

Proposition d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie grave

Utilisez ce formulaire de proposition pour ces produits :

- Assurance vie temporaire 10 ans
- Assurance vie temporaire 20 ans
- Assurance vie temporaire 30 ans
- Assurance contre les maladies graves Bien vivre plus
- Assurance vie entière avec participation Avantage Plus
- Vie entière sans participation

N'utilisez pas cette proposition pour les demandes d'assurance Terme facile, Vie entière sans participation pour enfant, Vie entière sans participation simplifiée et Bien vivre.

Prenez une décision éclairée

Si vous souhaitez obtenir plus d'informations sur la protection d'assurance qui vous convient, vous pouvez consulter un exemple de police au foresters.com/fr-ca/pour-les-conseillers/exemple-de-contrats. Votre conseiller en assurance est aussi en mesure de répondre à toutes les questions que vous pourriez avoir.

Vérifiez si une personne à assurer aux termes de la présente proposition pourrait présenter un risque aggravé ou s'est déjà fait refuser une assurance. Si tel est le cas :

Remplissez la proposition en entier.

Ne percevez pas la prime initiale.

Ne commandez pas d'exigences relatives à l'âge ou au capital à assurer, ni d'exigences paramédicales.

L'Ordre Indépendant des Forestiers (Foresters)

Foresters, compagnie d'assurance vie

789, ch. Don Mills, Toronto, ON M3C 1T9
800 828-1540

La 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, chemin Don Mills, Toronto, Canada M3C 1T9) et de ses filiales.

Comment utiliser ce formulaire de proposition

Vous pouvez utiliser ce formulaire de proposition pour établir jusqu'à cinq polices sous réserve des conditions suivantes :

- Vous présentez une demande de police pour un maximum de deux vies (à l'exception des enfants assurés en vertu d'un avenant temporaire pour enfant ou d'un avenant d'assurance contre les maladies graves pour un mineur).
- Les personnes à assurer sont des membres de la famille qui vivent dans le même foyer;
- Il y a au maximum deux propriétaires de police figurant sur la proposition;
- Chaque police a le même payeur de primes.

Si la présente proposition comprend plusieurs polices

Vous devez remplir la **section 1.3**, et, pour chaque police supplémentaire, la **section 2** d'une proposition distincte.

Pour désigner un bénéficiaire différent pour une police ou un avenant temporaire, veuillez remplir la section 1.10 de désignation de bénéficiaire d'une proposition distincte et la joindre à la présente proposition.

Quand il vous faudra plus d'un formulaire de proposition

Lorsque les personnes à assurer ne sont pas des membres de la famille qui vivent dans le même foyer.

Lorsque vous soumettez une proposition pour une police qui a un propriétaire différent de ceux qui sont indiqués dans la présente proposition, ou pour toute police dont le payeur de primes est différent.

Joindre une illustration pour chaque police qui fait l'objet d'une proposition

Une illustration est requise pour chaque demande d'assurance vie permanente. L'illustration peut être signée à la remise de la police, mais une illustration non signée peut être soumise avec la proposition pour garantir un traitement rigoureux.

La soumission d'une illustration pour une assurance temporaire et en cas de maladie grave, bien qu'elle ne soit pas requise, permettra également un traitement plus rigoureux.

Étant donné que l'illustration ne fait pas partie de la police qui doit être établie, elle ne peut pas être acceptée en remplacement de toute partie de la présente proposition devant être remplie.

Les propositions en bonne et due forme sont traitées en priorité.

Pour assurer un service prioritaire :

Remplissez la proposition en entier, y compris tout autre formulaire pertinent, et assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.

Soumettez les formulaires d'avis de remplacement applicables, si le produit demandé vise à remplacer une assurance vie en vigueur.

Écrivez lisiblement en caractères d'imprimerie avec un stylo à encre foncée. N'utilisez pas les guillemets de répétition.

N'effacez rien et n'utilisez pas de liquide correcteur. Si vous rayez une erreur, faites-la parapher par chaque personne signant la proposition.

Détachez la page des avis importants de la proposition et remettez-la au propriétaire.

Informez votre client qu'il n'est pas nécessaire de divulguer dans cette proposition de renseignements au sujet de tests génétiques. Cela comprend toute information relative aux tests réalisés ou en attente et aux résultats de ceux-ci.

1. La personne à assurer, le propriétaire et le bénéficiaire

1.1 Personne à assurer
¹Si travailleur autonome ou commerçant, veuillez spécifier la nature de l'entreprise et les tâches. Si sans emploi, indiquez la raison, la durée et la dernière profession.
²Le numéro d'assurance sociale n'est requis que si la personne à assurer sera aussi un propriétaire et demande une assurance vie permanente.
³Veuillez remplir ce formulaire si l'assuré est le titulaire de la police et qu'il préfère recevoir une copie électronique de son contrat d'assurance et des documents connexes ou aux fins décrites dans la section des ententes de la présente demande, y compris les renseignements sur l'adhésion. Dans le cas d'un assuré mineur, veuillez fournir l'adresse courriel du parent qui en a la garde.

1^{re} personne				
Prénom	2 ^e prénom	Nom		
<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance (j/m/a)	Pays de naissance	Province/territoire/État de naissance	
Adresse résidentielle (numéro et rue, numéro d'appartement)				
Ville	Province/Territoire		Code postal	
Nom de l'employeur			Durée de l'emploi	
Profession ¹				
NAS ²			Adresse de courriel (facultatif) ³	
N° de téléphone principal			N° de téléphone au travail	
2^e personne <input type="radio"/> Police conjointe <input type="radio"/> Avenant temporaire <input type="radio"/> Police distincte				
Prénom	2 ^e prénom	Nom		
<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Date de naissance (j/m/a)	Pays de naissance	Province/territoire/État de naissance	
Adresse résidentielle (numéro et rue, numéro d'appartement)			<input type="radio"/> Même que celle de la 1 ^{re} personne ci-dessus	
Ville	Province/Territoire		Code postal	
Nom de l'employeur			Durée de l'emploi	
Profession ¹				
NAS ²			Adresse de courriel (facultatif) ³	
N° de téléphone principal			N° de téléphone au travail	

1.2 Demande d'adhésion

La personne à assurer est-elle membre de la Financière Foresters™?

1^{re} personne	2^e personne
<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> oui
<input type="radio"/> non, considérez ceci ma demande d'adhésion	<input type="radio"/> non, considérez ceci ma demande d'adhésion

Une lettre de bienvenue au sein de Foresters confirmant l'adhésion sera incluse à la police, si elle est établie. Pour en savoir plus sur l'adhésion à Foresters et les bénéfices de membre, visitez le www.foresters.com.

1.3 Proposition pour plusieurs polices d'assurance

Dans cette section, le 1^{er} propriétaire et le 2^e propriétaire sont les personnes ou les entités nommées dans la section 1.4.

Veuillez remplir une proposition distincte pour chaque police qui sera détenue par un propriétaire autre que le 1^{er} propriétaire et le 2^e propriétaire, ou pour chaque police qui nécessite un payeur de prime différent.

Vous devez remplir cette section si vous soumettez une demande pour plusieurs polices avec la présente proposition. Vous devez également remplir une section 2 distincte pour chaque police qui fait l'objet d'une demande. Étant donné qu'une illustration ne fait pas partie de la police devant être établie, elle ne peut pas être acceptée en remplacement de toute partie de la présente proposition devant être remplie.

	Régime d'assurance de base	Montant du régime de base	Personne assurée en vertu du régime de base	Propriétaire
Police A	<input type="radio"/> Avantage Plus <input type="radio"/> Vie entière sans participation Temporaire : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T30 Bien vivre plus : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T80		<input type="radio"/> 1 ^{re} personne <input type="radio"/> 2 ^e personne	<input type="radio"/> 1 ^{er} propriétaire <input type="radio"/> 2 ^e propriétaire
Police B	<input type="radio"/> Avantage Plus <input type="radio"/> Vie entière sans participation Temporaire : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T30 Bien vivre plus : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T80		<input type="radio"/> 1 ^{re} personne <input type="radio"/> 2 ^e personne	<input type="radio"/> 1 ^{er} propriétaire <input type="radio"/> 2 ^e propriétaire
Police C	<input type="radio"/> Avantage Plus <input type="radio"/> Vie entière sans participation Temporaire : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T30 Bien vivre plus : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T80		<input type="radio"/> 1 ^{re} personne <input type="radio"/> 2 ^e personne	<input type="radio"/> 1 ^{er} propriétaire <input type="radio"/> 2 ^e propriétaire
Police D	<input type="radio"/> Avantage Plus <input type="radio"/> Vie entière sans participation Temporaire : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T30 Bien vivre plus : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T80		<input type="radio"/> 1 ^{re} personne <input type="radio"/> 2 ^e personne	<input type="radio"/> 1 ^{er} propriétaire <input type="radio"/> 2 ^e propriétaire

1. La personne à assurer, le propriétaire et le bénéficiaire

<p>1.4 Propriétaire</p> <p>Le propriétaire doit être désigné comme étant « assuré 1 », « assuré 2 » ou « autre ». Si vous sélectionnez « autre », veuillez remplir les détails relatifs au propriétaire.</p> <p>Un propriétaire doit avoir au moins 16 ans, ou au moins 18 ans au Québec.</p> <p>¹Le numéro d'assurance sociale n'est requis que pour l'assurance vie permanente.</p> <p>*Veuillez remplir ce formulaire si le titulaire de la police préfère recevoir une copie électronique de son contrat d'assurance et des documents connexes ou aux fins décrites dans la section des ententes de la présente demande.</p>	<p>1^{er} propriétaire : <input type="radio"/> 1^{re} personne <input type="radio"/> 2^e personne <input type="radio"/> Autre – Remplir 1^{er} propriétaire</p> <p>2^e propriétaire : <input type="radio"/> 1^{re} personne <input type="radio"/> 2^e personne <input type="radio"/> Autre – Remplir 2^e propriétaire</p>				
	<p>1^{er} propriétaire</p> <p>Nom légal complet de la personne (prénom, 2^e prénom, nom), société ou entité</p>				
	<p><input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme Date de naissance (j/m/a) Profession</p>				
	<p>Adresse (numéro et rue, numéro d'appartement)</p>				
	<p>Ville Province/Territoire Code postal</p>				
	<p>N° de téléphone principal N° de téléphone au travail NAS¹</p>				
	<p>Lien avec la ou les personnes à assurer</p>				
	<p>2^e propriétaire</p> <p>Nom légal complet de la personne (prénom, 2^e prénom, nom), société ou entité</p>				
	<p><input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme Date de naissance (j/m/a) Profession</p>				
	<p>Adresse (numéro et rue, numéro d'appartement) <input type="radio"/> Même que celle du 1^{er} propriétaire ci-dessus</p>				
<p>Ville Province/Territoire Code postal</p>					
<p>N° de téléphone principal N° de téléphone au travail NAS¹</p>					
<p>Lien avec la ou les personnes à assurer</p>					
<p>Courriel*</p>					
<p>1.5 Propriétaire subrogé</p>	<p>Propriétaire subrogé du 1^{er} propriétaire</p> <p>Nom légal de la personne, société ou entité</p>		<p>Propriétaire subrogé du 2^e propriétaire</p> <p>Nom légal de la personne, société ou entité</p>		
	<p>Date de naissance (j/m/a)</p>		<p>Date de naissance (j/m/a)</p>		
	<p>Lien avec le 1^{er} propriétaire</p>		<p>Lien avec le 2^e propriétaire</p>		
<p>1.6 Vérification du propriétaire</p> <p>Si vous soumettez une proposition d'assurance vie permanente, remplissez un formulaire de <i>Vérification de l'identité sociétés et autres entités</i> 105848 FR pour chaque propriétaire qui est une société ou une autre entité.</p>	<p>Conformément à la <i>Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes</i>, l'identité du propriétaire doit être vérifiée et la participation de tout tiers doit être déterminée à la section 1.9. Pour qu'un document soit acceptable à des fins d'identification, il doit comporter une photo et un identifiant unique et avoir été délivré par le gouvernement fédéral ou un gouvernement provincial ou territorial.</p>				
	<p>1^{er} propriétaire</p> <p>Document présenté pour vérifier l'identité :</p> <p><input type="radio"/> Permis de conduire</p> <p><input type="radio"/> Passeport</p> <p><input type="radio"/> Autre (précisez) :</p>		<p>2^e propriétaire</p> <p>Document présenté pour vérifier l'identité :</p> <p><input type="radio"/> Permis de conduire</p> <p><input type="radio"/> Passeport</p> <p><input type="radio"/> Autre (précisez) :</p>		
	<p>Numéro du document</p>		<p>Numéro du document</p>		
	<p>Territoire et pays de délivrance Date d'expiration (j/m/a)</p>		<p>Territoire et pays de délivrance Date d'expiration (j/m/a)</p>		
	<p>1.7 Situation fiscale du propriétaire américain</p> <p>Pour respecter l'accord d'échange de renseignements à des fins fiscales entre le Canada et les États-Unis, les institutions financières canadiennes sont tenues par la loi de faire part de renseignements au sujet de certains comptes financiers tenus au Canada par des personnes américaines.</p>				
<p>À remplir uniquement pour une demande d'assurance vie permanente.</p>		<p>1^{er} propriétaire</p> <p>Êtes-vous un résident américain aux fins d'impôt aux États-Unis ou un citoyen américain? Dans l'affirmative, veuillez soumettre votre numéro d'identification fiscale (NIF) aux É.-U.</p>		<p>2^e propriétaire</p> <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>	
<p>NIF aux É.-U. du 1^{er} propriétaire</p>		<p>NIF aux É.-U. du 2^e propriétaire</p>			

