

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

VERSION
MAI 2023



assurance vie et assurance maladie complémentaire

En tant que titulaire de contrat de l'Assurance vie Équitable, vous aurez instantanément accès aux renseignements sur votre contrat par l'entremise du site **Accès à la clientèle Équitable!**

Qu'est-ce que le site Accès à la clientèle de l'Équitable?

Il s'agit de notre site en ligne sécurisé qui vous permet d'accéder à des outils et à des renseignements sur votre contrat, à votre portée. Grâce au site **Accès à la clientèle de l'Équitable** vous pouvez :

- **Visualiser les particularités du contrat, y compris :**
 - le total de la somme assurée ou de la prestation de décès
 - les bénéficiaires
 - la valeur de rachat actuelle (s'il y a lieu)
 - les placements (contrats d'assurance vie universelle)
 - l'historique des opérations
 - le montant de la prime, le mode de paiement et la prochaine date d'exigibilité

- **Mettre à jour vos renseignements personnels, y compris :**
 - l'adresse et les coordonnées
 - les renseignements bancaires et la date du débit préautorisé
 - les bénéficiaires

- **Accéder à vos relevés et vos lettres.**

- **Et plus encore!**

Il y a deux façons de s'inscrire à l'Accès à la clientèle de l'Équitable :

- 1) En inscrivant votre adresse courriel sur la présente proposition. Dès que votre contrat entre en vigueur, l'Assurance vie Équitable vous enverra par courriel un lien à l'Accès à la clientèle.
- 2) En visitant le site client.equitable.ca/client/fr et en cliquant sur « Créer le compte » dès que vous recevez votre contrat.

Avez-vous des questions? Aimerez-vous que l'on vous aide à créer votre compte? Notre équipe du Service à la clientèle se fera un plaisir de vous aider.

Vous pouvez la joindre au 1 800 668-4095 :

- Du lundi au jeudi de 8 h 30 à 18 h (HE)
- Le vendredi de 8 h 30 à 17 h (HE)

DIRECTIVES À L'INTENTION DES CONSEILLERS

1. Le présent formulaire doit être utilisé pour :
 - a) les nouvelles propositions d'assurance vie individuelle ou d'assurance maladies graves;
 - b) la transformation d'un avenant de protection pour enfants (APE) ou les transformations de l'assurance vie temporaire comportant des ajouts devant être soumises au processus de tarification;
 - c) l'exercice de l'option d'assurabilité garantie;
 - d) l'ajout d'une personne assurée à un contrat en vigueur.
2. Cette proposition convient à une demande d'assurance pour deux personnes adultes et leurs enfants (couverture offerte en vertu de l'avenant de protection pour enfants). Toutes les sections qui doivent être remplies par la deuxième personne à assurer sont clairement indiquées dans la proposition d'assurance. S'il y a plus de deux personnes à assurer, une ou des propositions supplémentaires doivent être remplies.
3. COMMENT REMPLIR LA PROPOSITION
 - a) Veuillez vous assurer d'indiquer des réponses claires et complètes dans les cases vides réservées à cette fin. Si les questions sont posées par une conseillère ou un conseiller, elles doivent l'être telles quelles, mot pour mot, sans être paraphrasées.
 - b) Veuillez NE PAS utiliser de correcteur liquide.
 - c) Veuillez vous assurer que toutes les personnes à assurer ainsi que la titulaire ou le titulaire du contrat apposent leurs initiales à toute correction ou toute modification apportée.
 - d) Veuillez vérifier les identités, conformément à la législation sur le recyclage de l'argent.
 - e) Si le contrat est détenu par une entité, veuillez remplir le formulaire Renseignements sur l'entreprise (n° 594FR) pour les contrats d'assurance vie universelle et d'assurance vie entière.
 - f) S'il s'agit d'une proposition d'assurance maladies graves, veuillez passer en revue les questions du Questionnaire de présélection (n° 347FR) avec les personnes à assurer pour déterminer l'admissibilité à la couverture avant de commencer à remplir la proposition.
 - g) Tous les questionnaires et les formulaires Renseignements sur l'entreprise (n° 594FR), Mise à jour des renseignements du client (n° 1027FR) et Renseignements sur le tiers (n° 31FR) sont disponibles sur le site RéseauÉquitable^{MC}.
4. RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ (sections 15 et 16) :
 - a) DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS POUR L'AVENANT DE PROTECTION POUR ENFANTS (APE) (section 15)
 - à remplir pour tous les enfants couverts en vertu d'un avenant de protection pour enfants
 - b) RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ (section 16)
 - à remplir pour toutes les personnes à assurer (sauf les enfants couverts en vertu d'un avenant de protection pour enfants). Questions nécessitant des réponses de la part de toute personne à assurer âgée de 16 ans et plus, ou encore du parent ou de la tutrice ou tuteur légal agissant au nom des enfants n'ayant pas atteint l'âge de 16 ans.
5. SIGNATURES (section 17)
 - a) Toutes les personnes à assurer et les enfants âgés de 16 ans et plus (18 ans et plus au Québec), doivent signer le formulaire aux endroits indiqués.
 - b) Tous les titulaires de contrat doivent signer le formulaire aux endroits indiqués.
 - c) Si le titulaire du contrat est une société par actions ou un groupement sans personnalité morale, la signature doit comprendre le nom exact de cette société par actions ou de ce groupement sans personnalité morale, la signature d'une signataire ou d'un signataire autorisé et son titre, en plus du sceau de la compagnie (si possible).
6. ENTENTE RELATIVE À LA TRADUCTION ET DÉCLARATION (section 18)

Veuillez remplir cette section si la proposition d'assurance a été traduite ou bénéficie de toute personne à assurer ou titulaire dans une langue qui n'est pas le français.
7. CONVENTION D'ASSURANCE PROVISOIRE (CAP)

CAP POUR L'ASSURANCE VIE (section 21)

La convention d'assurance vie provisoire peut être accordée seulement si :

 - a) au moins un douzième de la prime annuelle est joint à la présente proposition au moyen d'un chèque ou d'une entente de service de DPA; et
 - b) la personne ou les deux personnes à assurer (dans le cas d'une assurance vie conjointe) ont répondu « Non » à toutes les questions de la section intitulée « Convention d'assurance vie provisoire ».

