ou reçu un diagnostic de : douleurs thoraciques cardiaques (angine de poitrine), crise cardiaque (infarctus du myocarde), maladie coronarienne, pontage coronarien, angioplastie, insertion d'un tuteur (stent), accident vasculaire cérébral (AVC) ou maladie respiratoire chronique (excluant l'asthme)? **Oui Non**

b. Si vous avez 55 ans ou plus, au cours des deux dernières années, avez-vous reçu un traitement pour, subi une opération pour ou reçu un diagnostic de : douleurs thoraciques cardiaques (angine de poitrine), crise cardiaque (infarctus du myocarde), maladie coronarienne, pontage coronarien, angioplastie, insertion d'un tuteur (stent), accident vasculaire cérébral (AVC) ou maladie respiratoire chronique (excluant l'asthme)? **Oui Non**

5 | Si vous avez moins de 55 ans, souffrez-vous d'un diabète diagnostiqué depuis plus de 20 ans et qui exige la prise d'insuline? **Oui Non**

6 | Souffrez-vous d'un diabète qui exige la prise d'insuline et a-t-on augmenté la dose d'insuline prescrite dans les six derniers mois? **Oui Non**

7 | Avez-vous déjà souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous été traité pour le diabète ainsi qu'un des troubles médicaux suivants : une maladie coronarienne, une maladie vasculaire périphérique, des picotements et la perte de sensation dans vos extrémités (une neuropathie), une amputation, une rétinopathie ou un accident vasculaire cérébral (AVC)? **Oui Non**

C (SUITE)

- 8** | Au cours des trois dernières années, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de ou avez-vous été traité pour :
- a. Un cancer du poumon? Oui Non
 - b. Un cancer du côlon? Oui Non
 - c. Un cancer du sein, du col de l'utérus ou de l'utérus? Oui Non
 - d. Un mélanome malin? Oui Non
 - e. La leucémie (tous les types), un lymphome ou un myélome multiple? Oui Non
- 9** | Prévoyez-vous voyager à l'extérieur de l'Amérique du Nord, des Antilles (excluant l'Haïti), du Royaume-Uni ou de l'Union européenne pendant plus de 12 semaines consécutives au cours des 12 prochains mois? Oui Non
- 10** | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perdu 10 % ou plus de votre poids sans avoir suivi intentionnellement un régime? Oui Non
- 11** | Selon votre taille, votre poids est-il hors de la fourchette de valeurs indiquée dans le tableau ci-dessous?
REMARQUE : Pour les femmes, veuillez soustraire 5 lb ou 3 kg du poids minimal indiqué pour leur taille. Oui Non

Taille		Poids		Taille		Poids	
4'8" — 4'10"	142 — 147 cm	79 — 185 lb	36 — 84 kg	5'8" — 5'10"	171 — 178 cm	115 — 260 lb	52 — 118 kg
4'11" — 5'1"	148 — 155 cm	87 — 199 lb	39 — 90 kg	5'11" — 6'1"	179 — 185 cm	125 — 282 lb	57 — 128 kg
5'2" — 5'4"	156 — 163 cm	94 — 215 lb	43 — 98 kg	6'2" — 6'4"	186 — 193 cm	139 — 305 lb	63 — 138 kg
5'5" — 5'7"	164 — 170 cm	104 — 235 lb	47 — 107 kg	6'5" — 6'7"	194 — 201 cm	149 — 333 lb	68 — 151 kg

D **SANS** EXIGENCE MÉDICALE

OUI Si vous répondez OUI à l'une des questions de cette section, soumettez une proposition d'assurance

Élite Simplifiée
 Maximum de 500 000 \$

NON Si vous répondez NON à TOUTES les questions, **passer à la section E SEULEMENT** si vous souhaitez soumettre une proposition d'assurance

Préférentielle*
Élite Préférentielle*

* Vous pourriez être admissible à l'un de ces plans sous réserve des exigences et de l'approbation du service de tarification.