1. La personne à assurer, le propriétaire et le bénéficiaire

<p>1.8 Situation fiscale du propriétaire – non-résident américain et canadien</p> <p>Remplir seulement si vous demandez une assurance-vie permanente.</p> <p>Si une demande d'assurance-vie permanente est présentée et que le propriétaire est une société ou une autre entité, remplir un formulaire distinct de <i>Vérification de l'identité, sociétés et autres entités</i> 105848 FR.</p> <p>Vous êtes tenu de nous aviser de tout changement de votre statut de résidence aux fins de l'impôt.</p>	<p>Conformément à la partie XIX de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada, les institutions financières canadiennes sont tenues de déclarer à l'ARC tout renseignement qu'elles possèdent sur certains comptes financiers détenus au Canada par des résidents, aux fins de l'impôt, de pays autres que le Canada et les États-Unis.</p>		
		1^{er} propriétaire	2^e propriétaire
	<p>Êtes-vous un résident, aux fins d'impôt, d'un pays autre que le Canada et les États-Unis?</p> <p>Dans l'affirmative, indiquez la résidence fiscale et le numéro d'identification fiscale (NIF) pour chaque pays :</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	1^{er} propriétaire	2^e propriétaire	
Pays de résidence fiscale	Pays de résidence fiscale		
NIF	NIF		
<p>Si aucun NIF ne vous a été attribué dans le pays au sein duquel se trouve votre résidence fiscale, veuillez choisir l'un des codes figurant ci-dessous pour chaque pays :</p> <p><input type="radio"/> A : Vous avez demandé un NIF, mais ne l'avez pas encore reçu.</p> <p><input type="radio"/> B : Ce pays au sein duquel se trouve votre résidence fiscale n'attribue pas de NIF à ses résidents.</p> <p><input type="radio"/> C : Autre (veuillez indiquer la raison) :</p>	<p>Si aucun NIF ne vous a été attribué dans le pays au sein duquel se trouve votre résidence fiscale, veuillez choisir l'un des codes figurant ci-dessous pour chaque pays :</p> <p><input type="radio"/> A : Vous avez demandé un NIF, mais ne l'avez pas encore reçu.</p> <p><input type="radio"/> B : Ce pays au sein duquel se trouve votre résidence fiscale n'attribue pas de NIF à ses résidents.</p> <p><input type="radio"/> C : Autre (veuillez indiquer la raison) :</p>		
<p>1.9 Détermination quant aux tiers</p> <p>La réponse à cette première question doit être « oui » ou « non ».</p> <p>Un tiers est une personne ou entité ayant un intérêt dans la police, sans être un assuré ni un propriétaire. Par exemple, la personne qui paie les primes, le procureur, le liquidateur de la succession ou le fiduciaire.</p> <p>S'il y a plusieurs tiers à dévoiler, remplissez un <i>Questionnaire pour la détermination de l'existence d'un tiers</i> 105816 FR pour chaque tiers.</p>	<p>Existe-t-il un tiers en ce qui concerne cette proposition d'assurance ou est-ce qu'un tiers paiera les primes d'assurance ou aura l'usage de la valeur de rachat de la police ou y aura accès? Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants. <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>		
	Nom légal complet du tiers (prénom, 2 ^e prénom, nom) ou de la société ou entité		Date de naissance (j/m/a)
	Type de tiers	Lien avec les propriétaire(s)	
	Détails sur la profession ou la nature de l'entreprise		
	Adresse (numéro et rue)		
	Ville	Province/Territoire	Code postal
	Numéro d'enregistrement de la société		Lieu de constitution en personne morale
	Si vous n'êtes pas en mesure de fournir ces renseignements sur le tiers, veuillez expliquer la raison :		

1. La personne à assurer, le propriétaire et le bénéficiaire

1.10 Désignations de bénéficiaires pour l'assurance vie ou l'assurance en cas de maladie grave

Si la proposition est présentée pour plusieurs polices d'assurance, nous appliquerons la désignation pour la police A à chaque police spécifiée dans la section 1.3, à moins d'indication contraire.

Veillez-vous assurer que les désignations du premier bénéficiaire et du bénéficiaire subsidiaire totalisent respectivement 100 %.

Si vous présentez une demande de régime d'assurance contre les maladies graves, cette désignation de bénéficiaire est uniquement pour le remboursement des primes au décès.

Désignations révocables ou irrévocables :

Tous les bénéficiaires sont révocables, sauf indication contraire. Toutefois, au Québec, la désignation du conjoint légal du propriétaire est irrévocable à moins d'indiquer explicitement que la désignation est révocable. Ne désignez pas un mineur comme bénéficiaire irrévocable. Une fois qu'un bénéficiaire irrévocable a été désigné, son consentement écrit est requis pour tout changement touchant la valeur de la police, et un mineur ne peut pas donner ce consentement.

Bénéficiaires pour la police A

▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)

Bénéficiaires pour la police B Mêmes que pour la police A

▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier <input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)

1. La personne à assurer, le propriétaire et le bénéficiaire

1.10 Désignations de bénéficiaires pour l'assurance vie ou l'assurance en cas de maladie grave

Si la proposition est présentée pour plusieurs polices d'assurance, nous appliquerons la désignation pour la police A à chaque police spécifiée dans la section 1.3, à moins d'indication contraire.

Veuillez-vous assurer que les désignations du premier bénéficiaire et du bénéficiaire subsidiaire totalisent respectivement 100 %.

Si vous présentez une demande de régime d'assurance contre les maladies graves, cette désignation de bénéficiaire est uniquement pour le remboursement des primes au décès.

Désignations révocables ou irrévocables :

Tous les bénéficiaires sont révocables, sauf indication contraire. Toutefois, au Québec, la désignation du conjoint légal du propriétaire est irrévocable à moins d'indiquer explicitement que la désignation est révocable. Ne désignez pas un mineur comme bénéficiaire irrévocable. Une fois qu'un bénéficiaire irrévocable a été désigné, son consentement écrit est requis pour tout changement touchant la valeur de la police, et un mineur ne peut pas donner ce consentement.

Bénéficiaires pour la police C		Mêmes que pour la <input type="radio"/> police A <input type="radio"/> police B	
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier	<input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)	
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier	<input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)	
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier	<input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)	
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier	<input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)	

Bénéficiaires pour la police D		Mêmes que pour la <input type="radio"/> police A <input type="radio"/> police B <input type="radio"/> police C	
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier	<input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)	
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier	<input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)	
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier	<input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)	
▶ Nom légal complet de la personne, société ou entité	Date de naissance (j/m/a)	<input type="radio"/> Premier	<input type="radio"/> Subsidiaire
Lien avec la personne à assurer (le propriétaire au Québec)	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Part (%)	

1.11 Si un bénéficiaire est mineur

Dans toutes les provinces, sauf au Québec, un fiduciaire doit être nommé pour recevoir les fonds au nom du mineur. Au Québec, le produit payable à un mineur est versé au(x) parent(s) (ou tuteur légal, le cas échéant). Si vous voulez qu'une autre personne administre le produit de l'enfant, assurez-vous d'inclure les clauses appropriées dans votre testament.

1^{er} mineur

Nom du mineur	
Nom du fiduciaire/de l'administrateur	Lien avec le propriétaire

2^e mineur

Nom du mineur	
Nom du fiduciaire/de l'administrateur	<input type="radio"/> Le même que pour le 1 ^{er} mineur
Lien avec le propriétaire	

3^e mineur

Nom du mineur	
Nom du fiduciaire/de l'administrateur	<input type="radio"/> Le même que pour le 1 ^{er} mineur
Lien avec le propriétaire	

2. Le régime et les garanties de la police A

2.1 Assurance vie temporaire Si l'avenant temporaire pour enfants est sélectionné, remplissez la section 6.	Montant d'assurance de base \$ <input type="radio"/> Assurance individuelle <input type="radio"/> Temporaire 10 ans <input type="radio"/> Assurance conjointe - 1 ^{er} décès <input type="radio"/> Temporaire 20 ans <input type="radio"/> Temporaire 30 ans
	Avenant temporaire 10 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	Avenant temporaire 20 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	Avenant temporaire 30 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	<input type="radio"/> Garantie de décès accidentel 1 ^{re} personne \$ 2 ^e personne \$
	<input type="radio"/> Av. d'ass. temporaire pour enfants Montant pour chaque enfant \$ <input type="radio"/> Exonération des primes
2.2 Assurance en cas de maladie grave	Montant d'assurance \$ <input type="radio"/> Bien vivre plus T10 <input type="radio"/> Bien vivre plus T20 <input type="radio"/> Bien vivre plus T80
	<input type="radio"/> Avenant d'assurance pour enfants \$ <input type="radio"/> Avenant RDPR/E <input type="radio"/> Exonération des primes
2.3 Avantage Plus, assurance vie entière Pour l'avenant temporaire pour enfants, remplissez la section 6. Pour l'exonération des primes du propriétaire, remplissez la section 7. L'option de souscription supplémentaire n'est offerte qu'en choisissant l'option d'affectation des participations de bonifications d'assurance libérée avec les paiements jusqu'à 100 ans ou 20 années de paiement. Elle n'est pas offerte avec 10 années de paiement.	Montant d'assurance de base \$ Montant valorisé initial \$ Total (ass. de base + complémentaire) \$
	Options d'affectation des participations : <input type="radio"/> Assurance valorisée – indiquez le montant valorisé initial et le montant total ci-dessus
	<input type="radio"/> Bonifications d'ass. libérée <input type="radio"/> Participations capitalisées <input type="radio"/> Réduction de prime <input type="radio"/> Paiement en espèces
	Période de paiement des primes : <input type="radio"/> Paiements jusqu'à 100 ans <input type="radio"/> 20 années de paiements <input type="radio"/> 10 années de paiements
	Avenant temporaire 10 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	Avenant temporaire 20 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	Avenant temporaire 30 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	Option de souscription supplémentaire : Montant du paiement prévu : <input type="radio"/> Un seul paiement : _____ \$ <input type="radio"/> Paiements prévus : _____ \$ <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Annuel (Doit correspondre à la fréquence choisie à la section 8.1.) Le montant des paiements prévus, indiqué ci-dessus, sera ajouté à la prime de la police afin de déterminer le montant de chaque facture, dans le cas de la facturation annuelle, ou de chaque retrait, dans le cas de PPA mensuel, selon la méthode de paiement de la prime choisie.
	<input type="radio"/> Av. d'ass. temporaire pour enfants Montant pour chaque enfant \$
	<input type="radio"/> Avenant en cas de décès accidentel \$
<input type="radio"/> Avenant d'assurabilité garantie <input type="radio"/> Exonération des primes <input type="radio"/> Exonération des primes du propriétaire	
2.4 Assurance vie entière sans participation Si l'avenant temporaire pour enfants est sélectionné, remplissez la section 6.	Montant d'assurance \$ <input type="radio"/> Assurance individuelle <input type="radio"/> Assurance conjointe – 1 ^{er} décès <input type="radio"/> Assurance conjointe – dernier décès
	Période de paiement des primes : <input type="radio"/> Paiements jusqu'à 100 ans <input type="radio"/> 20 années de paiements
	Avenant temporaire 10 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	Avenant temporaire 20 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	Avenant temporaire 30 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	<input type="radio"/> Avenant en cas de décès accidentel 1 ^{re} personne \$ 2 ^e personne \$
<input type="radio"/> Av. d'ass. temporaire pour enfants Montant pour chaque enfant \$ <input type="radio"/> Exonération des primes	
2.5 Désignation de l'organisme de bienfaisance bénéficiaire de l'indemnité Ne pas compléter pour les demandes d'assurance Vie entière sans participation ou maladie grave.	Désignation de l'organisme de bienfaisance bénéficiaire de l'indemnité (Pour assurance temporaire et Avantage Plus uniquement) Le produit d'assurance-vie demandé comprendra, s'il est établi, une indemnité payable à un organisme de bienfaisance. Le propriétaire peut désigner un bénéficiaire admissible à cette indemnité maintenant ou à tout moment avant le décès de l'assuré. Si aucun bénéficiaire admissible n'est désigné avant le décès de l'assuré, aucune indemnité payable à un organisme de bienfaisance ne sera versée. Bénéficiaire admissible s'entend d'un organisme de bienfaisance enregistré auprès de l'Agence de revenu du Canada.
	Nom de l'organisme de bienfaisance : _____ N° d'enregistrement : _____
	Adresse (numéro et rue, numéro d'appartement) : _____
	Ville : _____ Province/Territoire : _____ Code postal : _____

Si vous soumettez une proposition pour plus d'une police, remplissez une section 2 distincte pour chaque police. Pour garantir un traitement rigoureux, joignez une illustration pour chaque police.