CAP POUR L'ASSURANCE MALADIES GRAVES (section 22)

La convention d'assurance maladies graves provisoire peut être accordée seulement si :

 - a) un paiement d'au moins un douzième de la prime annuelle est joint à la présente proposition, soit par chèque ou par une entente de service de DPA; et
 - b) la personne ou les deux personnes à assurer (dans le cas d'une assurance vie conjointe) ont répondu « Non » à toutes les questions de la section intitulée « Convention d'assurance maladies graves ».

Nota : lorsqu'un contrat d'assurance est payable à la livraison, la CAP NE doit PAS être remise à la titulaire ou au titulaire et N'est PAS en vigueur.
8. AVIS DE DIVULGATION (sections 23 et 24)

L'avis relatif au MIB (section 24) et l'avis de divulgation de la conseillère ou du conseiller, ou encore de la courtière ou du courtier (section 23) doivent toujours être remis à la titulaire ou au titulaire.
9. ILLUSTRATION DES VENTES
Veuillez joindre à la proposition une illustration des ventes signée par la titulaire ou le titulaire.
10. Les pages de 1 à 41 de la présente proposition d'assurance doivent toutes être soumises au siège social.



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 2 – TITULAIRE

La mention de titulaire, titulaires ou toute personne titulaire dans la présente proposition d'assurance désigne les parties qui seront titulaires du contrat selon l'approbation de l'Assurance vie Équitable.

2-1. TITULAIRE PRINCIPAL (cocher une seule case)

PERSONNE 1 **PERSONNE 2** **AUTRE PERSONNE (remplir les renseignements ci-dessous)** **ENTREPRISE (remplir la section 2-3)**

Prénom : _____ Initiale du second prénom : _____

Nom de famille : _____

Lien avec la personne à assurer : _____ Emploi et fonctions : _____

(si vous ne travaillez pas actuellement, veuillez indiquer votre ancien emploi)

Sexe : masculin féminin Date de naissance : (jj/mm/aaaa) _____ Pays de naissance : _____

Important : dans le cas de l'assurance vie universelle et de l'assurance vie entière, vous devez remplir les sections 2-6 et 2-7 (vérification de l'identité du titulaire) même si la personne à assurer est la titulaire ou le titulaire.

Adresse postale et coordonnées :

Adresse courriel : _____

Même adresse postale que personne 1 personne 2

Numéro : _____ Rue : _____

Ville : _____ Province : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Statut canadien :

Citoyenneté canadienne Statut de résident permanent Autre : type de visa ou permis de travail
 Date d'arrivée au Canada : _____ Date d'arrivée au Canada : _____ (jj/mm/aaaa)
 (ij/mm/aaaa) (Veuillez fournir une copie des pièces justificatives.)

2-2. COTITULAIRE (cocher une seule case)

PERSONNE 1 **PERSONNE 2** **AUTRE PERSONNE (remplir les renseignements ci-dessous)**

Prénom : _____ Initiale du second prénom : _____

Nom de famille : _____

Lien avec la personne à assurer : _____ Emploi et fonctions : _____

(si vous ne travaillez pas actuellement, veuillez indiquer votre ancien emploi)

Sexe : masculin féminin Date de naissance : (jj/mm/aaaa) _____ Pays de naissance : _____

Quel est le lien entre les titulaires?

 Mariés ou conjoints de fait Autre : _____

Important : dans le cas de l'assurance vie universelle et de l'assurance vie entière, vous devez remplir les sections 2-6 et 2-7 (vérification de l'identité du titulaire) même si la personne à assurer est la titulaire ou le titulaire.

**SECTION 2 – TITULAIRE****Adresse postale et coordonnées :**

Adresse courriel : _____

Même adresse postale que titulaire à la section 2-1 personne 1 personne 2

Numéro : _____ Rue : _____

Ville : _____ Province : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____

Statut canadien : Citoyenneté canadienne Statut de résident permanent Autre : type de visa ou permis de travailDate d'arrivée au Canada : _____
(jj/mm/aaaa)Date d'arrivée au Canada : _____ (jj/mm/aaaa)
(Veuillez fournir une copie des pièces justificatives.)**2-3. AUTRE PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE** – Doit aussi remplir le formulaire Renseignements sur l'entreprise (n° 594FR) pour les contrats d'assurance vie universelle et d'assurance vie entière.

Dénomination sociale au complet : _____

Numéro de constitution : _____ Lieu de constitution : _____

Numéro : _____ Rue : _____

Ville : _____ Province : _____

Pays : _____ Code postal : _____

Numéro d'entreprise ou numéro d'entreprise du Québec (NEQ) : _____ Adresse courriel : _____

Combien de signataires autorisés doivent signer afin d'engager cette entreprise ou entité?