- 1** | Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, avez-vous été traité pour ou faites-vous l'objet d'une investigation pour la sclérose en plaques? Oui Non
- 2** | Avez-vous souffert de ou reçu un traitement pour un cancer, y compris, mais sans s'y limiter, la leucémie et un lymphome (excluant le carcinome basocellulaire)? Oui Non
- 3** | Au cours des six derniers mois, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de diabète ou avez-vous été traité pour le diabète? Oui Non
- 4** | Au cours des trois dernières années, avez-vous été emprisonné pour une infraction criminelle, êtes-vous en libération conditionnelle ou existe-t-il à votre égard des accusations criminelles en instance autres qu'une seule infraction pour conduite avec facultés affaiblies? Oui Non
- 5** | Au cours des deux dernières années, avez-vous piloté un aéronef (à l'exclusion du pilotage d'un vol commercial régulier) ou participé à des sports dangereux, ou avez-vous l'intention de le faire au cours de la prochaine année? Oui Non
- 6** | Au cours des deux dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué, ou avez-vous commis plus de trois infractions au code de la route au cours des douze derniers mois? Oui Non

E **POURRAIT ÊTRE SOUMIS AUX EXIGENCES DE TARIFICATION**

Régimes d'assurance Préférentielle

Minimum de 50 000 \$
 Maximum de 1 000 000 \$

Notre service de tarification déterminera l'assurance à laquelle vous êtes admissible.

- 1** | Vous a-t-on déjà prescrit, pour plus de 30 jours, un médicament contre un problème médical? Oui Non
Si OUI, veuillez indiquer le nom du médicament et la nature du trouble médical pour lequel il a été prescrit.
- Détails
- 2** | Nom de votre médecin :
- Date de la dernière consultation :
- Adresse de votre médecin :
- Raison de la consultation :

F

**SOU MIS AUX
EXIGENCES DE
TARIFICATION**

**Régimes d'assurance
Élite Préférentielle**

Minimum de 500 000 \$

Maximum de 1 000 000 \$

Notre service de tarification
déterminera l'assurance à
laquelle vous êtes admissible.

1 | Quelle est votre taille et quel est votre poids actuels? **Impérial** / **Métrique** /

pd'pc"

lb

cm

kg

2 | Est-ce que deux membres ou plus de votre famille immédiate (père, mère, frères, sœurs) ont déjà souffert ou reçu un traitement ou un diagnostic de cancer, trouble cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT) avant l'âge de 60 ans? **Oui** **Non**

Si OUI, veuillez fournir des détails, y compris l'âge et la cause du décès ou le diagnostic pour chacun d'entre eux.

Détails

3 | Au cours des 24 derniers mois, avez-vous utilisé par quelque moyen que ce soit (y compris par vaporisateur ou cigarette électronique) une substance ou un produit qui contient du tabac, de la nicotine ou de la marijuana? *Si OUI, taux fumeur applicable.* **Oui** **Non**

04 Détails de la couverture

1 Maximum de deux
avenants d'assurance
temporaire

>> Les avenants ne peuvent être ajoutés que si la période de base est plus longue que la période des avenants temporaires (pas égale).

>> Les avenants pour assurance temporaire ne sont pas offerts avec les assurances Vie Acceptation Garantie, Vie Différée ni avec aucune des assurances avec paiements sur 20 ans.

2 Remplissez le questionnaire
Prestation temporaire pour
enfants de la page 6.

Non offert avec les assurances :

- >> Vie Acceptation Garantie
- >> Vie Différée

3 Non offert avec les
assurances :

- >> Vie Acceptation Garantie
- >> Vie Différée
- >> Vie Élite Différée
- >> Élite Temporaire Différée

Assurance permanente	Période de paiement des primes	Montant de l'assurance
Vie Acceptation Garantie (18-75 ans) Vie Différée (18-80 ans) Vie Élite Différée (18-80 ans) Vie Élite Simplifiée (18-80 ans) Vie Préférentielle (18-80 ans) Vie Élite Préférentielle (18-80 ans)	Payable jusqu'à l'âge de 100 ans Paiement sur 20 ans Non offert pour les assurances : >> Vie Acceptation Garantie >> Vie Différée \$
Élite T100 Différée (18-80 ans) Élite T100 Simplifiée (18-80 ans) T100 Préférentielle (18-80 ans) Élite T100 Préférentielle (18-80 ans)	Payable jusqu'à l'âge de 100 ans \$
Assurance temporaire	Période	Montant de l'assurance
Élite Temporaire Différée Élite Temporaire Simplifiée Temporaire Préférentielle Élite Temporaire Préférentielle	10 ans (18-70 ans) 20 ans (18-60 ans) 25 ans (18-55 ans) 25 ans à capital décroissant (18-60 ans) \$
Avenants facultatifs	Montant	
Temporaire 10 ans ¹ (18-70 ans) \$	
Temporaire 20 ans ¹ (18-60 ans) \$	
Temporaire 25 ans ¹ (18-55 ans) \$	
Temporaire 25 ans à capital décroissant ¹ (18-60 ans) \$	
Prestation de décès accidentel (18-65 ans) \$	
Prestation temporaire pour enfants ² (18-60 ans)	5 000 \$	10 000 \$ 15 000 \$
Prestation hospitalière ³ (18-65 ans)	25 \$/jour	50 \$/jour 100 \$/jour

QUESTIONNAIRE
D'ADMISSIBILITÉ

Identifiez chaque enfant de l'assuré âgé de moins de 18 ans.