2. Le régime et les garanties de la police B C D

2.1 Assurance vie temporaire Si l'avenant temporaire pour enfants est sélectionné, remplissez la section 6.	Montant d'assurance de base \$ <input type="radio"/> Assurance individuelle <input type="radio"/> Temporaire 10 ans <input type="radio"/> Assurance conjointe - 1 ^{er} décès <input type="radio"/> Temporaire 20 ans <input type="radio"/> Temporaire 30 ans
	Avenant temporaire 10 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	Avenant temporaire 20 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	Avenant temporaire 30 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	<input type="radio"/> Garantie de décès accidentel 1 ^{re} personne \$ 2 ^e personne \$
	<input type="radio"/> Av. d'ass. temporaire pour enfants Montant pour chaque enfant \$ <input type="radio"/> Exonération des primes
2.2 Assurance en cas de maladie grave	Montant d'assurance \$ <input type="radio"/> Bien vivre plus T10 <input type="radio"/> Bien vivre plus T20 <input type="radio"/> Bien vivre plus T80
	<input type="radio"/> Avenant d'assurance pour enfants \$ <input type="radio"/> Avenant RDPR/E <input type="radio"/> Exonération des primes
2.3 Avantage Plus, assurance vie entière Pour l'avenant temporaire pour enfants, remplissez la section 6. Pour l'exonération des primes du propriétaire, remplissez la section 7. L'option de souscription supplémentaire n'est offerte qu'en choisissant l'option d'affectation des participations de bonifications d'assurance libérée avec les paiements jusqu'à 100 ans ou 20 années de paiement. Elle n'est pas offerte avec 10 années de paiement.	Montant d'assurance de base \$ Montant valorisé initial \$ Total (ass. de base + complémentaire) \$
	Options d'affectation des participations : <input type="radio"/> Assurance valorisée – indiquez le montant valorisé initial et le montant total ci-dessus
	<input type="radio"/> Bonifications d'ass. libérée <input type="radio"/> Participations capitalisées <input type="radio"/> Réduction de prime <input type="radio"/> Paiement en espèces
	Période de paiement des primes : <input type="radio"/> Paiements jusqu'à 100 ans <input type="radio"/> 20 années de paiements <input type="radio"/> 10 années de paiements
	Avenant temporaire 10 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	Avenant temporaire 20 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	Avenant temporaire 30 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	Option de souscription supplémentaire : Montant du paiement prévu : <input type="radio"/> Un seul paiement : _____ \$ <input type="radio"/> Paiements prévus : _____ \$ <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Annuel (Doit correspondre à la fréquence choisie à la section 8.1.) Le montant des paiements prévus, indiqué ci-dessus, sera ajouté à la prime de la police afin de déterminer le montant de chaque facture, dans le cas de la facturation annuelle, ou de chaque retrait, dans le cas de PPA mensuel, selon la méthode de paiement de la prime choisie.
	<input type="radio"/> Av. d'ass. temporaire pour enfants Montant pour chaque enfant \$
	<input type="radio"/> Avenant en cas de décès accidentel \$
<input type="radio"/> Avenant d'assurabilité garantie <input type="radio"/> Exonération des primes <input type="radio"/> Exonération des primes du propriétaire	
2.4 Assurance vie entière sans participation Si l'avenant temporaire pour enfants est sélectionné, remplissez la section 6.	Montant d'assurance \$ <input type="radio"/> Assurance individuelle <input type="radio"/> Assurance conjointe – 1 ^{er} décès <input type="radio"/> Assurance conjointe – dernier décès
	Période de paiement des primes : <input type="radio"/> Paiements jusqu'à 100 ans <input type="radio"/> 20 années de paiements
	Avenant temporaire 10 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	Avenant temporaire 20 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	Avenant temporaire 30 ans : <input type="radio"/> 1 ^{re} personne \$ <input type="radio"/> 2 ^e personne \$
	<input type="radio"/> Avenant en cas de décès accidentel 1 ^{re} personne \$ 2 ^e personne \$
<input type="radio"/> Av. d'ass. temporaire pour enfants Montant pour chaque enfant \$ <input type="radio"/> Exonération des primes	
2.5 Désignation de l'organisme de bienfaisance bénéficiaire de l'indemnité Ne pas compléter pour les demandes d'assurance Vie entière sans participation ou maladie grave.	Désignation de l'organisme de bienfaisance bénéficiaire de l'indemnité (Pour assurance temporaire et Avantage Plus uniquement) Le produit d'assurance-vie demandé comprendra, s'il est établi, une indemnité payable à un organisme de bienfaisance. Le propriétaire peut désigner un bénéficiaire admissible à cette indemnité maintenant ou à tout moment avant le décès de l'assuré. Si aucun bénéficiaire admissible n'est désigné avant le décès de l'assuré, aucune indemnité payable à un organisme de bienfaisance ne sera versée. Bénéficiaire admissible s'entend d'un organisme de bienfaisance enregistré auprès de l'Agence de revenu du Canada.
	Nom de l'organisme de bienfaisance : _____ N° d'enregistrement : _____
	Adresse (numéro et rue, numéro d'appartement) : _____
	Ville : _____ Province/Territoire : _____ Code postal : _____

Si vous soumettez une proposition pour plus d'une police, remplissez une section 2 distincte pour chaque police. Pour garantir un traitement rigoureux, joignez une illustration pour chaque police.

3. Renseignements personnels

3.1 But de l'assurance	Quels sont les principaux objectifs de cette assurance? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent. <input type="radio"/> Remplacement du revenu <input type="radio"/> Assurance pour les enfants <input type="radio"/> Convention de rachat <input type="radio"/> Dernières dépenses <input type="radio"/> Protection hypothécaire <input type="radio"/> Assurance d'une personne clé <input type="radio"/> Préservation du patrimoine <input type="radio"/> Protection d'un prêt commercial <input type="radio"/> Autre (précisez) :						
3.2 Antécédents en matière d'assurance À la section 3, « vous », « votre » et « vos » se rapportent individuellement à la 1 ^{re} personne et à la 2 ^e personne désignées à la section 1. Assurez-vous que toutes les exigences de divulgation sont satisfaites si l'assurance vie proposée a pour but de remplacer une police en vigueur. Veuillez noter que la substitution d'une police de Foresters à une autre police de Foresters est considérée être un remplacement.	A Au cours des six derniers mois, avez-vous présenté une proposition d'assurance vie, d'assurance en cas de maladie grave ou d'assurance invalidité à un autre assureur?				1^{re} personne <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	2^e personne <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	B Détenez-vous un régime individuel d'assurance vie, d'assurance en cas de maladie grave ou d'assurance invalidité en vigueur ou en attente d'établissement auprès de Foresters ou d'un autre assureur? Dans l'affirmative, remplissez le tableau ci-dessous :				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	Personne à assurer	Statut	Année d'étab.	Type d'assurance	Personnelle/commerciale	Assureur	Montant
		<input type="radio"/> En vigueur <input type="radio"/> En attente			<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Commerciale		\$
		<input type="radio"/> En vigueur <input type="radio"/> En attente			<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Commerciale		\$
		<input type="radio"/> En vigueur <input type="radio"/> En attente			<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Commerciale		\$
		<input type="radio"/> En vigueur <input type="radio"/> En attente			<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Commerciale		\$
		<input type="radio"/> En vigueur <input type="radio"/> En attente			<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Commerciale		\$
		<input type="radio"/> En vigueur <input type="radio"/> En attente			<input type="radio"/> Personnelle <input type="radio"/> Commerciale		\$
	C Présentez-vous également une proposition pour une assurance vie ou une assurance en cas de maladie grave à un autre assureur? Dans l'affirmative, indiquez le nom de l'assureur, le régime et le montant dans la section 3.10.				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
D Si vous avez répondu « oui » à la question C, combien du montant total d'assurance demandée auprès de tous les assureurs sera placé?				\$	\$		
E Si l'assurance que vous demandez dans la présente proposition est établie, allez-vous cesser de payer les primes ou réduire le capital assuré d'une assurance vie en vigueur, ou résilier une assurance vie ou une rente? Dans l'affirmative, indiquez le régime, l'assureur et le capital assuré ci-dessous, et remplissez l'état comparatif ou la déclaration de remplacement d'une police d'assurance vie.				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
1^{re} personne :							
2^e personne :							
F Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie, une assurance en cas de maladie grave ou une assurance invalidité, ou l'a-t-on supprimée ou modifiée? Dans l'affirmative, indiquez l'assureur, la date et la décision définitive ci-dessous.				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
1^{re} personne		<input type="radio"/> refusée	<input type="radio"/> supprimée	<input type="radio"/> modifiée			
2^e personne		<input type="radio"/> refusée	<input type="radio"/> supprimée	<input type="radio"/> modifiée			
3.3 Statut et lieu de résidence de la personne à assurer	A Êtes-vous un citoyen canadien? Si non, répondez aux questions 3.3, B et C. Si oui, rendez-vous à la section 3.4.				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
B Avez-vous le statut de résident permanent au Canada? Si non, fournissez les détails à la section 3.9 et joignez une copie de votre visa ou permis de travail.				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
C Depuis combien d'années vivez-vous au Canada? Si moins d'un an, indiquez le nombre de mois.				<input type="radio"/> années <input type="radio"/> mois	<input type="radio"/> années <input type="radio"/> mois		

3. Renseignements personnels

3.4		1 ^{re} personne	2 ^e personne	
Résidence à l'étranger et voyage	A Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis au cours des 12 derniers mois?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	B Avez-vous l'intention de voyager à l'extérieur du Canada ou des États-Unis au cours des 12 mois prochains?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	C Avez-vous l'intention de changer de pays de résidence au cours des 24 prochains mois?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	Si vous avez répondu dans l'affirmative à l'une de ces questions, veuillez donner des détails dans la section 3.10, incluant le nom de chaque pays, le nombre total de semaines par an passées dans chaque pays et le but de chaque voyage.			
3.5 Infractions criminelles		Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle, ou y a-t-il une accusation criminelle en instance contre vous? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Dans l'affirmative, précisez les accusations et fournissez les détails de chacune à la section 3.10.				
3.6 Médicaments, drogues et alcool Si vous avez répondu dans l'affirmative à l'une ou l'autre de ces questions, encercliez chaque élément applicable et fournissez les détails à la section 3.10.	A Prenez-vous des médicaments à base de plantes, holistiques ou des médicaments sur ordonnance? Dans l'affirmative, fournissez le nom, la posologie et la raison à la section 3.10.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	B Au cours des dix dernières années, avez-vous pris :	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cocaïne ▪ Héroïne ▪ LSD ▪ Des tranquillisants ou un médicament semblable, ou toute autre substance contrôlée, sauf tel qu'un médecin autorisé ou tout autre praticien vous l'a prescrit? Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire sur la consommation de drogue. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Narcotiques ▪ Ecstasy ▪ Hallucinogènes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amphétamines ▪ Barbituriques ▪ Opiacé 	
	C Au cours des trois dernières années, avez-vous consommé des boissons alcoolisées? Dans l'affirmative, veuillez préciser :	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
		Bière	Vin	Spiritueux
	1^{re} personne	bouteilles par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> sem. <input type="radio"/> mois	verres par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> sem. <input type="radio"/> mois	oz/ml par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> sem. <input type="radio"/> mois
	2^e personne	bouteilles par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> sem. <input type="radio"/> mois	verres par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> sem. <input type="radio"/> mois	oz/ml par <input type="radio"/> jour <input type="radio"/> sem. <input type="radio"/> mois
			1^{re} personne	2^e personne
	D Avez-vous déjà décidé de réduire votre consommation d'alcool ou de drogue, ou été traité ou joint une organisation à cause de votre consommation, ou vous a-t-on recommandé de faire? Dans l'affirmative, veuillez remplir les questionnaires pertinents sur la consommation d'alcool ou de drogue.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	E Avez-vous déjà utilisé l'un ou l'autre de ces produits :			
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cigarettes, cigarillos, cigares, tabac à mâcher, à pipe ou à priser, ou tout autre produit du tabac; ▪ Produit de sevrage tabagique, comme Zyban, Champix, Chantix, timbres ou gommes de nicotine, cigarettes électroniques ou autre; ▪ Marijuana, hachisch, noix ou feuilles de bétel, supari, paan, gutka, un narguilé ou chicha 				
1 au cours des 12 derniers mois?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
2 au cours des 24 derniers mois?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
3 au cours des cinq dernières années?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Dans l'affirmative, indiquez le type, la quantité et la fréquence à la section 5.5.				
F Si vous ne fumez que des cigares, combien de cigares avez-vous fumés au cours des 12 derniers mois? <input type="radio"/> ne s'applique pas		cigares	cigares	
3.7 Antécédents de conduite automobile		Avez-vous déjà été reconnu coupable ou plaidé coupable de conduite avec facultés affaiblies, de conduite imprudente, dangereuse ou négligente, ou votre permis de conduite a-t-il été révoqué ou suspendu? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non		
Excluant les contraventions pour stationnement, au cours des 3 dernières années, avez-vous été reconnu coupable ou plaidé coupable de				
1 plus d'une infraction au code de la route?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
2 plus de deux infractions au code de la route?		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
Si vous avez répondu dans l'affirmative à l'une de ces questions, veuillez fournir le mois, l'année et les détails pour chaque infraction dans la section 3.10. Pour les excès de vitesse, indiquez le nombre de kilomètres au-delà de la vitesse autorisée. Fournissez le numéro du permis de conduire et le lieu d'émission, s'ils ne sont pas indiqués à la section 1.6.				

3. Renseignements personnels

3.8 Aviation			1^{re} personne		2^e personne	
	Au cours des deux dernières années, avez-vous voyagé par avion à titre de pilote, d'élève-pilote ou de membre de l'équipage, ou prévoyez-vous le faire?		<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Dans l'affirmative, veuillez soumettre un questionnaire sur l'aviation.						
3.9 Passe-temps						
	Au cours des deux dernières années, avez-vous pratiqué une des activités suivantes, ou prévoyez-vous le faire? Conduite d'un véhicule tout terrain, course de véhicules motorisés (automobile, motocyclette, motoneige), saut à l'élastique, rodéo, parachutisme, plongée en apnée ou en scaphandre autonome, vol en avion ultra léger, deltaplane, escalade de rocher, alpinisme, héliski, planche à neige ou ski « cat » ou hors piste, arts martiaux mixtes, ou toute activité ou sport dangereux ou extrême?		<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui	<input type="radio"/> non
Dans l'affirmative, fournissez les détails et la fréquence de chaque activité à la section 3.10						
3.10 Détails Utilisez cette section pour fournir les détails des questions 3.3 à 3.9.	Question	Personne à assurer	Détails			

4. Renseignements financiers

4.1 Renseignements financiers de la personne à assurer

À la section 4.1, « vous », « votre » et « vos » se rapportent individuellement à la 1^{re} personne et à la 2^e personne désignées à la section 1.

	1 ^{re} personne	2 ^e personne
Quel est votre revenu d'emploi annuel, incluant le travail autonome?	\$	\$
Quel est votre revenu annuel d'autres sources?	\$	\$
Veuillez fournir des détails au sujet de la provenance de ces fonds.		
Si vous n'êtes pas autonome financièrement, quel est le revenu annuel de votre ménage?	\$	\$
Si vous n'êtes pas autonome financièrement, quel montant d'assurance vie détient le soutien principal de famille?	\$	\$
Quel est le montant brut de vos actifs personnels?	\$	\$
Quel est le montant de vos dettes?	\$	\$
Au cours des cinq dernières années, avez-vous fait une faillite personnelle ou d'entreprise ou fait l'objet d'une requête de mise en faillite?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Dans l'affirmative, fournissez la date de libération (j/m/a) :		
Fournissez les détails/circonstances de la faillite		

4.2 Si une des personnes à assurer est mineure

À remplir si un enfant est désigné comme personne à assurer à la section 1.1.