 1 2 3

N°	Prénom	Nom de famille	Adresse courriel
1			
2			
3			

2-4. TITULAIRE SUBSIDIAIRE (dans le cas du décès de la titulaire ou du titulaire actuel)

Prénom : _____ Nom de famille : _____

Lien avec la personne à assurer : _____

2-5. TITULAIRES MULTIPLES

Dans toutes les provinces, **sauf au Québec**, si un contrat est détenu par plus d'une personne titulaire, la propriété du contrat sera établie en tenance conjointe avec droit de survie, afin que l'intérêt de la personne décédée soit automatiquement transféré à la personne survivante à son décès. Si vous souhaitez que la propriété du contrat soit établie en tenance commune au lieu d'en tenance conjointe avec droit de survie, veuillez cocher la case pour tenance commune ci-dessous.

 Je déclare ou nous déclarons le type de propriété du contrat en tenance commune.**Au Québec**, si un contrat est détenu par plus d'une personne titulaire et que l'une de ces personnes décède, l'intérêt de cette personne titulaire sera transférée à ses ayants droit.



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 2 – TITULAIRE**2-6. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU TITULAIRE DE CONTRAT – À remplir pour l'assurance vie universelle et l'assurance vie entière seulement.**

Vérification de l'identité : votre identité canadienne doit être vérifiée par votre conseillère ou votre conseiller. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire provincial, carte provinciale avec photo (sauf la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté (délivrée avant 2012), carte de résident permanent ou certificat sécurisé de statut d'Indien.

Prénom : _____ Nom de famille : _____

- À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la titulaire ou le titulaire, j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire. Veuillez préciser :

Type de pièce d'identité	Número d'identification	Territoire de compétence ou pays de délivrance	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)	Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa)

Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité indiquées ci-dessus, ou si cela n'est pas effectué en personne, veuillez vous rendre au site www.equitable.ca/aller/autre-identite pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.

- À titre de conseillère ou conseiller, j'ai suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité, y compris la revue de deux documents valides et actuels de catégories* différentes comme indiqué dans les directives. Veuillez préciser :

Catégorie*	Type de document	Émetteur du document	Número du document ou du compte	Date du document (jj/mm/aaaa)	Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa)

* **catégorie A** – nom et adresse, **catégorie B** – nom et date de naissance, **catégorie C** – nom et renseignements sur le compte.

- La proposition d'assurance n'a pas été remplie en personne.

- Je, personne titulaire, consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services et communique les résultats avec ma conseillère ou mon conseiller aux fins de conformité à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent.

Veillez choisir toutes les options qui vous concernent.

- Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt : veuillez fournir votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

- Je suis résidente ou résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyenne ou citoyen des États-Unis : veuillez fournir le numéro d'identification fiscal des États-Unis (TIN) ou l'équivalent fonctionnel : _____

- Je suis résidente ou résident aux fins de l'impôt dans un territoire de compétence autre que le Canada ou les États-Unis :

Territoire de compétence de la résidence fiscale : _____ Numéro d'identification fiscal (NIF) ou l'équivalent fonctionnel : _____

Si vous ne possédez pas de NIF ou d'équivalent fonctionnel pour un territoire de compétence en particulier, veuillez choisir l'une des raisons suivantes :

- Je ferai la demande ou j'ai fait la demande d'un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu.

- Le territoire de compétence de ma résidence n'émet pas de NIF à ses résidents.

- Autre raison _____

**SECTION 2 – TITULAIRE****2-7. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DES TITULAIRES CONJOINTS** – À remplir pour l'assurance vie universelle et l'assurance vie entière seulement.

Vérification de l'identité : votre identité canadienne doit être vérifiée par votre conseillère ou votre conseiller. Veuillez choisir l'une des pièces d'identité suivantes : permis de conduire provincial, carte provinciale avec photo (sauf la carte d'assurance maladie provinciale), passeport, carte de citoyenneté (délivrée avant 2012), carte de résident permanent ou certificat sécurisé de statut d'Indien.

Prénom : _____ Nom de famille : _____

- À titre de conseillère ou de conseiller, lors de la rencontre en personne avec la titulaire ou le titulaire, j'ai tenu et vu la pièce d'identité authentique, valide et actuelle avec photo du titulaire.
Veuillez préciser :

Type de pièce d'identité	Numéro d'identification	Territoire de compétence ou pays de délivrance	Date d'expiration (jj/mm/aaaa)	Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa)

Si vous ne possédez pas l'une de ces pièces d'identité indiquées ci-dessus, ou si cela n'est pas effectué en personne, veuillez vous rendre au site www.equitable.ca/aller/autre-identite pour de plus amples renseignements sur les exigences relatives aux autres pièces d'identité.

- À titre de conseillère ou conseiller, j'ai suivi les directives relatives aux autres pièces d'identité, y compris la revue de deux documents valides et actuels de catégories* différentes comme indiqué dans les directives. Veuillez préciser :

Catégorie*	Type de document	Émetteur du document	Numéro du document ou du compte	Date du document (jj/mm/aaaa)	Date de vérification du conseiller (jj/mm/aaaa)

* **catégorie A** – nom et adresse, **catégorie B** – nom et date de naissance, **catégorie C** – nom et renseignements sur le compte.

- La proposition d'assurance n'a pas été remplie en personne.
- Je, personne titulaire, consens à ce que l'Assurance vie Équitable vérifie mon identité par l'entremise d'un tiers fournisseur de services et communique les résultats avec ma conseillère ou mon conseiller aux fins de conformité à la législation relative à la lutte contre le blanchiment d'argent.

Veuillez choisir toutes les options qui vous concernent.