Nom de l'enfant	Date de naissance (JJ/MM/AA)	Âge (ans)	Sexe	
			Homme	Femme

1 | L'un des enfants nommés ci-dessus a-t-il déjà reçu des soins médicaux ou chirurgicaux, reçu une ordonnance de médicaments, subi des tests ou reçu un diagnostic pour l'un des troubles médicaux suivants : cancer, leucémie, anémie aplasique, maladie cardiaque ou neurologique congénitale ou héréditaire, dysplasie broncho-pulmonaire, fibrose kystique, maladie rénale chronique, maladie de Werdnig-Hoffmann (amyotrophie spinale infantile), dystrophie musculaire, hépatite chronique, séropositivité, troubles du développement, diabète ou autisme? **Oui** **Non**

2 | Le médecin de l'un des enfants nommés ci-dessus a-t-il déjà recommandé que l'enfant consulte un spécialiste ou qu'il subisse un traitement ou un test de diagnostic, sans que ces mesures n'aient encore été prises? **Oui** **Non**

*Si vous avez répondu OUI à l'une des questions pour l'un des enfants nommés ci-dessus, veuillez indiquer le nom de l'enfant ci-dessous.
L'enfant nommé est exclu de la Prestation temporaire pour enfants.*

Nom de l'enfant

Nom de l'enfant

Nom de l'enfant

06 Détails de la prime

PLAN DE PAIEMENT

MENSUEL

Pour les primes mensuelles par prélèvement automatique (PPA), il n'y a pas de prélèvement de prime le premier mois.

ANNUEL

Pour le mode de paiement annuel, à moins que le payeur n'autorise Foresters, compagnie d'assurance vie (l'assureur) à retirer la prime initiale par carte de crédit, cette proposition doit être accompagnée d'un chèque portant la date du jour à l'ordre de Foresters, compagnie d'assurance vie, pour le paiement de la prime initiale exigible. La prime calculée sur une année coûte moins cher dans le cas du mode de paiement annuel.

Fréquence de paiement des primes Annuelle Mensuelle (PPA)

Montant de la prime pour la fréquence indiquée ci-dessus : \$

Méthode de paiement de la prime :

Chèque. À l'ordre de Foresters compagnie d'assurance vie; uniquement pour les paiements annuels.

Prélèvement automatique (PPA). Uniquement pour les paiements mensuels; remplissez le formulaire d'autorisation relatif au PPA à la page 8.

Carte de crédit. Uniquement pour les paiements annuels; remplissez la section Renseignements sur le paiement par carte crédit ci-dessous.

Méthode de paiement de la prime initiale pour les paiements annuels (si elle est différente de la méthode indiquée ci-dessus) :

La prime initiale doit être soumise avec cette proposition d'assurance si le mode de paiement sélectionné est annuel.

Chèque **Carte de crédit**

RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

(Remplissez cette section UNIQUEMENT si le paiement est effectué ANNUELLEMENT avec une carte de crédit.)

Type de carte : VISA MASTERCARD

Numéro de carte Date d'expiration

Nom du titulaire de la carte tel qu'il apparaît sur la carte

Signature

Ajoutez ici les demandes spéciales, notamment les instructions sur les primes et sur l'émission de la police.

08 Détermination d'un tiers

Un tiers est une personne ou une entité qui a un intérêt dans la police, mais qui n'est pas l'assuré, le propriétaire, le payeur ou le fiduciaire d'un mineur bénéficiaire (exemples : une personne détenant une procuration et un exécuteur).

Un tiers participe-t-il à cette proposition d'assurance ou aura-t-il l'usage de la valeur de rachat de la police, ou accès à celle-ci?

Oui Non

Si OUI, remplissez un formulaire distinct de détermination de tiers CP012 pour chaque tiers.

REMARQUE : Chaque prime pour la couverture demandée (si elle n'est pas payée avec la proposition) sera prélevée sur le compte bancaire indiqué sur le chèque ANNULÉ ci-joint ou suivant les coordonnées bancaires fournies, sauf indication contraire.

COMPTE D'ÉPARGNE

S'il s'agit d'un compte d'épargne, veuillez vous assurer que ce compte permet les prélèvements automatiques.