	1 ^{er} parent	2 ^e parent
Quel est le salaire annuel brut des parents du mineur?	\$	\$
Quel montant d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie grave détiennent les parents du mineur?	\$	\$
<input type="radio"/> Aucun — indiquez pourquoi dans la section Détails ci-dessous.		
Quel montant d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie grave détiennent les frères et sœurs du mineur?	1^{er} frère ou 1^{re} sœur	2^e frère ou 2^e sœur
	\$	\$
	3^e frère ou 3^e sœur	4^e frère ou 4^e sœur
<input type="radio"/> Pas de frère ni de sœur	\$	\$
<input type="radio"/> Aucun — indiquez pourquoi cette proposition est soumise pour assurer ce mineur.	\$	\$
Détails		

4.3 Assurance d'entreprise

À remplir si l'assurance est demandée à des fins commerciales, ou si une entreprise est un propriétaire ou un bénéficiaire.

<input type="radio"/> Société par actions		<input type="radio"/> Partenariat	<input type="radio"/> Entreprise individuelle	<input type="radio"/> Autre
Nature de l'entreprise			Année d'établissement	
Actif	\$	Passif	\$	Pourcentage de propriété
Avoir net	\$	Juste valeur marchande de l'entreprise	\$	1^{re} personne %
Revenu annuel brut	\$	Revenu annuel net	\$	2^e personne %
Est-ce que d'autres dirigeants ou partenaires de l'entreprise détiennent une assurance vie ou une assurance en cas de maladie grave? Si non, indiquez pourquoi ci-dessous :				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Dans l'affirmative, fournissez les détails ci-dessous :				
Nom et titre			% de propriété détenu	
Assurance vie en vigueur	\$	Assurance vie en attente	\$	Assurance MG en attente
			\$	\$
Nom et titre			% de propriété détenu	
Assurance vie en vigueur	\$	Assurance vie en attente	\$	Assurance MG en attente
			\$	\$
Au cours des cinq dernières années, l'entreprise a-t-elle fait faillite ou fait l'objet d'une requête de mise en faillite?				<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Dans l'affirmative, fournissez la date de libération (j/m/a) :				

5. Renseignements sur la santé

5.1

Signes vitaux et renseignements sur le médecin

À la section 5, « vous », « votre » et « vos » se rapportent individuellement à la 1^{re} personne et à la 2^e personne désignées à la section 1.

Les sections 5.2, 5.3 et 5.4 sont facultatives si l'examen paramédical est effectué en raison de l'âge ou du montant d'assurance demandé.

Si votre médecin de famille n'a pas les dossiers les plus à jour, fournissez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin, de la clinique ou de l'hôpital qui peut fournir les renseignements médicaux demandés à la section 5.5.

1^{re} personne :

Taille	<input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm	Poids	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	Changement de poids depuis un an (précisez)	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg
				<input type="radio"/> aucun	<input type="radio"/> gain
				<input type="radio"/> perte	

Raison du changement de poids (si grossesse, indiquez la date prévue de l'accouchement)

Avez-vous un médecin de famille? oui non Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Nom du médecin	Téléphone du médecin
----------------	----------------------

Adresse du médecin	Date du dernier rendez-vous (j/m/a)
--------------------	-------------------------------------

Raison du dernier rendez-vous chez le médecin de famille?

Résultat du dernier rendez-vous chez le médecin de famille?

Depuis combien de temps êtes-vous un patient de ce médecin de famille?

Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté un autre médecin? Dans l'affirmative, veuillez préciser. Si vous avez consulté plus d'un autre médecin, fournissez les renseignements suivants pour chaque médecin à la section 5.5. oui non

Nom du médecin	Tél. de la clinique/de l'hôpital
----------------	----------------------------------

Adresse de la clinique ou de l'hôpital	Date du dernier rendez-vous (j/m/a)
--	-------------------------------------

Raison du dernier rendez-vous chez un autre médecin?

Résultat du dernier rendez-vous chez un autre médecin?

2^e personne :

Taille	<input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm	Poids	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg	Changement de poids depuis un an (précisez)	<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg
				<input type="radio"/> aucun	<input type="radio"/> gain
				<input type="radio"/> perte	

Raison du changement de poids (si grossesse, indiquez la date prévue de l'accouchement)

Avez-vous un médecin de famille? oui non Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Nom du médecin	Téléphone du médecin
----------------	----------------------

Adresse du médecin	Date du dernier rendez-vous (j/m/a)
--------------------	-------------------------------------

Raison du dernier rendez-vous chez le médecin de famille?

Résultat du dernier rendez-vous chez le médecin de famille?

Depuis combien de temps êtes-vous un patient de ce médecin de famille?

Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté un autre médecin? Dans l'affirmative, veuillez préciser. Si vous avez consulté plus d'un autre médecin, fournissez les renseignements suivants pour chaque médecin à la section 5.5. oui non

Nom du médecin	Tél. de la clinique/de l'hôpital
----------------	----------------------------------

Adresse de la clinique ou de l'hôpital	Date du dernier rendez-vous (j/m/a)
--	-------------------------------------

Raison du dernier rendez-vous chez un autre médecin?

Résultat du dernier rendez-vous chez un autre médecin?

5. Renseignements sur la santé

<p>5.2 Antécédents médicaux familiaux</p> <p>À la section 5, « vous », « votre » et « vos » se rapportent individuellement à la 1^{re} personne et à la 2^e personne désignées à la section 1.</p>	<p>Est-ce qu'un de vos parents biologiques, frères ou sœurs, vivant ou décédé, a déjà souffert d'une des affections suivantes ou reçu un diagnostic pour une de ces affections?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maladie d'Alzheimer ▪ Cancer ▪ Diabète ▪ Cardiopathie ▪ Hépatite ▪ AVC ▪ Maladie mentale ▪ Maladie, affection ou trouble héréditaire non mentionné à la section 5.2. ▪ Maladie des motoneurones, y compris, sans s'y limiter, SLA (sclérose latérale amyotrophique) ou maladie de Lou-Gehrig 	<p>1^{re} personne</p> <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas</p>	<p>2^e personne</p> <p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> ne sais pas</p>																																																												
	<p>Dans l'affirmative, veuillez préciser :</p> <table border="1"> <tr> <td>▶ <input type="radio"/> père</td> <td><input type="radio"/> mère</td> <td><input type="radio"/> frère</td> <td><input type="radio"/> sœur</td> <td>de: <input type="radio"/> 1^{re} personne</td> <td><input type="radio"/> 2^e personne</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Affection (si cancer, précisez le type)</td> <td>Âge au début de l'affection</td> <td>Âge si vivant</td> <td colspan="2">Âge au décès</td> </tr> <tr> <td>▶ <input type="radio"/> père</td> <td><input type="radio"/> mère</td> <td><input type="radio"/> frère</td> <td><input type="radio"/> sœur</td> <td>de: <input type="radio"/> 1^{re} personne</td> <td><input type="radio"/> 2^e personne</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Affection (si cancer, précisez le type)</td> <td>Âge au début de l'affection</td> <td>Âge si vivant</td> <td colspan="2">Âge au décès</td> </tr> <tr> <td>▶ <input type="radio"/> père</td> <td><input type="radio"/> mère</td> <td><input type="radio"/> frère</td> <td><input type="radio"/> sœur</td> <td>de: <input type="radio"/> 1^{re} personne</td> <td><input type="radio"/> 2^e personne</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Affection (si cancer, précisez le type)</td> <td>Âge au début de l'affection</td> <td>Âge si vivant</td> <td colspan="2">Âge au décès</td> </tr> <tr> <td>▶ <input type="radio"/> père</td> <td><input type="radio"/> mère</td> <td><input type="radio"/> frère</td> <td><input type="radio"/> sœur</td> <td>de: <input type="radio"/> 1^{re} personne</td> <td><input type="radio"/> 2^e personne</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Affection (si cancer, précisez le type)</td> <td>Âge au début de l'affection</td> <td>Âge si vivant</td> <td colspan="2">Âge au décès</td> </tr> <tr> <td>▶ <input type="radio"/> père</td> <td><input type="radio"/> mère</td> <td><input type="radio"/> frère</td> <td><input type="radio"/> sœur</td> <td>de: <input type="radio"/> 1^{re} personne</td> <td><input type="radio"/> 2^e personne</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Affection (si cancer, précisez le type)</td> <td>Âge au début de l'affection</td> <td>Âge si vivant</td> <td colspan="2">Âge au décès</td> </tr> </table>				▶ <input type="radio"/> père	<input type="radio"/> mère	<input type="radio"/> frère	<input type="radio"/> sœur	de: <input type="radio"/> 1 ^{re} personne	<input type="radio"/> 2 ^e personne	Affection (si cancer, précisez le type)		Âge au début de l'affection	Âge si vivant	Âge au décès		▶ <input type="radio"/> père	<input type="radio"/> mère	<input type="radio"/> frère	<input type="radio"/> sœur	de: <input type="radio"/> 1 ^{re} personne	<input type="radio"/> 2 ^e personne	Affection (si cancer, précisez le type)		Âge au début de l'affection	Âge si vivant	Âge au décès		▶ <input type="radio"/> père	<input type="radio"/> mère	<input type="radio"/> frère	<input type="radio"/> sœur	de: <input type="radio"/> 1 ^{re} personne	<input type="radio"/> 2 ^e personne	Affection (si cancer, précisez le type)		Âge au début de l'affection	Âge si vivant	Âge au décès		▶ <input type="radio"/> père	<input type="radio"/> mère	<input type="radio"/> frère	<input type="radio"/> sœur	de: <input type="radio"/> 1 ^{re} personne	<input type="radio"/> 2 ^e personne	Affection (si cancer, précisez le type)		Âge au début de l'affection	Âge si vivant	Âge au décès		▶ <input type="radio"/> père	<input type="radio"/> mère	<input type="radio"/> frère	<input type="radio"/> sœur	de: <input type="radio"/> 1 ^{re} personne	<input type="radio"/> 2 ^e personne	Affection (si cancer, précisez le type)		Âge au début de l'affection	Âge si vivant	Âge au décès
▶ <input type="radio"/> père	<input type="radio"/> mère	<input type="radio"/> frère	<input type="radio"/> sœur	de: <input type="radio"/> 1 ^{re} personne	<input type="radio"/> 2 ^e personne																																																										
Affection (si cancer, précisez le type)		Âge au début de l'affection	Âge si vivant	Âge au décès																																																											
▶ <input type="radio"/> père	<input type="radio"/> mère	<input type="radio"/> frère	<input type="radio"/> sœur	de: <input type="radio"/> 1 ^{re} personne	<input type="radio"/> 2 ^e personne																																																										
Affection (si cancer, précisez le type)		Âge au début de l'affection	Âge si vivant	Âge au décès																																																											
▶ <input type="radio"/> père	<input type="radio"/> mère	<input type="radio"/> frère	<input type="radio"/> sœur	de: <input type="radio"/> 1 ^{re} personne	<input type="radio"/> 2 ^e personne																																																										
Affection (si cancer, précisez le type)		Âge au début de l'affection	Âge si vivant	Âge au décès																																																											
▶ <input type="radio"/> père	<input type="radio"/> mère	<input type="radio"/> frère	<input type="radio"/> sœur	de: <input type="radio"/> 1 ^{re} personne	<input type="radio"/> 2 ^e personne																																																										
Affection (si cancer, précisez le type)		Âge au début de l'affection	Âge si vivant	Âge au décès																																																											
▶ <input type="radio"/> père	<input type="radio"/> mère	<input type="radio"/> frère	<input type="radio"/> sœur	de: <input type="radio"/> 1 ^{re} personne	<input type="radio"/> 2 ^e personne																																																										
Affection (si cancer, précisez le type)		Âge au début de l'affection	Âge si vivant	Âge au décès																																																											
<p>Si vous ne le savez pas, indiquez la raison :</p>																																																															
<p>5.3 Antécédents médicaux personnels</p> <p>À la section 5, « vous », « votre » et « vos » se rapportent individuellement à la 1^{re} personne et à la 2^e personne désignées à la section 1.</p> <p>Si vous avez répondu dans l'affirmative à l'une ou l'autre de ces questions, encerclez chaque élément applicable et fournissez les détails à la section 5.5.</p>	<p>Souffrez-vous, avez-vous déjà souffert ou obtenu un traitement, un médicament ou des conseils, ou un professionnel de la santé vous a-t-il avisé que vous étiez atteint d'une de ces déficiences :</p>																																																														
	<p>A Tête et appareil respiratoire</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Névrite optique ▪ Troubles visuels ▪ Cécité ▪ Glaucome ▪ Surdité ▪ Acouphène ▪ Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) ▪ Enrouement ou toux persistante ▪ Maladie, affection ou trouble de l'œil, de l'oreille, de la gorge ou du poumon non mentionné à la section 5.3 A (précisez). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perte de la parole ▪ Apnée du sommeil ▪ Tuberculose ▪ Sarcoidose ▪ Fibrose kystique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Asthme ▪ Emphysème ▪ Bronchite récidivante ▪ Crachement de sang ▪ Rétinopathie 	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>																																																											
<p>B Affections neurologiques</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Épilepsie ou crise d'épilepsie ▪ Évanouissement ▪ Maux de tête ▪ Étourdissement ▪ AVC ▪ Tremblements ▪ Sclérose en plaques ▪ Trouble du développement ▪ Faiblesse des extrémités ▪ Accident ischémique transitoire (AIT) ▪ Maladie des motoneurones, y compris, sans s'y limiter, SLA (sclérose latérale amyotrophique) ou maladie de Lou-Gehrig ▪ Maladie, affection ou trouble neurologique non mentionné à la section 5.3 B (précisez). 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Infirmité motrice cérébrale ▪ Autisme ▪ THADA/DCA ▪ Perte de l'équilibre ▪ Perte de la parole ▪ Démence 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fourmillement ▪ Chorée de Huntington ▪ Maladie de Parkinson ▪ Maladie d'Alzheimer ▪ Trouble cognitif ▪ Faiblesse musculaire ▪ Perte de sensation 	<p><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>																																																												