- Je suis résidente ou résident du Canada aux fins de l'impôt : veuillez fournir votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____
- Je suis résidente ou résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyenne ou citoyen des États-Unis :
veuillez fournir le numéro d'identification fiscal des États-Unis (TIN) ou l'équivalent fonctionnel : _____
- Je suis résidente ou résident aux fins de l'impôt dans un territoire de compétence autre que le Canada ou les États-Unis :

Territoire de compétence de la résidence fiscale : _____ Numéro d'identification fiscal (NIF) ou l'équivalent fonctionnel : _____

Si vous ne possédez pas de NIF ou d'équivalent fonctionnel pour un territoire de compétence en particulier, veuillez choisir l'une des raisons suivantes :

- Je ferai la demande ou j'ai fait la demande d'un NIF, mais je ne l'ai pas encore reçu.
- Le territoire de compétence de ma résidence n'émet pas de NIF à ses résidents.
- Autre raison _____



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 3 – TIERS – À REMPLIR POUR TOUTES LES PROPOSITIONS

En soumettant cette demande de souscription, la titulaire ou le titulaire du contrat agit-il au nom d'un tiers?

Votre réponse doit être affirmative dans le cas où une personne autre que le titulaire ou la personne à assurer acquitte ou acquittera la prime, ou encore a ou aura une participation financière au titre de ce contrat. Par exemple, un mandataire qui signe au nom d'un titulaire, une personne autre que ce dernier ou que la personne à assurer qui acquitte les primes ou une société qui fait usage ou accède aux valeurs du contrat.

NON OUI – Veuillez remplir soit la section Tiers – individu ou Tiers – entreprise ou entité selon le cas.

Tiers – individu

Nom du tiers (prénom, second prénom, nom de famille) _____

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____ Lien avec la personne titulaire : _____

Adresse (numéro, rue et appartement) _____

Ville ou municipalité : _____ Province : _____ Code postal : _____

Pays : _____ Emploi et fonctions : _____
(si vous ne travaillez pas actuellement, veuillez indiquer votre ancien emploi)

Numéro de téléphone : _____

Type de tiers (en choisir un et joindre toute documentation légale applicable)

payeur fiduciaire exécuteur garantie ou cessionnaire mandataire par procuration
 autre (veuillez préciser) _____

Tiers – entreprise ou entité

Dénomination sociale au complet : _____

Lien avec la personne titulaire : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse (numéro, rue et appartement) _____

Ville ou municipalité : _____ Province : _____ Code postal : _____

Pays : _____ Nature de l'activité principale de l'entreprise _____

Numéro de constitution ou d'enregistrement (le cas échéant) : _____ Territoire de compétence ou pays de délivrance (le cas échéant) : _____

Type de tiers (en choisir un et joindre toute documentation légale applicable)

payeur fiduciaire exécuteur garantie ou cessionnaire mandataire par procuration
 autre (veuillez préciser) _____



PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

P00085079

SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE ENTIÈRE ÉQUIMAX^{MD}

VEUILLEZ ANNEXER UNE ILLUSTRATION DU RÉGIME SIGNÉE

TYPE DE RÉGIME :

Bâtitseur de patrimoine Équimax^{MD} Accumulateur de capital Équimax^{MD}

TYPE DE RÉGIME :

Paiements à vie 20 paiements 10 paiements

TYPE DE COUVERTURE :

Assurance vie sur une tête Assurance vie conjointe premier décès* Assurance vie conjointe dernier décès*

SOMME ASSURÉE : _____ \$

MODE D'AFFECTATION DES PARTICIPATIONS :

- Au comptant
- Réduction de la prime
- Dépôt portant intérêt
- Bonifications d'assurance libérée
- Protection accrue – garantie à vie

Montant de base : _____ \$

Montant initial de protection accrue : _____ \$

Montant total : _____ \$ (montant de base + montant de protection accrue)

* Veuillez aussi fournir les renseignements demandés sur la personne 2 dans la proposition.



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 4 – RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE ENTIÈRE ÉQUIMAX^{MD}

VEUILLEZ ANNEXER UNE ILLUSTRATION DU RÉGIME SIGNÉE

AVENANTS ET GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE VIE ENTIÈRE :**PERSONNE À ASSURER 1****MONTANTS :**

- Exonération de primes en cas d'invalidité
- Exonération de primes du proposant ou du payeur*
- Option de dépôt Excélérateur (ODE)
 Reporter le paiement au titre de l'ODE***
- Avenant d'assurance temporaire TRT 10 _____ \$
n'est pas offert avec les contrats d'assurance vie conjointe
- TRT 20 _____ \$
- T30/65 _____ \$
- Assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD**} _____ \$
- renouvelable de 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans
- uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans
- uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans (couverture à vie)
- couverture 20 paiements jusqu'à l'âge de 75 ans
- couverture 20 paiements à vie
- Exonération de primes en cas de décès ou d'invalidité du proposant (régimes pour enfants seulement)*
- Garantie supplémentaire en cas de décès accidentel _____ \$
- Avenant de protection pour enfants _____ \$
- Option d'assurabilité garantie flexible (jusqu'à l'âge de 17 ans)

Montant affecté à l'option	Âge à la souscription de l'option
\$	21 ans
\$	
\$	
\$	
\$	

(Veuillez indiquer le montant à l'âge de 21 ans et, s'il y a lieu, les autres âges et montants.)

* Doit remplir la proposition d'assurance pour la proposante ou le proposant, ou encore la payeuse ou le payeur.

** Pour demander l'avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre, veuillez passer en revue les questions du formulaire Questionnaire de présélection (n° 347FR).