FORMULE DE CHÈQUE

Voir la liste de vérification de la proposition (sur la face interne de la couverture) pour la formule de chèque qui montre l'emplacement des numéros de transit, de l'institution financière et du compte.

Nature des prélèvements mensuels dans le cadre de cette entente de PPA :				Personnel	Affaires
Date de prélèvement demandée (entre le 1 ^{er} et le 28 du mois)					
Renseignements sur le compte bancaire pour le PPA à prendre : du chèque ANNULÉ ci-joint des coordonnées bancaires ci-dessous (à remplir si le chèque n'est pas joint)					
Type de compte	Chèque	Épargne	N° de transit (à 5 chiffres)	N° de compte	
N° de l'institution financière (à 3 chiffres)			Nom de l'institution financière		
Adresse de l'institution financière					
Adresse civique		Ville/municipalité		Province/territoire	Code postal

ENTENTE DE PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES (PPA)

Par sa signature ci-dessous, le payeur confirme qu'il est titulaire du compte indiqué ci-dessus ou sur le chèque ANNULÉ ci-joint et il convient de ce qui suit :

- 1 | L'assureur est autorisé à effectuer des prélèvements mensuels en vertu de la présente entente, à partir du compte ci-dessus ou d'un autre compte indiqué ou substitué ultérieurement par le payeur pour le paiement des primes et des frais d'assurance de chaque police émise par cet assureur en réponse à la présente proposition.
- 2 | L'institution financière auprès de laquelle les prélèvements seront effectués est autorisée à accepter tout prélèvement demandé par Foresters, compagnie d'assurance vie, comme si le payeur l'avait personnellement effectué.
- 3 | L'assureur se réserve le droit de déterminer à quel moment la première déduction sera faite et le montant de cette déduction pour chaque police émise par lui; les montants des retraits subséquents peuvent varier.
- 4 | La présente entente entre en vigueur immédiatement et le restera jusqu'à ce qu'elle soit annulée, ce que le payeur ou l'assureur peut faire à tout moment avec un préavis d'au moins 30 jours adressé à l'autre partie. Le payeur peut obtenir un modèle de formulaire d'annulation ou davantage de renseignements sur le droit d'annuler une entente de PPA auprès de son institution financière, ou en consultant le site www.paielements.ca.
- 5 | Si les fonds ne sont pas disponibles en raison d'une insuffisance de fonds, l'assureur peut, à sa discrétion, faire un retrait du compte du payeur à la prochaine date de prélèvement prévue pour le montant manquant applicable à chaque police, tant que cette police est en vigueur.
- 6 | Le payeur peut se prévaloir de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, le payeur a le droit d'obtenir le remboursement de tout prélèvement qui n'a pas été autorisé ou qu'il n'est pas conforme à l'entente de PPA. Pour obtenir plus de renseignements sur ses droits de recours, le payeur peut communiquer avec son institution financière ou consulter le site www.paielements.ca.
- 7 | Si le payeur signe la présente entente par voie électronique, il consent à ce que la période de confirmation écrite de la présente entente, avant la première déduction, puisse passer de 15 à 3 jours. S'il signe à la main, une confirmation écrite n'est pas nécessaire avant la première déduction, qui peut être faite en tout temps.
- 8 | Le payeur peut communiquer avec l'assureur à l'adresse et au numéro de téléphone suivants :
À l'attention des : Services aux propriétaires de police, Foresters, 250 Ferrand Drive, bureau 1100, Toronto (Ontario) M3C 3G8
Téléphone : 1 877 629-9090

Le payeur renonce au droit de recevoir un préavis du montant et de la date du premier prélèvement, et de tout changement du montant du retrait requis à titre de prime ou de frais pour chaque police d'assurance en vigueur ou de tout changement demandé par le payeur, de quelque manière que ce soit.

Le titulaire du compte bancaire doit signer cette entente de PPA de la manière dont son nom figure sur les dossiers bancaires du compte soumis.

Signature du titulaire du compte	Date
	JJ / MM / AA
Signature du titulaire conjoint du compte (le cas échéant)	Date
	JJ / MM / AA

DÉFINITIONS

Les définitions suivantes s'appliquent aux fins de la présente entente et de la présente autorisation.