5. Renseignements sur la santé

5.3 Antécédents médicaux personnels, suite	Souffrez-vous, avez-vous déjà souffert ou obtenu un traitement, un médicament ou des conseils, ou un professionnel de la santé vous a-t-il avisé que vous étiez atteint d'une de ces déficiences :	1 ^{re} personne	2 ^e personne
À la section 5, « vous », « votre » et « vos » se rapportent individuellement à la 1 ^{re} personne et à la 2 ^e personne désignées à la section 1.	C Troubles psychologiques <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anxiété ▪ Dépression ▪ Épuisement professionnel ▪ Tentative de suicide ou pensées suicidaires ▪ Maladie, affection ou trouble émotif, comportemental ou psychologique non mentionné à la section 5.3 C (précisez). 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
Si vous avez répondu dans l'affirmative à l'une ou l'autre de ces questions, encerclez chaque élément applicable et fournissez les détails à la section 5.5.	D Cœur et système circulatoire <ul style="list-style-type: none"> ▪ Douleurs thoraciques ▪ ECG anormal ▪ Angine de poitrine ▪ Crise cardiaque ▪ AVC ▪ Anévrisme ▪ Accident ischémique transitoire (AIT) ▪ Maladie, affection ou trouble cardiaque, sanguin ou circulatoire non mentionné à la section 5.3 D (précisez). 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	E Foie, estomac, vessie, reins ou système reproductif <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hépatite ▪ Porteur d'hépatite ▪ Cirrhose du foie ▪ Jaunisse ▪ Ulcère ▪ Diarrhée qui revient souvent ou dure longtemps ▪ Antigène prostatique spécifique (APS) anormal ▪ Sang, protéines ou sucre dans les urines ▪ Saignement du rectum ▪ Maladie rénale, calcul rénal ou néphrite ▪ Maladie, affection ou trouble de l'estomac, du pancréas, du foie, de l'intestin, des reins, de la vessie ou de l'uretère, de la prostate ou des organes reproductifs mâles, de l'utérus, des ovaires ou du col de l'utérus non mentionné à la section 5.3 E (précisez). 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	F Seins, homme ou femme <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumeur, kyste ou masse ▪ Biopsie, mammographie ou ultrason anormal ▪ Changement ou anomalie au sein non mentionné à la section 5.3 F (précisez). 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	G Système sanguin, glandulaire ou endocrinien <ul style="list-style-type: none"> ▪ Goitre ▪ Diabète ▪ Anormalité de la glande thyroïde, pituitaire ou surrénale, ou des ganglions lymphatiques ▪ Maladie, affection ou trouble sanguin, glandulaire ou endocrinien non mentionné à la section 5.3 G (précisez). 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	H Système musculaire et squelettique <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rhumatisme ▪ Goutte ▪ Paralysie ▪ Arthrose ou tout autre type d'arthrite ▪ Lupus érythémateux disséminé (LES) ou autre forme de lupus ▪ Maladie, affection ou trouble de la colonne vertébrale, des os ou des muscles non mentionné à la section 5.3 H (précisez). 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	I Cancers, croissances et troubles cutanés <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tumeur ▪ Polype ▪ Kystes ou masses ▪ Syndrome de nævus dysplastique ▪ Grain de beauté de forme irrégulière/lésion ayant changé d'apparence ▪ Tout type de malignité, cancer ou croissance non mentionné à la section 5.3I (précisez). 	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non

5. Renseignements sur la santé

<p>5.3 Antécédents médicaux personnels, suite</p> <p>À la section 5, « vous », « votre » et « vos » se rapportent individuellement à la 1^{re} personne et à la 2^e personne désignées à la section 1.</p>	<p>Souffrez-vous, avez-vous déjà souffert ou obtenu un traitement, un médicament ou des conseils, ou un professionnel de la santé vous a-t-il avisé que vous étiez atteint d'une de ces déficiences :</p>		<p>1^{re} personne</p>	<p>2^e personne</p>
<p>5.4 Antécédents médicaux personnels, suite</p> <p>Si vous avez répondu dans l'affirmative à l'une ou l'autre de ces questions, encelez chaque élément applicable et fournissez les détails à la section 5.5.</p>	<p>J Trouble immunologique</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un trouble immunologique tel que le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ▪ Avez-vous passé des tests pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou le syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou vous a-t-on recommandé de le faire? ▪ Infection ou perte de poids inexplicables 		<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>5.5 Détails</p> <p>Utilisez cette section pour fournir les détails des questions 5.1 à 5.4.</p> <p>Incluez la date, le diagnostic, le traitement, les résultats et la durée.</p> <p>Fournissez aussi les noms et les coordonnées de chaque professionnel de la santé et clinique médicale.</p>	<p>A Faites-vous actuellement l'objet d'une observation, d'une investigation ou d'un traitement médical?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	<p>B Avez-vous déjà eu une blessure, une maladie, un trouble ou une chirurgie, ou été hospitalisé ou traité pour une affection non mentionnée à la section 5.3?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	<p>C Avez-vous eu ou aurez-vous une consultation ou un examen médical, une IRM, un tomodensitogramme, un ECG d'effort, une radiographie, un ultrason, une colonoscopie, une mammographie, des tests sanguins ou un test diagnostic qui n'est pas terminé ou dont vous n'avez pas encore eu les résultats, ou vous a-t-on recommandé de vous soumettre à un de ces tests?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	<p>D Avez-vous des symptômes ou des craintes à propos de votre santé, ou une douleur persistante ou non diagnostiquée, d'une perte de poids ou de saignements pour laquelle vous n'avez pas encore consulté un médecin?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	<p>E Avez-vous déjà demandé ou reçu une rente, une prestation ou un paiement en raison d'un trouble, d'une maladie, d'une déficience, d'une blessure ou d'une affection?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
	<p>F Êtes-vous enceinte? Dans l'affirmative, indiquez la date prévue de l'accouchement et les détails de toute complication à la section 5.5.</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	
<p>Question</p>	<p>Personne à assurer</p>	<p>Détails</p>		

6. Avenants d'assurance pour enfants

6.1 Enfants

Veillez remplir cette section pour chaque enfant pour lequel vous présentez une demande d'assurance en vertu de l'avenant d'assurance vie temporaire pour enfant ou de l'avenant d'assurance contre les maladies graves pour un mineur.

1^{er} enfant									
Prénom		2 ^e prénom		Nom					
<input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille		Date de naissance (j/m/a)		Âge		Pays de naissance			
Taille		<input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm		Poids		<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg		Lien avec la 1 ^{re} ou 2 ^e personne à assurer	
Date, raison et résultats du dernier rendez-vous chez le médecin ou autre conseiller médical, clinique ou hôpital									
2^e enfant									
Prénom		2 ^e prénom		Nom					
<input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille		Date de naissance (j/m/a)		Âge		Pays de naissance			
Taille		<input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm		Poids		<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg		Lien avec la 1 ^{re} ou 2 ^e personne à assurer	
Date, raison et résultats du dernier rendez-vous chez le médecin ou autre conseiller médical, clinique ou hôpital									
3^e enfant									
Prénom		2 ^e prénom		Nom					
<input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille		Date de naissance (j/m/a)		Âge		Pays de naissance			
Taille		<input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm		Poids		<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg		Lien avec la 1 ^{re} ou 2 ^e personne à assurer	
Date, raison et résultats du dernier rendez-vous chez le médecin ou autre conseiller médical, clinique ou hôpital									
4^e enfant									
Prénom		2 ^e prénom		Nom					
<input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille		Date de naissance (j/m/a)		Âge		Pays de naissance			
Taille		<input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm		Poids		<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg		Lien avec la 1 ^{re} ou 2 ^e personne à assurer	
Date, raison et résultats du dernier rendez-vous chez le médecin ou autre conseiller médical, clinique ou hôpital									
5^e enfant									
Prénom		2 ^e prénom		Nom					
<input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille		Date de naissance (j/m/a)		Âge		Pays de naissance			
Taille		<input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm		Poids		<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg		Lien avec la 1 ^{re} ou 2 ^e personne à assurer	
Date, raison et résultats du dernier rendez-vous chez le médecin ou autre conseiller médical, clinique ou hôpital									
6^e enfant									
Prénom		2 ^e prénom		Nom					
<input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille		Date de naissance (j/m/a)		Âge		Pays de naissance			
Taille		<input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm		Poids		<input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg		Lien avec la 1 ^{re} ou 2 ^e personne à assurer	
Date, raison et résultats du dernier rendez-vous chez le médecin ou autre conseiller médical, clinique ou hôpital									

6. Avenants d'assurance pour enfants

6.2 Médecin des enfants Fournissez les mêmes renseignements pour tout médecin additionnel à la section 6.4.	Nom du médecin régulier des enfants		Date du dernier rendez-vous (j/m/a)																					
	Adresse du médecin		Téléphone du médecin																					
	Nom du spécialiste des enfants		Date du dernier rendez-vous (j/m/a)																					
	Adresse du spécialiste		Téléphone du spécialiste																					
6.3 Antécédents médicaux des enfants Fournissez les détails de toute réponse affirmative à la section 6.4. La question 6.3.I s'applique uniquement à l'assurance maladies graves.	A Une demande d'assurance pour l'enfant a-t-elle déjà été refusée, reportée ou modifiée?				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non																			
	B Un enfant est-il né prématurément (moins de 36 semaines)? Dans l'affirmative, indiquez de quel enfant il s'agit et précisez son poids à la naissance à la section 6.4.				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non																			
	C L'enfant a-t-il subi une chirurgie ou été hospitalisé plus de trois (3) journées consécutives à la naissance ou par la suite?				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non																			
	D L'enfant a-t-il été traité ou testé pour des symptômes ou des signes d'autisme, de cancer, de tumeur ou de croissance tumorale, de paralysie cérébrale, de fibrose kystique, de cystite kystique, d'anomalies congénitales, de maladie du cœur, de syndrome de Down, de dystrophie musculaire, de maladie infectieuse ou d'un autre problème de santé ou a-t-il affiché de tels symptômes ou signes?				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non																			
	E L'enfant affiche-t-il un retard sur le plan du développement physique ou mental, ou une déficience, une maladie, un trouble, une condition ou une blessure qui nécessite des tests de suivi, des médicaments, un traitement ou une chirurgie?				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non																			
	F L'enfant prend-il actuellement ou a-t-il pris des médicaments, a-t-il dû subir un traitement ou des analyses sanguines, assister à une consultation spécialisée, subir des tests à rayon X, une échographie, un électrocardiogramme, une tomodensitométrie ou une IRM, une biopsie, une vérification par station diagnostic ou un test diagnostique qui a été suggéré ou qui n'a pas commencé, qui n'a pas été complété ou dont les résultats ne sont pas encore connus?				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non																			
	G L'enfant nommé à la section 6.1 habite-t-il à une adresse différente de celle de l'assuré 1 ou de l'assuré 2? Dans un tel cas, veuillez fournir les détails ci-dessous sur la personne avec qui l'enfant habite et sur la fréquence où l'assuré voit l'enfant.				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non																			
	H Au cours des deux (2) dernières années, un médecin ou un praticien de la santé vous a-t-il dit que votre taille, votre poids ou votre développement physique ne respectait pas les jalons normaux ou vous a-t-il suggéré de gagner ou de perdre du poids? OUI – veuillez fournir des détails : taille/poids/s'il y a eu une perte de poids au cours des douze (12) derniers mois.				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non																			
	I Est-ce que la mère biologique, le père biologique, le ou les frères biologiques ou la ou les sœurs biologiques de l'enfant/des enfants ont-ils déjà reçu, avant l'âge de 60 ans, un diagnostic de cancer, de crise cardiaque, de coronaropathie, d'accident vasculaire cérébral, de cardiomyopathie, de diabète, de maladie polykystique des reins, de chorée de Huntington, de maladie de Parkinson ou de fibrose kystique? Dans un tel cas, veuillez remplir le tableau suivant :				<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Relation avec l'enfant</th> <th>État (s'il s'agit d'un cancer, veuillez préciser)</th> <th>Âge au début de la maladie</th> <th>Âge (si la personne est vivante)</th> <th>Âge au décès</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>					Relation avec l'enfant	État (s'il s'agit d'un cancer, veuillez préciser)	Âge au début de la maladie	Âge (si la personne est vivante)	Âge au décès															
Relation avec l'enfant	État (s'il s'agit d'un cancer, veuillez préciser)	Âge au début de la maladie	Âge (si la personne est vivante)	Âge au décès																				
6.4 Détails Utilisez cette section pour donner des renseignements supplémentaires à la section 6.	Question	Nom de l'enfant	Détails																					