*** Le paiement au titre de l'ODE ne sera pas compris dans le montant du paiement initial et du paiement subséquent. Il est de la responsabilité de la titulaire ou du titulaire de contrat de soumettre tout paiement de l'ODE au titre du contrat.

AVENANTS ET GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE VIE ENTIÈRE :**PERSONNE À ASSURER 2****MONTANTS :**

- Exonération de primes en cas d'invalidité
- Assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD**} _____ \$
- renouvelable de 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans
- uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans
- uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans (couverture à vie)
- couverture 20 paiements jusqu'à l'âge de 75 ans
- couverture 20 paiements à vie
- Avenant de protection pour enfants _____ \$



PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

P00085079

SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE ÉQUATION GÉNÉRATION

VEUILLEZ ANNEXER UNE ILLUSTRATION DU RÉGIME SIGNÉE

OPTIONS DE RÉGIME :

Avec boni **OU** À frais abordables (Veuillez choisir une seule option.)

TYPE DE COUVERTURE :

Assurance vie sur une tête Assurance vie conjointe premier décès* Assurance vie conjointe dernier décès*

SOMME ASSURÉE : _____ \$

FRAIS RELATIFS AU COÛT DE L'ASSURANCE (veuillez cocher une seule case) :

	TRA	Uniforme
Protecteur de valeur du compte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Protecteur de stabilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour les options de placement, veuillez consulter la section 6.

* Veuillez aussi fournir les renseignements demandés sur la personne 2 dans cette proposition.



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 5 – RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE ÉQUATION GÉNÉRATION

VEUILLEZ ANNEXER UNE ILLUSTRATION DU RÉGIME SIGNÉE

AVENANTS ET GARANTIE SUPPLÉMENTAIRES D'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE :

Remarque : la disponibilité des avenants et garanties supplémentaires variera selon le régime d'assurance vie universelle et l'option de couverture choisies.

PERSONNE À ASSURER 1**MONTANTS :**

- Assurance vie temporaire TRT 10 _____ \$
n'est pas offert avec les contrats d'assurance vie conjointe TRT 20 _____ \$
- Assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD*} _____ \$
- renouvelable de 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans
- uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans
- uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans (couverture à vie)
- couverture 20 paiements jusqu'à l'âge de 75 ans
- couverture 20 paiements à vie
- Avenant d'exonération des frais mensuels
- Garantie supplémentaire en cas de décès accidentel _____ \$
- Avenant de protection pour enfants _____ \$

PERSONNE À ASSURER 2**MONTANTS :**

- Assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD*} _____ \$
- renouvelable de 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans
- uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans
- uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans (couverture à vie)
- couverture 20 paiements jusqu'à l'âge de 75 ans
- couverture 20 paiements à vie
- Avenant d'exonération des frais mensuels
- Avenant de protection pour enfants _____ \$

* Pour demander l'avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD}, veuillez passer en revue les questions du formulaire Questionnaire de présélection (n° 347FR).**AVENANTS SUPPLÉMENTAIRES OFFERTS AVEC LES CONTRATS POUR ENFANTS :**

- Exonération des frais du proposant ou du titulaire**
- Décès et invalidité Décès seulement
- Option d'assurabilité garantie flexible (jusqu'à l'âge de 15 ans)

Montant affecté à l'option	Âge à la souscription de l'option
\$	18 ans
\$	
\$	
\$	
\$	

* Pour demander l'avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD}, veuillez passer en revue les questions du formulaire Questionnaire de présélection (n° 347FR).

** Doit remplir la proposition d'assurance pour la proposante ou le proposant, ou encore la titulaire ou le titulaire.

**SECTION 6 – ASSURANCE VIE UNIVERSELLE – FRAIS MENSUELS DES COMPTES DE PLACEMENT À INTÉRÊT**

COMPTES DE PLACEMENT À INTÉRÊT : veuillez indiquer, sous la colonne intitulée « Affectation de la prime » ci-dessous, le pourcentage de la prime nette à affecter au compte à intérêt sélectionné correspondant. Si vos dépôts prévus suffisent tout juste à couvrir le montant minimal des dépôts, nous vous recommandons de choisir soit le compte à intérêt quotidien ou l'un des comptes de dépôt garanti afin d'éviter la possibilité d'obtenir de l'intérêt négatif si les marchés venaient à baisser.

FRAIS MENSUELS : des frais mensuels seront déduits au prorata du compte et des options choisis selon l'affectation de la prime indiquée, sauf indication contraire ci-après

(Selon l'indication, les frais mensuels seront déduits du compte et des options, selon l'affectation des frais demandée, conformément à l'affectation de la prime – le total doit être égal à 100 %.)

COMPTE AUXILIAIRE : l'affectation du compte auxiliaire sera de 100 % au compte à intérêt quotidien.