La « proposition » désigne la présente proposition d'assurance vie auprès de Plan de protection du Canada. « Assuré » et « propriétaire » désignent la personne identifiée en tant que tel dans la présente proposition. « Je » et « moi » désignent chaque personne identifiée dans la présente proposition comme étant l'assuré ou le propriétaire. L'« assureur » désigne Foresters, compagnie d'assurance vie. « Police » désigne la police émise par l'assureur en réponse à la présente proposition et elle comprend les avenants qui lui sont annexés. « Fins autorisées » signifie l'évaluation, l'administration ou le service du régime d'assurance, d'une police, d'une demande de règlement ou des bénéficiaires de l'adhésion; la vérification d'identité, l'audit, les produits et les services; et toute autre fin exigée ou autorisée par la loi. « Personne autorisée » signifie l'assureur, le réassureur, le conseiller, l'agent d'assurance, le gérant, l'agence générale et l'intermédiaire du marché associés à la présente proposition ou à une police, et les sociétés mères et affiliées et leurs représentants autorisés, et les personnes exécutant des services au nom de l'une ou de plusieurs des parties précitées en lien avec une fin autorisée, avec la présente proposition, une police, une demande de règlement, l'adhésion ou la gestion des affaires respectives de chacune des parties. « Enfant » désigne chacun des enfants nommés dans la section Prestation temporaire pour enfants de la présente proposition.

ENTENTE

En signant la présente proposition, je conviens de ce qui suit :

- 1 | Les déclarations et réponses contenues dans la présente proposition et les autres preuves d'assurabilité fournies ou certifiées par moi sont véridiques et complètes, et elles serviront de référence à l'assureur dans sa décision d'émettre ou non une police.
- 2 | Aux fins de la détermination de l'admissibilité à l'assurance, Foresters, compagnie d'assurance vie, se réserve le droit de prendre en considération tout risque autre que ceux mentionnés dans les questions de la proposition.
- 3 | La police émise par l'assureur n'entrera en vigueur que selon les conditions de ladite police, lesquels peuvent comprendre des facteurs comme la date d'approbation de la proposition, la date d'émission de la police, le paiement de la première prime et, sous réserve qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité, comme indiqué dans la police, avant la date de délivrance de la police.
- 4 | L'assureur peut annuler la police en cas de fausse déclaration faite par moi dans la présente proposition ou dans tout autre document, ou dans les réponses fournies à l'assureur relativement à la présente proposition.
- 5 | Aucun conseiller, médecin légiste ni aucune autre personne n'a l'autorité nécessaire pour aviser qu'une réponse mensongère ou des renseignements erronés ou incomplets puissent être acceptables, et n'a aucun pouvoir d'établir, de modifier, ou de mettre fin à une police, à moins qu'il ne s'agisse du président ou du secrétaire général de Foresters, compagnie d'assurance vie, ou de leurs successeurs.
- 6 | Je demande expressément que ce document ainsi que tous les documents y afférents soient rédigés en français. I expressly agree to have this Application, the Policy and any related documents in French.
- 7 | L'assuré a reçu une copie de la page portant sur les avis importants.
- 8 | Tout changement ou toute correction éventuellement apporté à la présente proposition par l'assureur est ratifié par le propriétaire si la police remise au propriétaire n'est pas renvoyée à l'assureur pendant la période d'annulation.
- 9 | Si j'ai choisi de fournir une adresse électronique actuelle ou d'autres moyens de contacts électroniques dans la présente proposition ou si je choisis de fournir cette adresse ou ces moyens de contact à l'avenir, l'assureur peut utiliser cette adresse ou ces moyens de contact pour m'envoyer des messages, des renseignements ou des documents de manière électronique associés, directement ou indirectement, à la présente proposition et à la police, ou à l'adhésion, aux événements, aux bénéficiaires, aux demandes de règlement, à l'administration ou aux autres biens et services.

AUTORISATION

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

En signant la présente proposition, j'autorise, en mon nom et pour le compte de chaque enfant, la collecte et l'usage de renseignements à notre propos par une personne autorisée pour l'une des fins autorisées, provenant d'un médecin, d'un professionnel de la santé, d'un hôpital, d'une clinique ou d'un établissement médical, de l'employeur, du programme d'avantages sociaux, d'un autre assureur ou d'une institution, des archives publiques ou de MIB Inc.

En signant la présente proposition, j'autorise, en mon nom et pour le compte de chaque enfant, une personne autorisée à faire un bref rapport sur mes renseignements personnels de santé et sur ceux de chaque enfant à MIB Inc., même si la proposition est annulée ou retirée. Ces renseignements peuvent être divulgués entre des personnes autorisées, à des compagnies auprès desquelles j'ai soumis ou je suis susceptible de soumettre une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou de prestations, comme autorisé ou permis par la loi.