7. Exonération des primes du propriétaire pour Avantage Plus

7.1 Propriétaire demandant l'avenant d'exonération des primes	<input type="radio"/> 1 ^{er} propriétaire ou <input type="radio"/> 2 ^e propriétaire	Taille <input type="radio"/> pi/po <input type="radio"/> cm	Poids <input type="radio"/> lb <input type="radio"/> kg
Répondez aux questions 7.2 à 7.8 pour le propriétaire qui souhaite souscrire l'avenant d'exonération des primes.			
7.2	Le propriétaire travaille-t-il à temps plein? Si à temps partiel, indiquez le nombre d'heures par semaine. S'il ne travaille pas à temps plein, indiquez la raison et depuis combien de temps, ainsi que la dernière profession à la section 7.8. Si travailleur autonome ou propriétaire d'entreprise, veuillez préciser la nature de l'entreprise et les tâches.	1^{re} personne <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	2^e personne <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
7.3 Fournissez les détails de toute réponse affirmative à la section 7.8.	Au cours des cinq dernières années, le propriétaire a-t-il :		
	A Consulté un médecin, passé un électrocardiogramme ou un test diagnostique, ou a-t-il été en observation ou traitement dans un hôpital, une clinique ou un cabinet médical?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	B Été conseillé de passer un test diagnostique, d'être hospitalisé ou de subir une chirurgie, ce qu'il n'a pas encore fait, ou dont il ne connaît pas les résultats?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
7.4 Fournissez les détails de toute réponse affirmative à la section 7.8.	Le propriétaire souffre-t-il, a-t-il déjà souffert, ou eu un symptôme ou une indication de :		
	A Cancer, AVC, crise ou maladie cardiaque, douleurs thoraciques, angine de poitrine, hypertension artérielle, souffle cardiaque, maladie, affection ou trouble circulatoire ou sanguin, une neuropathie, douleur névralgique, asthme, emphysème ou maladie, affection ou trouble respiratoire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	B Diabète, trouble glandulaire ou thyroïdien, gonflement des ganglions lymphatiques, épilepsie, trouble mental, nerveux ou neurologique, dépression ou anxiété?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	C Maladie, affection ou trouble du système rénal, urinaire ou reproductif, trouble hépatique ou gastro-intestinal, hépatite ou porteur d'hépatite?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	D Perte de la vue, rétinopathie, amputation, difformité, arthrite, douleurs dorsales nécessitant un traitement ou un médicament ou maladie, affection ou trouble musculo-squelettique?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
7.5	Le propriétaire a-t-il déjà subi un test de dépistage du VIH, été informé qu'il était atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (sida) ou d'un trouble immunologique?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
7.6	Le propriétaire est-il actuellement en traitement ou prend-il un médicament? Dans l'affirmative, fournissez les détails à la section 7.8.	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
7.7 Fournissez les détails de toute réponse affirmative à la section 7.8.	Le propriétaire		
	A A-t-il déjà eu une proposition d'assurance vie ou d'assurance invalidité refusée, différée, surprimée ou retirée?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	B A-t-il, au cours des deux dernières années, piloté un avion, suivi un cours de pilotage ou fait de la course, de la plongée en scaphandre autonome, du parachutisme, du deltaplane ou toute autre activité ou sport dangereux ou extrême, ou prévoit-il le faire?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	C A-t-il, au cours des cinq dernières années, utilisé des amphétamines, narcotiques, barbituriques, hallucinogènes ou de la marijuana, ou reçu un traitement ou pris un médicament pour sa consommation d'alcool ou de drogue?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	D A-t-il eu son permis de conduire suspendu, révoqué ou, au cours des trois dernières années, eu trois ou plus infractions au Code de la route? Dans l'affirmative, fournissez les détails à la section 7.8, ainsi que le numéro du permis de conduire :	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	E Prévoit-il voyager ou séjourner à l'extérieur du Canada pendant plus de quatre semaines consécutives?	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
7.8 Détails	Question	Nom du propriétaire	Détails

8. Instructions au sujet des primes et de l'établissement

8.1

Paiement des primes

Si vous soumettez une proposition pour plusieurs polices d'assurance, nous appliquerons votre paiement de prime et les instructions relatives à l'établissement de la police à chaque police spécifiée dans la section 1.3, à moins d'indication contraire de votre part dans la section 8.4.

La prime initiale ne peut pas être retirée par PPA, à moins qu'une demande spécifique ne soit indiquée ici.

Les chèques doivent être libellés à l'ordre de **Foresters**.

Si une prime forfaitaire de 100 000 \$ ou plus est versée pour une police d'assurance vie permanente, remplissez le *Questionnaire pour les étrangers politiquement vulnérables* 105818 FR.

Renseignements importants pour le conseiller : Ne percevez pas de prime et ne remettez pas la Note de couverture si le montant total d'assurance vie ou d'assurance en cas de maladie grave demandé excède 1 000 000 \$ par personne assurée.

Si le produit demandé offre des catégories de tarification Privilégiée, la prime applicable aux taux Standard doit être soumise pour que la Note de couverture entre en vigueur. D'autres conditions préalables à l'assurance provisoire sont décrites dans la section 9.2.

Payeur de prime

Qui payera les primes de chaque police souscrite? Sélectionnez toutes les cases qui s'appliquent.

1^{er} propriétaire 2^e propriétaire 3^e propriétaire

Si un payeur de prime n'est pas le propriétaire ou la personne assurée en vertu de la police, remplissez la section 1.9.

Prime initiale

Retrait de la prime initiale par paiement par prélèvements automatiques (PPA); ou

Paiement de la prime initiale par chèque joint à la proposition (précisez) :

\$

Fréquence et méthode de paiement de la prime :

Facturation annuelle

PPA mensuel

Pour le PPA mensuel, prélever les primes du :

Même compte que celui de la police de Foresters numéro : _____

Compte indiqué sur le chèque annulé ci-joint

Spécimen de chèque annulé non disponible. Utilisez les renseignements bancaires ci-dessous :

N° de domiciliation

N° de bank

N° de compte

Compte chèques

Compte épargne

Nom de l'institution financière

Adresse

Ville

Province/Territoire

Code postal

Date du retrait demandée :

1^{er}

8^e

15^e

22^e

Si aucune date n'est indiquée, la date du retrait mensuel coïncidera avec la date de la police.

8.2

Langue et adresse postale

Si vous soumettez une proposition pour plusieurs polices d'assurance, donnez des instructions supplémentaires dans la section 8.4.

Langue de la police et des communications futures

English

français

Envoi des relevés et des communications futures (indiquez une seule adresse) :

Adresse du 1^{er} propriétaire

Adresse du 2^e propriétaire

Adresse du tiers désigné à la section 1.9

Autre:

Adresse postale (n° et rue, n° d'appartement)

Ville

Province/Territoire

Code postal

Pays

8.3

Instructions au sujet de l'établissement

Si vous soumettez une proposition pour plusieurs polices d'assurance, donnez des instructions supplémentaires dans la section 8.4.

Antidater pour conserver l'âge (jusqu'à six mois de la date de l'approbation du service de tarification pour l'assurance vie ou trois mois pour l'assurance en cas de maladie grave)

Indiquez la date (j/m/a)

Instructions spéciales sur la date :

S'il s'agit d'une proposition conjointe et qu'une personne est refusée :

Établir la protection sur la tête de la personne approuvée (par défaut)

Fermer le dossier

Si la décision de tarification est moins favorable que ce qui est indiqué sur la proposition :

Établir la police selon le montant demandé

Communiquer avec le conseiller (par défaut)

Propositions concomitantes sur la tête d'un membre de la famille ou d'un associé :

Établir ma protection dès qu'elle est approuvée (par défaut si non spécifié)

Attendre l'approbation de la protection sur la tête de :

8. Instructions au sujet des primes et de l'établissement

8.4 Suite des instructions supplémentaires au sujet des primes et de l'établissement

Utilisez cette section pour donner des instructions supplémentaires à notre Équipe des affaires nouvelles.

8.5 Entente relative au paiement par prélèvements automatiques (« entente »)

Aux fins de la présente entente : « assureur » se rapporte, selon le cas, à L'Ordre Indépendant des Forestiers ou à Foresters, compagnie d'assurance vie; « police » signifie un certificat ou une police établi(e) par l'assureur et inclut chaque avenant y étant joint.

En signant ci-dessous, le payeur atteste être le titulaire du compte indiqué sur le spécimen de chèque ANNULÉ ci-joint ou à la section 8.1 de la présente proposition d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie grave de Foresters (« proposition ») et accepte que :

1. L'assureur établissant une police soit autorisé, en vertu de la présente entente, à effectuer des prélèvements mensuels du compte indiqué aux présentes ou d'un autre compte spécifié ultérieurement ou substitué par le payeur pour effectuer des versements de primes et (ou) d'autres paiements relativement à chaque police établie par cet assureur à la suite de la présente proposition, en vue, par exemple, d'une assurance supplémentaire ou du remboursement d'une avance;
2. L'institution financière de laquelle les prélèvements doivent être effectués est autorisée à traiter tous les prélèvements de l'assureur comme si le payeur les avait effectués lui-même;
3. L'assureur se réserve le droit de déterminer la date et le montant du premier prélèvement, le cas échéant, pour chacune des polices qu'il établit, et que les montants des prélèvements subséquents peuvent varier;
4. La présente entente entre en vigueur immédiatement et le restera jusqu'à sa résiliation, ce que le payeur ou l'assureur peuvent faire en tout temps en remettant un avis d'au moins 30 jours à l'autre partie. Le payeur peut obtenir un formulaire d'annulation ou de plus amples renseignements sur son droit d'annuler une entente de PPA auprès de son institution financière ou sur le www.payments.ca;
5. Si les fonds ne sont pas disponibles en raison d'une insuffisance de fonds, l'assureur peut, à sa discrétion, prélever du compte du payeur, à la prochaine date de prélèvement prévue, le montant des fonds insuffisants applicable à chaque police alors en vigueur;
6. Le payeur dispose de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, le payeur a le droit de recevoir le remboursement de tout prélèvement qui n'est pas autorisé ou conforme à la présente entente. Pour obtenir de plus amples renseignements sur les droits de recours, le payeur peut communiquer avec son institution financière ou parcourir le www.payments.ca; et
7. Le payeur peut communiquer avec l'assureur à son adresse et son numéro de téléphone :
À l'attention de : Services aux propriétaires de police
Foresters, 789, ch. Don Mills, Toronto, ON M3C 1T9, 800 828-1540

Le payeur renonce au droit de recevoir un préavis : i) du montant et de la date du premier prélèvement et de tous les prélèvements subséquents; ii) de tout changement du montant du prélèvement pour chaque police en vigueur; et iii) de tout changement de montant qu'il a demandé par quelque moyen que ce soit.

Pour les ententes de paiement par prélèvements automatiques (PPA) seulement : Le payeur et le bénéficiaire conviennent de réduire le délai pour fournir la confirmation écrite de l'entente de PPA à trois (3) jours civils avant le premier prélèvement.

Les prélèvements mensuels relatifs à la présente entente sont : d'ordre personnel d'ordre professionnel

Signature du titulaire du compte

Date (j/m/a)

X

Signature du cotitulaire du compte

Date (j/m/a)

X

9. Proposition d'assurance provisoire

9.1 Questions relatives à l'assurance provisoire		1 ^{re} personne	2 ^e personne
<p>À la section 9.1, « vous », « votre » et « vos » s'entendent de chacune des 1^{re} et 2^e personnes, selon le cas, dont le nom est indiqué à la section 1.</p> <p>Aucun conseiller n'est autorisé à modifier la Note de couverture de quelque façon que ce soit.</p>	<p>A Êtes-vous âgé de plus de 66 ans ou de moins de 15 jours?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	<p>B Une proposition d'assurance sur votre tête a-t-elle déjà été surprimée, refusée ou modifiée?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	<p>C Avez-vous déjà eu un traitement, une indication, un signe ou un symptôme de cancer, tumeur, AVC, cardiopathie, trouble ou maladie des vaisseaux sanguins, diabète, perte de la parole, perte d'un membre, brûlures graves, surdité, c�civit�, trouble rénal, hépatique ou pulmonaire courant ou récurrent, maladie d'Alzheimer, maladie de Huntington, maladie de Parkinson, ou de maladie ou trouble du système nerveux?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	<p>D Avez-vous déjà eu, ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez, le virus de l'immunodéficiency humaine (VIH), un test de VIH positif ou un trouble ou une maladie du système nerveux?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	<p>E Au cours des deux dernières années, avez-vous été hospitalisé (sauf pour un accouchement)?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	<p>F Au cours des six derniers mois, est-ce qu'un trouble, une maladie, une blessure ou une affection vous a empêché de vaquer à vos activités régulières ou vous a obligé de vous absenter du travail pendant plus de sept jours civils consécutifs?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
	<p>G Avez-vous un symptôme, une maladie ou une douleur pour lequel ou laquelle vous n'avez pas encore obtenu une consultation médicale ou pour lequel ou laquelle un traitement ou un test a été recommandé, prévu ou est en attente, ou de tests dont vous ne connaissez pas les résultats?</p>	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non
<p>9.2 Conditions préalables à l'assurance provisoire</p>	<p>Sous réserve des dispositions de la Note de couverture incluse avec la présente proposition 105850 CAN, l'assurance provisoire sera fournie à une personne à assurer si chacune des conditions préalables suivantes est satisfaite :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 Cette personne à assurer a plus de 14 jours et moins de 66 ans à la date où le conseiller signe la présente Note de couverture. 2 Toutes les réponses aux questions de la section sur la proposition d'assurance provisoire sont négatives par rapport à cette personne et véridiques. 3 Au moins 1/12^e du montant total de la prime annuelle de chaque police demandée est fourni avec la proposition par chèque ou prélèvement automatique honoré sur présentation à l'institution financière de laquelle il doit être prélevé. La prime annuelle totale est basée sur un taux Standard, même si la police demandée offre des catégories de tarification Privilégiée. 4 Chaque personne à assurer et propriétaire a signé la proposition à la date à laquelle le conseiller a signé la Note de couverture ou avant. <p>Si une police conjointe est demandée, les deux assurés doivent présenter une proposition et être admissibles à la protection prévue en vertu de la note de couverture pour que cette protection entre en vigueur. Si un avenant d'assurance conjointe est demandé, la 2^e personne ne peut présenter une proposition et être admissible à la protection prévue en vertu de la note de couverture que si la 1^{re} personne présente une proposition et est admissible à la protection prévue en vertu de la note de couverture. Si des polices distinctes sont demandées pour la 1^{re} personne et la 2^e personne, celles-ci peuvent alors, indépendamment l'une de l'autre, présenter une proposition et être admissibles à la protection prévue en vertu de la note de couverture.</p> <p>Si une ou plusieurs conditions préalables ne sont pas remplies, aucune assurance provisoire ne prend effet pour l'assuré, même si nous avons remis l'entente provisoire de couverture d'assurance à un assuré ou à un titulaire, ou si nous avons fourni ou perçu une prime ou encore autorisé sa déduction.</p>		