	AFFECTATION DE LA PRIME	AFFECTATION DES FRAIS
COMPTE DE PLACEMENT À INTÉRÊT		
<input type="checkbox"/> Compte à intérêt quotidien	_____ %	_____ %
OPTIONS DE DÉPÔT À INTÉRÊT VARIABLE LIÉ À UN INDICE :		
<input type="checkbox"/> Actions américaines	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Actions européennes	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Actions Technologies américaines	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Actions américaines de premier ordre	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Actions canadiennes	_____ %	_____ %
OPTIONS DE DÉPÔT À INTÉRÊT VARIABLE LIÉ À UN FONDS SPÉCULATIF :		
<input type="checkbox"/> Mondial	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Canadien	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Obligations canadiennes	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Actions de valeur canadienne	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Actions canadiennes de sociétés à grande capitalisation	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Revenu fixe à l'échelle mondiale	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Mondial équilibré	_____ %	_____ %
OPTIONS DE DÉPÔT À INTÉRÊT VARIABLE LIÉ À UN PORTEFEUILLE :		
<input type="checkbox"/> Revenu diversifié	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Revenu équilibré	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Croissance équilibrée	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Croissance	_____ %	_____ %
<input type="checkbox"/> Actions diversifiées	_____ %	_____ %
OPTIONS DE DÉPÔT GARANTI :		
<input type="checkbox"/> Compte de dépôt garanti	_____ %	_____ %

Par la présente, je demande que le solde du compte à intérêt quotidien, lorsque suffisant (comme indiqué dans le contrat), soit automatiquement transféré, le mois contractuel suivant, à un compte de dépôt garanti pour une durée de (veuillez cocher une seule case) :

1 an 5 ans 10 ans



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 7 – RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE – VEUILLEZ ANNEXER UNE ILLUSTRATION DU RÉGIME SIGNÉE

Si la proposition a trait à une assurance vie temporaire, veuillez fournir les renseignements suivants sur les personnes à assurer 1 et 2 (le cas échéant) :

TYPE DE COUVERTURE : Assurance vie sur une tête Assurance vie conjointe premier décès* (TRT 10 ET TRT 20 seulement) Assurance vie sur plusieurs têtes* (n'est pas offerte avec les régimes détenus par une entreprise)**PERSONNE À ASSURER 1** TRT 10 TRT 20 T 30/65**SOMME ASSURÉE :** _____ \$ Couverture d'assurance vie temporaire supplémentaire :
(n'est pas offerte avec les contrats d'assurance vie conjointe) TRT 10 _____ \$ TRT 20 _____ \$ T 30/65 _____ \$**AVENANTS ET GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES** Assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD**} _____ \$ renouvelable de 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans (couverture à vie) Exonération de primes en cas d'invalidité Exonération de primes du proposant ou du payeur*** Garantie supplémentaire en cas de décès accidentel _____ \$ Avenant de protection pour enfants _____ \$ Assurabilité garantie _____ \$ Si la proposition d'assurance vie temporaire est approuvée dans la catégorie de risques privilégiée, veuillez augmenter la somme assurée afin de maintenir la prime convenue.

* Veuillez aussi fournir les renseignements demandés sur la personne 2 dans cette proposition.

** Pour demander l'avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre, veuillez passer en revue les questions du formulaire Questionnaire de présélection (n° 347FR).

*** Doit remplir la proposition d'assurance pour la proposante ou le proposant, ou encore la payeuse ou le payeur.

PERSONNE À ASSURER 2 TRT 10 TRT 20 T 30/65**SOMME ASSURÉE :** _____ \$ Couverture d'assurance vie temporaire supplémentaire :
(n'est pas offerte avec les contrats d'assurance vie conjointe) TRT 10 _____ \$ TRT 20 _____ \$ T 30/65 _____ \$**AVENANTS ET GARANTIES SUPPLÉMENTAIRES** Assurance maladies graves ÉquiVivre^{MD**} _____ \$ renouvelable de 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans (couverture à vie) Exonération de primes en cas d'invalidité**SECTION 8 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE MALADIES GRAVES ÉQUIVIVRE^{MD}**

Avant de commencer à remplir la proposition d'assurance maladies graves ÉquiVivre et cette section, veuillez passer en revue les questions du Questionnaire de présélection (n° 347FR) pour déterminer l'admissibilité à la couverture.

TYPE DE COUVERTURE : assurance vie sur une tête**TYPE DE RÉGIME :** renouvelable de 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans uniforme jusqu'à l'âge de 75 ans uniforme jusqu'à l'âge de 100 ans (couverture à vie)
 couverture 20 paiements jusqu'à l'âge de 75 ans couverture 20 paiements à vie**SOMME ASSURÉE :** _____ \$**AVENANTS :** Remboursement des primes à l'expiration (offert avec les régimes renouvelables de 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans seulement) Remboursement des primes au rachat ou à l'expiration (avec les régimes paiements uniformes et 20 paiements) Remboursement des primes au décès Avenant d'assurance temporaire : TRT 10 TRT 20 _____ \$**AVENANTS SUPPLÉMENTAIRES OFFERTS AVEC LES CONTRATS POUR ENFANTS :** Exonération des primes (en cas de décès ou d'invalidité du titulaire ou du payeur)***AVENANTS SUPPLÉMENTAIRES OFFERTS AVEC LES CONTRATS POUR ADULTES :** Exonération des primes (en cas d'invalidité de la personne assurée) Exonération des primes (en cas d'invalidité du titulaire ou du payeur)*

* Veuillez aussi fournir les renseignements demandés sur la personne à assurer 2 dans cette proposition.

**SECTION 10 – PRIME ET MODE DE PAIEMENT**

PRIME INITIALE DE _____ \$

RÉGLÉE PAR : Pour les primes et les dépôts d'au moins 100 000 \$, veuillez remplir la section 12-1.

- Paiement par chèque remis avec la proposition d'assurance (LA CAP EST OFFERTE AVEC CETTE OPTION.)
 Service de débit préautorisé lorsque la proposition d'assurance est reçue (LA CAP EST OFFERTE AVEC CETTE OPTION.)
 Chèque remis à la livraison du contrat (LA CAP N'EST PAS OFFERTE AVEC CETTE OPTION.)
 Service de débit préautorisé à l'établissement du contrat (LA CAP N'EST PAS OFFERTE AVEC CETTE OPTION.)