Chaque personne qui fournit cette autorisation peut, par préavis écrit à l'assureur, révoquer son autorisation. La révocation de cette autorisation n'aura cependant aucune incidence sur les actions entreprises avant la réception de l'avis ou n'empêchera pas une personne autorisée d'utiliser des renseignements personnels pour administrer une police, faire un rapport à MIB Inc. si cette personne a déjà été autorisée à le faire, ou de donner des renseignements sur les bénéfices de l'adhésion ou de les administrer.

AUTRES PRODUITS ET SERVICES

En cochant cette case, je consens à recevoir des messages écrits ou électroniques de Plan de protection du Canada concernant des renseignements sur les produits et services qui peuvent m'intéresser. Je peux retirer mon consentement à tout moment.

SIGNATURES

La présente proposition doit être datée du jour où elle a été remplie et elle doit être reçue au siège social de Plan de protection du Canada dans les 14 jours suivant la date de signature.

Je comprends et conviens que ma signature apposée ci-dessous s'applique à l'ensemble de la présente proposition.

Signature de l'assuré

Signature du propriétaire (seulement si ce n'est pas l'assuré)

Signature du témoin de toutes les signatures

Signé à ce jour de , 20
Ville/province

Nom du conseiller

Rapport du conseiller

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER

Nom du conseiller (prénom, second prénom, nom)	Code du conseiller	Code d'agence	Partage en %

LIEN AVEC L'ASSURÉ ET DIVULGATION

Lorsqu'on vous présente des documents d'identification originaux, vous devez confirmer qu'ils sont valides, originaux et authentiques en examinant le recto et le verso de chacun d'entre eux.

- 1 | Depuis combien de temps connaissez-vous l'assuré?
- 2 | Avez-vous un lien avec l'assuré? **Oui** **Non** *Si la réponse est OUI, quelle est la nature de votre relation?*
- 3 | Qui a initié cette proposition? **Propriétaire** **Assuré** **Conseiller** **Autre (spécifiez)**
- 4 | Avez-vous rencontré le propriétaire et l'assuré en personne dans le cadre de cette proposition? **Oui** **Non**
Si NON, veuillez indiquer la méthode par laquelle vous avez obtenu les réponses aux questions du présent formulaire : **Téléphone et/ou courriel**
Conférence vidéo / Skype
- 5 | Avez-vous vérifié l'identité du propriétaire en confirmant que les détails permettant l'identification dans le présent formulaire correspondent aux renseignements figurant dans les documents d'identification originaux qu'il vous a montrés? **Oui** **Non**
- 6 | Une analyse des besoins a-t-elle été effectuée? **Oui** **Non**
- 7 | Avez-vous connaissance de renseignements qui ne sont pas divulgués dans la présente proposition et qui pourraient influencer l'assurabilité de l'assuré pour l'assurance souscrite? **Oui** **Non**
Si OUI, veuillez expliquer :

EXAMENS DEMANDÉS

Régimes d'assurance
Préférentielle et Élite
Préférentielle SEULEMENT

Profil biochimique sanguin **Examen paramédical**

Nom du fournisseur de services paramédicaux

Numéro de commande

SIGNATURE DU CONSEILLER QUI A REMPLI LA PRÉSENTE PROPOSITION ET LE RAPPORT DU CONSEILLER

J'ai fourni à l'assuré et au propriétaire la page portant sur les avis importants et une déclaration de divulgation indiquant les entreprises que je représente, le fait que je reçois une rémunération pour la vente d'assurances vie et maladie et que je peux recevoir une rémunération supplémentaire sous forme de prime, de participation à des conférences ou d'autres incitatifs. J'ai divulgué les situations de conflits d'intérêts réelles ou potentielles à l'égard de la présente transaction.

À ma connaissance, les renseignements fournis dans la proposition sont à jour, exacts et complets. Je n'ai pas connaissance de renseignements supplémentaires importants pour la souscription et l'acceptation de la présente proposition qui n'ont pas été divulgués dans la présente proposition ou dans le rapport du conseiller.

J'ai exercé des efforts raisonnables pour déterminer si le propriétaire agit au nom d'un tiers.

Si je soupçonne qu'une tierce partie dont l'identité n'a pas été divulguée est concernée, je ferai immédiatement parvenir les détails à conformite@ppcq.ca.

Signature du conseiller Date
JJ / MM / AA

Signature du superviseur chargé
de la formation si nécessaire Date
JJ / MM / AA

J'ai examiné la présente proposition et le rapport du conseiller.