10. Ententes et autorisations

<p>10.1 Entente</p>	<p>Le terme « proposition » fait référence à la présente proposition d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie grave de Foresters. « Je et moi » font référence individuellement à chaque personne désignée dans la présente proposition à titre de personne à assurer ou de propriétaire, ou de parent ou tuteur légal signant la présente proposition en relation avec un enfant mineur. « Personne à assurer » fait référence à chaque personne désignée comme 1^{re} ou 2^e personne à assurer dans la présente proposition. « Assureur » fait référence à L'Ordre Indépendant des Forestiers et à Foresters, compagnie d'assurance vie. « Propriétaire » fait référence à chaque personne désignée comme 1^{er} ou 2^e propriétaire dans la présente proposition. « Police » signifie un certificat ou une police établi(e) par l'assureur et inclut chaque avenant y étant joint.</p> <p>En signant la présente proposition, je conviens que :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les déclarations et les réponses contenues dans la présente demande, ainsi que les autres preuves d'assurabilité sign�es ou que j'ai fournies, y compris la déclaration médicale, le rapport d'examen médical et tout questionnaire, sont véridiques et complètes, et chaque assureur en tiendra compte pour décider s'il doit délivrer une police. 2. Une police établie par un assureur, le cas échéant, ne prendra effet que conformément aux dispositions de ladite police, qui peuvent inclure des facteurs comme la date de l'approbation de la proposition, la date de l'établissement de la police, le paiement de la première prime, et s'il n'y a eu aucun changement dans l'assurabilité d'une personne à assurer comme il est décrit dans la police.
--------------------------------	--

10. Ententes et autorisations

10.1 Entente, suite

3. Aucun conseiller, médecin examinateur ni aucune autre personne n'est autorisé à émettre l'avis que toute réponse ou information fausse ou incomplète est acceptable, et n'a le pouvoir de conclure, modifier ou libérer une police, à l'exception du président ou du secrétaire général de Foresters ou de leurs successeurs.
 4. L'acte constitutif et la constitution de Foresters, actuellement en vigueur ou modifiés ultérieurement, font partie du contrat intégral de chaque police établie par L'Ordre Indépendant des Forestiers.
 5. Si je signe la présente demande au nom d'un enfant, je confirme que je connais suffisamment ses antécédents médicaux pour répondre avec précision à toutes les questions et que j'ai le pouvoir de consentir à l'assurance demandée dans la présente demande, et délivrée, le cas échéant, sur la vie de cet enfant.
 6. La langue de chaque police établie en conséquence de cette proposition et toute la correspondance s'y rapportant sera la même que celle de la présente proposition, sauf indication contraire à la section 8.2.
 7. Pour certains produits offerts par L'Ordre Indépendant des Forestiers, si l'assuré a 16 ans ou moins au moment de la délivrance de la police, l'assuré devient titulaire de la police à son 16^e anniversaire.
 8. L'assurance provisoire, le cas échéant, est assujettie à la Note de couverture et accusé de réception inclus avec la présente proposition 105850 CAN FR, y compris les conditions préalables, peu importe si a) la Note de couverture a été ou non remise à une personne à assurer ou à un propriétaire; et b) une prime a été acquittée, par quelque méthode que ce soit, avec la présente proposition, ou une prime a été perçue par nous par la suite.
 9. Je, la/le propriétaire, ai reçu une copie de la page des Avis importants. Ou s'il s'agit d'un proposant qui n'est pas propriétaire : j'ai examiné l'Avis concernant le MIB contenu dans la page des Avis importants. Toutefois, s'il s'agit d'une proposition électronique sur InsuranceAssist : En tant que propriétaire ou proposant, je comprends que la page des Avis importants sera accessible sous forme électronique dans le cadre du processus de signature électronique.
- Je comprends et conviens également que
- A. Chaque titulaire ratifie les modifications ou les corrections apportées à la présente demande, le cas échéant, par un assureur si l'assuré ou le titulaire ne retourne pas la police à l'assureur pendant la période d'annulation. On peut apporter ces modifications ou corrections directement sur le présent formulaire de demande ou en faisant modifier la présente demande.
 - B. La présente proposition et les documents connexes peuvent être remplis, signés ou soumis à chaque assureur verbalement ou par voie électronique, y compris, sans toutefois s'y limiter, par courriel ou télécopieur.
 - C. Chaque assureur peut communiquer avec moi ou m'envoyer des messages, y compris des messages préenregistrés, des messages textes, des appels ou des messages au moyen d'un système téléphonique à composition automatique, au(x) numéro(s) de téléphone, dont les numéros de téléphone sans fil, qui sont fournis dans la présente proposition ou que je fournirai ultérieurement.
 - D. Si j'ai fourni une adresse de courriel courante ou d'autres coordonnées électroniques dans la présente proposition ou ultérieurement, chaque assureur peut utiliser cette adresse de courriel ou ces coordonnées pour m'envoyer électroniquement des messages, des renseignements ou des documents se rapportant, directement ou indirectement, à la présente proposition, à une personne assurée, à la police, à l'adhésion, à un événement, à un bénéfice, à une demande de règlement, à l'administration ou à d'autres produits et services.
 - E. Les employés de l'assureur, les prestataires de services, les représentants, les réassureurs et tous leurs prestataires de services peuvent être situés à l'étranger. Par conséquent, vos renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois d'autres territoires de compétence et divulgués en réponse à des demandes ou exigences d'une instance gouvernementale, d'un tribunal ou d'un organisme d'application de la loi dans ces pays.

10.2 Autorisation

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Les définitions suivantes s'appliquent aux fins de la présente autorisation : « proposition », « je et moi », « personne à assurer », « assureur », « propriétaire » et « police » ont les mêmes significations que celles qui leur sont attribuées à la section « Entente » de la présente proposition. « Personne autorisée » signifie chaque assureur, réassureur, conseiller, agence d'assurance, agent général délégué et intermédiaire de marché lié à la présente proposition ou à la police, ainsi qu'à leurs société mère, sociétés affiliées et représentants autorisés respectifs et aux personnes fournissant des services en leur nom relativement aux fins autorisées ou à la présente proposition, à la police, à une demande de règlement, à une adhésion ou à la gestion des activités respectives de chacun. « Enfant autorisé » signifie chaque personne de moins de 16 ans (18 ans au Québec) proposée pour l'assurance dans la présente proposition et pour qui je signe la présente proposition à titre de parent ou de tuteur légal. « Fins autorisées » signifient l'évaluation, le service ou l'administration de la protection d'assurance, de chaque police, demande de règlement ou bénéfice de l'adhésion; la vérification de l'identité, la révision, l'analyse de perte de données, la conformité; la déclaration aux fins d'impôt; l'information sur les bénéfices de l'adhésion; l'évaluation et l'offre d'autres produits et services; ou toute autre fin exigée ou permise par la loi.

Autres produits et services

Votre consentement en relation avec l'offre d'autres produits et services est facultatif.
Si vous ne désirez pas consentir à cette fin, cochez ici ou écrivez à notre chef de la protection des renseignements personnels à : Foresters, 789, chemin Don Mills, Toronto, ON M3C 1T9.

10. Ententes et autorisations

<p>10.2 Autorisation, suite Partage de renseignements supplémentaires avec votre conseiller</p>	<p>Le soussigné autorise-t-il l'assureur à partager, à sa discrétion, les renseignements suivants sur lui ou sur chaque enfant autorisé avec votre conseiller, s'ils influencent la décision de l'assureur de l'assurer, ou d'assurer un enfant autorisé et, le cas échéant, sur quelle base :</p> <ul style="list-style-type: none"> • les constatations de cet assureur à propos de l'hypertension, du taux de cholestérol ou de la corpulence; et • les renseignements de la présente proposition, des questionnaires supplémentaires, de l'entrevue paramédicale ou de toute autre preuve d'assurabilité? 																																													
<p>Collecte, utilisation et divulgation de renseignements</p>	<table border="1" data-bbox="300 262 1567 346"> <thead> <tr> <th>1^{re} personne à assurer</th> <th>2^e personne à assurer</th> <th>1^{er} propriétaire</th> <th>2^e propriétaire</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</td> </tr> </tbody> </table> <p>En signant la présente proposition, j'autorise, en mon nom et au nom de chaque enfant autorisé, la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements et de ceux de chaque enfant autorisé comme suit : aux fins autorisées par les personnes autorisées et entre elles, et entre les professionnels de la santé, médecins, hôpitaux, cliniques, établissements de santé, employeurs, organismes gouvernementaux, services provinciaux des régimes d'assurance-maladie et des véhicules à moteur, entités d'assurance, MIB Inc., pharmacies, gestionnaires de régimes d'assurance médicaments, gestionnaires des avantages sociaux, institutions financières, agences d'enquête ou de renseignements sur les consommateurs, organismes d'application de la loi, assureurs, réassureurs, bénéficiaires, demandeurs. Chaque assureur peut faire un bref rapport à propos de moi et de chaque enfant autorisé au MIB, Inc., même si la présente proposition est annulée ou retirée, et fournir mes renseignements médicaux au médecin de famille identifié à la section 5 de la présente proposition et les renseignements médicaux de chaque enfant autorisé au médecin régulier identifié à la section 6 de la présente proposition au cas où l'assurance serait supprimée, restreinte, offerte ou non.</p> <p>Chaque signataire de la présente autorisation peut révoquer son autorisation à l'égard de cet assureur en lui envoyant un avis écrit à cet effet. Toutefois, cette révocation ne touchera pas la ou les actions entreprises avant la réception de l'avis et n'empêchera pas l'assureur d'utiliser les renseignements personnels afin d'administrer une police, de faire rapport au MIB, Inc., de fournir des renseignements sur les bénéficiaires de l'adhésion ou d'administrer ces bénéficiaires.</p> <p>Consentement pour la livraison électronique du contrat d'assurance et des documents connexes.</p> <p>Au lieu de recevoir des documents papier, est-ce que vous (le propriétaire signant ci-dessous) consentez à la livraison électronique du contrat d'assurance et des documents connexes à l'adresse électronique figurant plus bas dans la présente demande? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non</p>	1 ^{re} personne à assurer	2 ^e personne à assurer	1 ^{er} propriétaire	2 ^e propriétaire	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																																								
1 ^{re} personne à assurer	2 ^e personne à assurer	1 ^{er} propriétaire	2 ^e propriétaire																																											
<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non	<input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non																																											
<p>10.3 Signatures</p> <p>Signature des personnes à assurer Doivent avoir au moins 16 ans (18 ans au Québec).</p> <p>Signature de l'enfant assuré en vertu de l'avenant temporaire pour enfant Requise si un enfant assuré est âgé d'au moins 16 ans, ou d'au moins 18 ans au Québec.</p> <p>Signature du ou des propriétaires Si non signataire(s) ci-dessus</p> <p>Signature du parent ou tuteur légal Si non signataire ci-dessus</p>	<p>Je comprends et conviens que ma signature ci-dessous s'applique à cette proposition intégrale et aux fins s'y rapportant.</p> <p>X</p> <table border="1" data-bbox="300 1071 1567 1911"> <tbody> <tr> <td>Signature de la 1^{re} personne à assurer</td> <td>Signée dans la province/le territoire</td> <td>Date (j/m/a)</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Signature de la 2^e personne à assurer</td> <td>Signée dans la province/le territoire</td> <td>Date (j/m/a)</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Signature de l'enfant assuré</td> <td>Signée dans la province/le territoire</td> <td>Date (j/m/a)</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Signature de l'enfant assuré</td> <td>Signée dans la province/le territoire</td> <td>Date (j/m/a)</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Signature de l'enfant assuré</td> <td>Signée dans la province/le territoire</td> <td>Date (j/m/a)</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Signature du 1^{er} propriétaire</td> <td>Signée dans la province/le territoire</td> <td>Date (j/m/a)</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Signature du 2^e propriétaire</td> <td>Signée dans la province/le territoire</td> <td>Date (j/m/a)</td> </tr> <tr> <td>X</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Signature du parent ou tuteur légal d'une personne à assurer de moins de 16 ans (18 ans au Québec)</td> <td>Signée dans la province/le territoire</td> <td>Date (j/m/a)</td> </tr> </tbody> </table>	Signature de la 1 ^{re} personne à assurer	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)	X			Signature de la 2 ^e personne à assurer	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)	X			Signature de l'enfant assuré	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)	X			Signature de l'enfant assuré	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)	X			Signature de l'enfant assuré	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)	X			Signature du 1 ^{er} propriétaire	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)	X			Signature du 2 ^e propriétaire	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)	X			Signature du parent ou tuteur légal d'une personne à assurer de moins de 16 ans (18 ans au Québec)	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)
Signature de la 1 ^{re} personne à assurer	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)																																												
X																																														
Signature de la 2 ^e personne à assurer	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)																																												
X																																														
Signature de l'enfant assuré	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)																																												
X																																														
Signature de l'enfant assuré	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)																																												
X																																														
Signature de l'enfant assuré	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)																																												
X																																														
Signature du 1 ^{er} propriétaire	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)																																												
X																																														
Signature du 2 ^e propriétaire	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)																																												
X																																														
Signature du parent ou tuteur légal d'une personne à assurer de moins de 16 ans (18 ans au Québec)	Signée dans la province/le territoire	Date (j/m/a)																																												

Le produit Avantage Plus est établi par L'Ordre Indépendant des Forestiers. L'assurance temporaire, l'assurance vie entière sans participation et l'assurance en cas de maladie grave Soins à Vie sont établies par Foresters, compagnie d'assurance vie. L'adresse pour les deux compagnies d'assurance est 789, ch. Don Mills, Toronto, ON M3C 1T9.