RÈGLEMENT DES PRIMES ULTÉRIEURES :

- Service de débit préautorisé mensuel (Veuillez remplir la section intitulée « Service de débit préautorisé (DPA) ».
 Primes annuelles _____ \$ (Elles sont perçues par chèque à la livraison du contrat.)
 (comprend le montant de l'option de dépôt Excélérateur sauf si le paiement est reporté*)

SERVICE DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (« DPA ») :

L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (l'« Assurance vie Équitable ») et mon établissement financier ou notre établissement financier ont reçu des directives et sont autorisés à effectuer mensuellement des débits de mon ou notre compte bancaire, sous réserve des conditions ci-dessous, aux fins de la collecte des primes comme suit :

Renseignements bancaires (Veuillez cocher la case appropriée.) Nota : les paiements par comptes de marge de crédit ou de cartes de crédit ne sont pas acceptés.

- Ajouter à l'entente de service de DPA actuel pour le contrat n° : _____
 Établir une nouvelle entente de service de DPA : **chèque annulé requis. Le chèque doit comporter le nom préimprimé de la titulaire ou du titulaire du compte.**
 le même numéro de compte indiqué sur le chèque initial joint à la proposition
 le numéro du compte indiqué sur le chèque ANNULÉ ci-joint ou dans la lettre d'instructions de la banque (le nom de la payeuse ou du payeur doit figurer sur le chèque)
 remise d'un chèque ou d'une lettre d'instructions de la banque à la livraison du contrat.

Renseignements généraux

Nom des payeurs : _____

(si autre que les titulaires de contrat ou la personne à assurer, veuillez remplir la section 3 intitulée « Tiers »)**Renseignements sur les débits**

En cas de défaut de paiement en raison d'une insuffisance de fonds, une nouvelle tentative de prélèvement sera effectuée systématiquement dans les deux à dix jours ouvrables suivant la date de la première tentative de prélèvement. La payeuse ou le payeur est responsable des frais imposés par son établissement financier pour les chèques sans provision.

Montant : _____ \$

(Cette somme est considérée comme « fixe » et comprend le montant de l'option de dépôt Excélérateur sauf si le paiement est reporté.)

- Doit correspondre à la date d'établissement
 ** Échéance désirée : le _____ (du 1^{er} au 28^e jour de chaque mois)

* Le paiement au titre de l'ODE ne sera pas compris dans le montant du paiement initial et du paiement subséquent. Il est de la responsabilité de la titulaire ou du titulaire de contrat de soumettre tout paiement de l'ODE au titre du contrat.

** Cette option n'est pas offerte avec les contrats d'assurance vie universelle.

Type de service

Aux fins de cette entente, tous les DPA effectués à mon établissement financier ou à notre établissement financier seront traités comme des retraits personnels de primes d'assurance, comme l'indique l'Association canadienne des paiements dans sa règle H1 sur leur site Web à l'adresse www.payments.ca.

Renonciation

Je renonce ou nous renonçons à tout préavis relatif au débit initial, à toute augmentation du débit fixe préautorisé ou à tout changement ayant trait à la date du débit.

Annulation

Veuillez communiquer avec votre établissement financier concernant vos droits d'annulation de paiement. (Un spécimen d'avis d'annulation est disponible sur le site Web de l'Association canadienne des paiements à l'adresse www.payments.ca.) J'ai ou nous avons le droit de faire annuler cette entente de service de DPA en tout temps. La présente entente de service de DPA demeurera en vigueur jusqu'à ce que j'en demande ou nous en demandions l'annulation à l'Assurance vie Équitable.

Nota : pour que l'annulation prenne effet avant le prochain débit, l'Assurance vie Équitable doit recevoir tout avis d'annulation fait par téléphone, lettre, courriel ou télécopieur, à son siège social, au moins 10 jours ouvrables avant le prochain débit. L'annulation de cette entente de service DPA n'affectera pas votre contrat ou vos contrats d'assurance de l'Équitable pourvu que la prime soit réglée au moyen d'un autre mode de paiement selon la période précisée dans le contrat ou les contrats d'assurance.

Recours et remboursement

Pour obtenir de plus amples renseignements sur vos droits de recours, veuillez communiquer avec votre établissement financier ou visiter le site Web à l'adresse www.payments.ca. J'ai ou nous avons certains droits de recours si un débit n'est pas conforme avec les dispositions de la présente entente de service de DPA. J'ai ou nous avons le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou n'est pas conforme aux dispositions de la présente entente de service de DPA.

Coordonnées

Assurance vie Équitable du Canada One Westmount Road North, P.O. Box 1603 Stn Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7
 Tél. S.F. : 1 800 668-4095 • Téléc. : 519 883-7404 • Courriel : customer-service@equitable.ca



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 11 – DIRECTIVES SPÉCIALES DU TITULAIRE**SECTION 12 – RENSEIGNEMENTS FINANCIERS****12-1. POSTES POLITIQUES** (Pour l'assurance vie universelle et l'assurance vie entière et seulement lorsque le dépôt est d'au moins 100 000 \$)

Aux fins de cette question :

- Le terme « payeuse » ou « payeur » s'entend de la personne qui effectue les paiements au titre du contrat.
- Le terme « membre de la famille » s'entend de la conjointe ou du conjoint, de l'ex-conjointe ou de l'ex-conjoint, de la sœur, du frère, du parent, de la belle-mère ou du beau-père, ou encore de l'enfant biologique ou de l'enfant adopté.
- Le terme « proche collaboratrice » ou « proche collaborateur » s'entend d'une personne étroitement liée au payeur pour des raisons personnelles ou commerciales.
- Le terme « conjointe » ou « conjoint » s'entend du conjoint ou du conjoint de fait.
- Le terme « ex-conjointe » ou « ex-conjoint » s'entend de l'ex-conjoint ou de l'ex-conjoint de fait.

a) Le payeur ou l'un des proches parents ou des proches collaborateurs occupe-t-il, ou a-t-il déjà occupé, l'un des postes indiqués ci-dessous?