Signature de l'agent prestataire s'il s'agit
d'une autre personne que ci-dessus Date
JJ / MM / AA

Chez Plan de protection du Canada et Foresters, compagnie d'assurance vie, le respect de votre vie privée est important. Nous conserverons vos renseignements personnels dans un dossier confidentiel destiné à nos bureaux pour vous fournir des produits et services et des renseignements sur votre adhésion à Foresters. Les renseignements figurant dans votre dossier seront recueillis, utilisés et divulgués de manière continue par Plan de protection du Canada et Foresters, nos employés, réassureurs, agents et représentants, fournisseurs de services ou par des consultants professionnels afin de déterminer votre admissibilité à nos produits et services, pour évaluer ou gérer les demandes de règlements, pour administrer votre police et répondre à vos questions, pour vous informer sur les bénéfices de l'adhésion à Foresters et pour vous fournir ces bénéfices, pour vous fournir des renseignements sur les produits, les services ou les bénéfices qui peuvent répondre à vos besoins en tant que membre, pour nous permettre d'améliorer constamment nos services et pour élaborer des programmes pour nos membres, et selon ce qui est indiqué dans la section Autorisation de la proposition. Nous limiterons l'accès à votre dossier à nos employés, nos fournisseurs de services, nos représentants, nos affiliées et nos réassureurs qui ont besoin des informations dans l'exécution de leurs obligations pour nous et pour toute autre personne ou organisation à qui vous avez donné votre consentement. Nos employés, nos fournisseurs de services, nos représentants, nos réassureurs et leurs fournisseurs de services peuvent être situés à l'extérieur du Canada. Vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois d'autres territoires de compétence et être divulgués en réponse aux demandes des autorités gouvernementales, des tribunaux ou de la police de ces pays. Vous avez le droit d'accéder à vos renseignements personnels contenus dans votre dossier et, le cas échéant, de les faire corriger. Vous pouvez nous demander aussi de ne pas vous envoyer d'informations sur nos produits, nos services ou les bénéfices des membres. Pour vous prévaloir de ces droits, veuillez écrire à **Plan de protection du Canada, 250 Ferrand Drive, bureau 1100, Toronto (Ontario) M3C 3G8**. Pour accéder à nos plus récentes politiques de confidentialité, veuillez consulter nos sites Web à www.ppcquebec.ca et www.foresters.com.

REMARQUES CONCERNANT MIB

Les renseignements quant à votre assurabilité seront traités comme des données confidentielles. Nous-mêmes ou nos réassureurs pouvons cependant faire un rapport sur ces données auprès de MIB Inc., auparavant connue comme le Bureau des renseignements médicaux, un organisme sans but lucratif dont les membres sont des compagnies d'assurance vie, et qui fonctionne comme une bourse d'échanges de renseignements pour le compte de ses membres. Si vous soumettez une proposition auprès d'une autre compagnie membre de MIB pour une assurance vie, invalidité ou maladie, ou qu'une demande de prestations est soumise à une telle compagnie, MIB, sur demande, fournira à cette compagnie des renseignements à votre sujet tirés de son dossier. Si vous avez des questions sur l'exactitude des renseignements à votre sujet figurant dans le dossier de MIB, vous pouvez communiquer avec MIB et demander une correction. Le Bureau d'information de MIB se trouve au : MIB, 330 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R7. Le numéro de téléphone est le 416 597-0590 et le site Web est www.mib.com.

LIMITES DE LA POLICE

En cas de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non, commis dans les deux ans suivant la date d'émission de la police, la prestation est limitée au remboursement des primes payées.

- **Pour l'assurance Vie Acceptation Garantie**, si le décès survient dans les deux ans suivant la date d'émission de la police et est attribuable à des raisons non accidentelles (autres que le suicide), le montant des prestations à payer est égal au total des primes payées.
- **Pour l'assurance Vie Différée**, si le décès survient dans les deux ans suivant la date d'émission de la police et est attribuable à des raisons non accidentelles (autres que le suicide), le montant des prestations à payer est égal au total des primes payées plus des intérêts de 3 %.
- **Pour les assurances Vie Élite Différée et Élite Temporaire Différée**, si le décès survient dans les deux ans suivant la date d'émission de la police et est attribuable à des raisons non accidentelles (autres que le suicide), le montant des prestations à payer est, la première année, égal au total des primes payées plus des intérêts de 3 % et, la deuxième année, égal à 50 % du capital assuré.
- **Dans le cas de la prestation en cas de décès accidentel**, la prestation payable pourrait être limitée par des facteurs comme l'âge de l'assuré et la cause du décès. Reportez-vous à votre police pour les conditions détaillées.