11. Rapport du conseiller

11.1 Renseignements sur le conseiller	Nom du conseiller (prénom, 2 ^e prénom, nom)					
	Code du conseiller		Code de l'agence		Partage %	
	Nom du conseiller (prénom, 2 ^e prénom, nom)					
	Code du conseiller		Code de l'agence		Partage %	
	Nom du conseiller (prénom, 2 ^e prénom, nom)					
Code du conseiller		Code de l'agence		Partage %		
11.2 Renseignements sur l'AGD	Agent général délégué				Apposer le timbre de l'AGD, le cas échéant	
	Code d'AGD					
	Nom de la personne-ressource au bureau de l'AGD					
	Numéro de téléphone de la personne-ressource					
	Adresse de courriel de la personne-ressource					
11.3 Lien avec la personne à assurer et divulgation			1^{re} personne	2^e personne		
	Depuis combien d'années connaissez-vous chaque personne à assurer?		années		années	
	Si vous êtes apparenté à une des personnes à assurer, quelle est la nature de votre relation?					
	⁵ Une vérification d'identité est requise en vertu de la section 1.6. Par conséquent, cette proposition ne peut être remplie par téléphone ou par courrier que si l'examen paramédical est effectué en raison de l'âge ou du montant d'assurance demandé.					
	Qui a pris l'initiative de remplir la présente proposition? <input type="radio"/> Propriétaire <input type="radio"/> Personne à assurer <input type="radio"/> Conseiller <input type="radio"/> Autre (précisez) :					
	Avez-vous rencontré le ou les propriétaires et personnes à assurer en personne? <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non Si non, fournissez les détails : <input type="radio"/> Téléphone et/ou courriel ⁵ <input type="radio"/> e-app/InsuranceAssist <input type="radio"/> Vidéoconférence/Skype					
	Êtes-vous au courant de certains faits non divulgués dans la présente proposition qui pourraient influencer sur l'assurabilité d'une personne à assurer? Dans l'affirmative, fournissez les détails : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
	Cette police est-elle souscrite dans l'intention d'en transférer la propriété? Dans l'affirmative, fournissez les détails : <input type="radio"/> oui <input type="radio"/> non					
11.4 Exigences commandées			1^{re} personne	2^e personne	1^{re} personne	2^e personne
	Signes vitaux		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Examen médical	
	Urine/VIH		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Électrocardiogramme	
	Profil sanguin		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	ECG sur tapis roulant	
	Examen paramédical		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rapport de véhicule automobile	
	Nom du fournisseur de services paramédicaux				Numéro de la commande	
Avec qui faut-il communiquer pour obtenir un rapport d'inspection?				Meilleur moment pour appeler		

Avis importants

Avis concernant le MIB

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. Nous ou nos réassureurs pourrions toutefois envoyer un bref compte rendu à ce sujet à MIB Inc., précédemment connu sous le nom de Medical Information Bureau, un organisme sans but lucratif regroupant les compagnies d'assurance vie et effectuant un échange de renseignements pour le compte de ses membres. Si une personne désignée dans cette proposition présente une demande à une autre société membre du MIB en vue d'obtenir une assurance vie, invalidité ou maladie, ou si une demande de règlement lui est soumise, le MIB lui fournira sur demande les renseignements figurant dans ses dossiers. Sur réception d'une demande de votre part, le MIB vous divulguera tous les renseignements figurant dans votre dossier. Si vous doutez de l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez communiquer avec le MIB pour demander une rectification. L'adresse du MIB est : MIB, 330, av. University, Toronto, Ontario M5G 1R7. Son numéro de téléphone est le 416 597-0590, et l'adresse de son site Web est www.mib.com.

Vos renseignements personnels et votre vie privée

Le respect de votre vie privée est important pour Foresters. Nous conserverons vos renseignements personnels dans un dossier confidentiel qui sera utilisé dans nos bureaux dans le but de vous fournir nos produits et services, ainsi que des renseignements sur l'adhésion à Foresters. Les renseignements contenus dans votre dossier seront continuellement collectés, utilisés et divulgués par Foresters, ses employés, réassureurs, agents, représentants, fournisseurs de services ou consultants professionnels afin de déterminer votre admissibilité à nos produits et services; d'évaluer et d'administrer les demandes de règlement; d'administrer votre police et de vous poser des questions; de vous renseigner sur les bénéfices de l'adhésion et de vous les fournir; de vous fournir des renseignements au sujet des produits, services ou bénéfices de membre pouvant répondre à vos besoins; de nous aider à améliorer continuellement nos services et à concevoir des programmes pour nos membres; ainsi que tel qu'il est décrit dans la section Autorisation de la proposition d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie grave de Foresters que vous avez signée. Nous restreindrons l'accès à votre dossier à nos employés, fournisseurs de services, représentants, sociétés affiliées et réassureurs qui ont besoin des renseignements dans l'exercice des fonctions qu'ils exercent en notre nom, et à toute personne ou organisation à qui vous avez donné votre consentement. Les employés de l'assureur, les prestataires de services, les représentants, les réassureurs et tous leurs prestataires de services peuvent être situés à l'étranger. Par conséquent, vos renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois d'autres territoires de compétence et divulgués en réponse à des demandes ou exigences d'une instance gouvernementale, d'un tribunal ou d'un organisme d'application de la loi dans ces pays. Vous pouvez avoir accès aux renseignements personnels que nous détenons dans votre dossier et, au besoin, les faire rectifier. Vous pouvez aussi nous demander de vous envoyer des renseignements sur nos produits, services ou bénéfices de membre. Il vous suffit de nous écrire à Chef de la protection des renseignements personnels de Foresters, 789, chemin Don Mills, Toronto, Ontario, M3C 1T9. Pour consulter notre plus récente Politique de confidentialité, veuillez visiter notre site Web au www.foresters.com.

Déclaration de divulgation du conseiller

Le conseiller désigné dans la proposition d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie grave de Foresters est un conseiller en assurance indépendant, titulaire d'un permis, autorisé par l'assureur, soit Foresters, compagnie d'assurance vie, soit L'Ordre Indépendant des Forestiers, ou les deux, à soumettre une proposition en relation avec le produit que vous avez demandé dans la présente proposition et qui est offert par cet assureur. Si l'assureur établit une police en réponse à la proposition, le conseiller pourra recevoir une rémunération dudit assureur pouvant inclure une commission de première année et/ou une commission de service annuelle, des bonis, la participation à des congrès ou d'autres récompenses.

Prise d'une décision éclairée

Si vous souhaitez obtenir plus d'informations sur la protection d'assurance qui vous convient, vous pouvez consulter un exemple de police au foresters.com/fr-ca/pour-les-conseillers/exemple-de-contrats. Votre conseiller en assurance est aussi en mesure de répondre à toutes vos questions.

À propos de la Financière Foresters

Depuis 1874, la Financière Foresters offre des services financiers socialement responsables aux personnes et aux familles. La société comprend L'Ordre Indépendant des Forestiers, la plus ancienne société de secours mutuel non confessionnelle. Foresters est une société aux objectifs bien définis qui visent à augmenter le bien-être de la famille et de la communauté. Elle offre des produits d'assurance à plus de trois millions de membres et de clients au Canada, aux États-Unis et au Royaume-Uni.

Note de couverture et accusé de réception

Définitions

« Personne à assurer » et « propriétaire » signifient respectivement chaque personne désignée comme personne à assurer et/ou propriétaire à la section 1 de la présente proposition. Proposition signifie la proposition d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie grave de Foresters signée par ou au nom de chaque personne à assurer et propriétaire. « Note de couverture » signifie la présente Note de couverture et accusé de réception. Assureur fait référence à L'Ordre Indépendant des Forestiers et à Foresters, compagnie d'assurance vie. Affections couvertes font référence à la définition ou à la description des affections couvertes dans la police d'assurance en cas de maladie grave demandée dans la présente proposition.

Conditions préalables à l'assurance provisoire

Sous réserve des dispositions de la présente Note de couverture, l'assurance provisoire sera fournie à une personne à assurer si chacune des conditions préalables suivantes est satisfaite :

1. Cette personne à assurer a plus de 14 jours et moins de 66 ans à la date où le conseiller signe la présente Note de couverture.
2. Toutes les réponses aux questions de la section sur la proposition d'assurance provisoire sont négatives par rapport à cette personne et véridiques.
3. Au moins 1/12^e du montant total de la prime annuelle de chaque police demandée est fourni avec la proposition par chèque ou prélèvement automatique honoré sur présentation à l'institution financière de laquelle il doit être prélevé. La prime annuelle totale est basée sur un taux Standard, même si la police demandée offre des catégories de tarification Privilégiée.
4. Chaque personne à assurer et propriétaire a signé la proposition à la date à laquelle le conseiller a signé la Note de couverture ou avant.

Si une police conjointe est demandée, les deux assurés doivent présenter une proposition et être admissibles à la protection prévue en vertu de la note de couverture pour que cette protection entre en vigueur. Si un avenant d'assurance conjointe est demandé, la 2^e personne ne peut présenter une proposition et être admissible à la protection prévue en vertu de la note de couverture que si la 1^{re} personne présente une proposition et est admissible à la protection prévue en vertu de la note de couverture. Si des polices distinctes sont demandées pour la 1^{re} personne et la 2^e personne, celles-ci peuvent alors, indépendamment l'une de l'autre, présenter une proposition et être admissibles à la protection prévue en vertu de la note de couverture.

Si une ou plusieurs conditions préalables ne sont pas remplies, aucune assurance provisoire ne prend effet pour l'assuré, même si nous avons remis l'entente provisoire de couverture d'assurance à un assuré ou à un titulaire, ou si nous avons fourni ou perçu une prime ou encore autorisé sa déduction.

Début et fin de l'assurance provisoire

Si toutes les conditions préalables sont satisfaites, l'assurance provisoire aux termes de la présente Note de couverture entrera en vigueur à la date et à l'heure auxquelles la présente entente est signée, et elle prendra fin automatiquement à la première des éventualités suivantes, telles qu'elles sont indiquées dans les dossiers de l'assureur :

- a. le 90^e jour de la date d'entrée en vigueur de la présente assurance provisoire;
- b. la date à laquelle l'assurance entre en vigueur en vertu de la police demandée;
- c. la date à laquelle une police autre que celle demandée est offerte par un assureur;
- d. la date à laquelle la proposition est retirée, annulée, suspendue ou refusée, verbalement ou par écrite.
- e. la date la plus tardive entre la date à laquelle l'assureur envoie à une personne assurée ou à un propriétaire un avis de résiliation de la Note de couverture, et la date dudit avis de résiliation;
- f. la date à laquelle le chèque remis avec la proposition ou le prélèvement automatique n'est pas honoré sur présentation.

Conditions et exclusions

1. Aucune assurance vie provisoire n'entre en vigueur sur la tête d'une personne qui ne demande qu'une assurance en cas de maladie grave dans la présente proposition.
2. Aucune assurance provisoire n'entre en vigueur pour une affection couverte d'une personne à assurer qui ne demande pas une assurance en cas de maladie grave dans la présente proposition.
3. La présente Note de couverture sera nulle et non avenue et l'obligation de chaque assureur se limite au remboursement du paiement perçu en relation avec la proposition : a) en cas de fraude, de fausse déclaration ou de non-divulcation dans la proposition ou dans un document présenté comme preuve d'assurabilité, notamment, mais sans s'y restreindre, un rapport ou questionnaire paramédical; ou b) si le décès ou l'affection couverte est attribuable à une des causes suivantes : suicide ou tentative de suicide; blessure auto-infligée; ingestion ou administration volontaire ou involontaire d'un médicament, prescrit ou non; consommation d'alcool, ou affection attribuable à l'alcool, à un médicament ou à une drogue.
4. Aucune assurance provisoire n'est offerte pour les affections couvertes suivantes : a) cancer, b) tumeur cérébrale, ou c) affection couverte diagnostiquée pendant que la présente Note de couverture est en vigueur et dont la personne à assurer décède dans les 30 jours de la date du diagnostic.

Entente intégrale

La présente Note de couverture contient toutes les modalités de l'assurance provisoire. Personne, y compris le conseiller, n'est autorisé à lever, amender ou modifier les dispositions de la présente Note de couverture. Aucune couverture ne prendra effet, sauf dans les cas prévus par la présente entente.

Versement des prestations

Sous réserve des modalités de la présente Note de couverture :

1. Si la personne à assurer avait demandé une assurance vie dans la proposition et décède pendant que la présente Note de couverture est en vigueur, l'assureur établissant l'assurance vie demandée paiera, en vertu de la présente Note de couverture et de toute autre assurance provisoire en vigueur auprès de l'assureur sur la tête de cette personne à la date de son décès, le moindre des montants suivants : 1 000 000 \$ ou le montant d'assurance vie demandée dans la proposition. Cependant, dans le cas d'une assurance payable au premier décès, ce montant sera versé uniquement au moment du décès de la première personne assurée. Dans le cas d'une assurance payable au dernier décès, ce montant sera versé uniquement au moment du décès de la dernière personne assurée. Le montant payable sera versé au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans la proposition.
2. Si une personne à assurer qui avait demandé une assurance en cas de maladie grave dans la proposition reçoit pour la première fois un diagnostic d'une affection couverte pendant que la présente Note de couverture est en vigueur, l'assureur établissant l'assurance en cas de maladie grave demandée paiera, en vertu de la présente Note de couverture et de toute autre assurance provisoire en vigueur auprès de l'assureur pour cette personne à la date à laquelle la personne assurée a reçu le diagnostic pour la première fois le moindre des montants suivants : 500 000 \$ ou le montant d'assurance en cas de maladie grave demandée dans la proposition. Le montant payable sera versé en parts égales à chaque propriétaire.

La somme de _____ \$ a été versée ou autorisée lorsque la proposition a été remplie et signée.

Nom du conseiller

Signature du conseiller

Date (j/m/a)

X

Financière
Foresters 

L'Ordre Indépendant des Forestiers (Foresters)

Foresters, compagnie d'assurance vie

789, ch. Don Mills Road, Toronto, ON M3C 1T9
800 828-1540

La 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, chemin Don Mills, Toronto, Canada M3C 1T9) et de ses filiales.