La police qui pourrait être émise suite à cette proposition contient des conditions et des restrictions importantes. Examinez-la soigneusement dès que vous la recevez.

Accusé de réception (À détacher et à remettre au propriétaire SEULEMENT si un chèque a été fourni à titre de paiement de la première prime annuelle.)

Foresters, compagnie d'assurance vie, accuse réception de la somme de \$ qui doit servir à payer la première prime

l'assurance sur la vie de

La protection commence à la date d'approbation de la proposition, sous réserve que la demande de paiement de la première prime est honorée lors de sa présentation auprès de l'institution financière qui doit effectuer le paiement.

Si vous n'avez pas reçu la police dans les six semaines qui suivent la date de cet accusé de réception, veuillez communiquer avec Plan de protection du Canada à l'adresse figurant au verso.

Signé à ce jour de , 20.....
Ville/province

Le propriétaire de la police peut résilier la présente police et recevoir un remboursement intégral des primes en avisant l'assureur par écrit et en renvoyant la police dans les 10 jours qui suivent la date de la première réception de la police d'assurance.

Nous vous remercions de faire confiance à Plan de protection du Canada, qui a à cœur votre tranquillité d'esprit.

En plus d'obtenir un soutien fiable et un service empreint de compassion, vous bénéficiez de nombreux autres avantages en souscrivant notre assurance :

- ✓ Les paiements commencent le deuxième mois - applicable aux régimes à paiements mensuels seulement
- ✓ Vous pouvez souscrire une couverture allant jusqu'à 500 000 \$ en optant pour un de nos nombreux régimes sans exigence médicale
- ✓ Vous pouvez souscrire une couverture allant jusqu'à un million de dollars en optant pour un des régimes Préférentiels
- ✓ Si vous avez de 18 à 80 ans, vous pouvez souscrire une assurance
- ✓ La plupart de nos régimes temporaires sont renouvelables et transformables
- ✓ Nos taux sont bas comparativement aux régimes et produits d'assurance similaires

L'assurance offerte par Plan de protection du Canada est établie par Foresters, compagnie d'assurance vie du Canada, qui est membre d'Assuris et une filiale de Foresters (fondée en 1874).

En tant que titulaire de police, vous pourriez être admissible à un ensemble de précieux avantages offerts sans frais. *

Tous ces avantages gratuits seront décrites lorsque vous recevez votre police. En voici quelques exemples :

- ✓ Programme d'assistance en cas d'urgence offrant une aide financière à court terme
- ✓ Prestations d'orphelin jusqu'à 900 \$ par mois par enfant jusqu'à l'âge de 18 ans
- ✓ Monnaie courante une ligne téléphonique d'aide financière sans frais offrant des conseils sur la gestion quotidienne de votre argent
- ✓ Programme concurrentiel de bourses d'études offrant jusqu'à 8 000 \$ par enfant pour des études postsecondaires
- ✓ Subventions communautaires de Foresters procurant un financement additionnel pour vos projets communautaires
- ✓ Prestation de transport offrant un montant supplémentaire de 2 000 \$ pour le retour de la dépouille à son lieu de résidence

* Certains des avantages énumérés sont offerts sans frais aux titulaires d'une police Foresters admissibles qui détiennent un régime d'assurance de 10 000 \$ ou plus; ils sont offerts à l'assuré au titre d'une police, sont non contractuels, assujettis à des exigences, des définitions et des limitations précises et peuvent être modifiés ou annulés sans préavis.

Nous sommes à vos côtés aujourd'hui pour assurer la protection de vos proches demain.



Distribué par

Plan de protection du Canada

250 Ferrand Drive, bureau 1100,
Toronto (Ontario)
M3C 3G8

www.ppcquebec.ca

PLAN DE PROTECTION DU CANADA et le logo sont des marques de commerce de Plan de protection du Canada. Utilisées sous licence.

Téléphone : (416) 447-6060

Sans frais : 1-877-447-6060

Télécopieur : (416) 447-9881

Souscrit par

Foresters, compagnie d'assurance vie

Financière Foresters et Foresters sont les noms commerciaux et les marques de commerce de L'Ordre Indépendant des Forestiers (une société de secours mutuel, 789 Don Mills Road, Toronto (Ontario), Canada M3C 1T9) et de ses filiales, y compris Foresters, compagnie d'assurance vie.

Financière
Foresters 