OU Le payeur est-il un membre de la famille d'une personne qui occupe ou a déjà occupé l'un des postes ci-dessous?

 Oui – veuillez indiquer le poste occupé ci-dessous Non – veuillez vous rendre à la section 12.2.**Postes occupés au Canada ou dans un autre pays**

Nota : Pour les postes occupés au Canada, veuillez indiquer tous les postes au cours des cinq dernières années. Pour tous les autres pays, veuillez indiquer tous les postes déjà occupés.

- Chef d'État ou chef de gouvernement (y compris gouverneur général ou lieutenant-gouverneur)
- Commissaire (ou équivalent)
- Présidente ou président d'une société ou d'une banque d'État (y compris une société entièrement détenue par un gouvernement fédéral ou provincial)
- Chef ou encore présidente ou président d'un parti politique représenté au sein d'une assemblée législative
- Membre du conseil exécutif de gouvernement ou membre d'une assemblée législative (y compris du sénat, de la Chambre des communes ou d'une assemblée provinciale)
- Ambassadrice ou ambassadeur, attachée ou attaché, ou encore conseillère ou conseiller d'une ambassade ou d'un ambassadeur
- Chef d'un organisme gouvernemental
- Officière ou officier ayant le rang de général ou un rang supérieur
- Juge (au Canada seulement, doit être juge d'une cour d'appel)
- Maire ou mairesse d'une municipalité canadienne (ne comprend pas les maires dans d'autres pays que le Canada)
- Chef d'un organisme international établi par les gouvernements des pays ou chef d'une institution de cet organisme (Veuillez l'indiquer seulement si le poste a été occupé au cours des cinq dernières années.)

b) Dans l'affirmative, veuillez indiquer les renseignements suivants :

Quel est le nom de la personne qui occupe ou qui occupait ce poste? _____

Quel est le titre du poste occupé? _____

Poste occupé de : _____ à _____ Dans quel pays ce poste a-t-il été occupé? _____

(première année)

(dernière année)

Après de quelle organisation, quel gouvernement ou institution ce poste a-t-il été occupé? _____

Comment cette personne est-elle liée à la payeuse ou au payeur? La personne est la payeuse ou le payeur Proche parent (lien) : _____ Proche collaboratrice ou proche collaborateur (lien) : _____**Quelle est la source de fonds de la payeuse ou du payeur** (Veuillez choisir toutes les réponses qui s'appliquent.) :

- Salaire ou revenu gagné
- Revenu d'entreprise
- Revenu de placement
- Revenu de la propriété ou portefeuille d'actions
- Loterie
- Héritage
- Autre _____

Nota : si plus d'une personne avait occupé un de ces postes, veuillez remplir les sections 1 et 2 du formulaire Mise à jour des renseignements du client (n° 1027FR) pour chaque personne supplémentaire.

**SECTION 12 – RENSEIGNEMENTS FINANCIERS****12-2. SOURCE DES FONDS** (Il est obligatoire de remplir cette section pour tous les types de régime.)

Veuillez sélectionner toutes les options qui s'appliquent :

- Salaire ou revenu gagné Revenu d'entreprise Vente d'une propriété Fonds empruntés
 Dons Produit d'une prestation de décès ou d'une succession Épargne des titulaires Membre de la famille
 Fonds étrangers (immobilier, revenu) Autre _____

12-3. Avez-vous déjà déclaré faillite, personnelle ou commerciale, ou avez-vous déjà eu d'importantes difficultés financières ayant donné lieu à une saisie, ou déposé une proposition de consommateur ou une requête de mise en faillite, libérée ou non?

(Veuillez remplir pour toutes les personnes à assurer âgées exactement de 16 ans, et plus) Dans l'affirmative, veuillez remplir :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONNE 1			
Raison	Date de la déclaration (mm/aaaa)	Date de la libération (mm/aaaa)	Avez-vous informé le syndic de cette proposition d'assurance?
<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

PERSONNE 2			
Raison	Date de la déclaration (mm/aaaa)	Date de la libération (mm/aaaa)	Avez-vous informé le syndic de cette proposition d'assurance?
<input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Commerciale			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

12-4. Quelle est la raison pour laquelle vous désirez souscrire ce contrat? (Il est obligatoire de remplir cette section pour tous les types de régime. Veuillez sélectionner au moins une des options en caractères gras.)**PERSONNE 1 – Quel est l'objet de l'assurance?** (Veuillez choisir toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Épargne à court terme Aux fins d'éducation
 Retraite ou épargne à long terme Création d'un revenu
 Assurance hypothécaire ou crédit **Protection de revenu ou protection familiale**
 Protection d'un héritage ou du patrimoine
 Protection d'entreprise **Convention de rachat**
 Don **Protection d'une personne clé**
 Autres concepts de vente : _____

PERSONNE 2 – Quel est l'objet de l'assurance? (Veuillez choisir toutes les réponses qui s'appliquent.)

- Épargne à court terme Aux fins d'éducation
 Retraite ou épargne à long terme Création d'un revenu
 Assurance hypothécaire ou crédit **Protection de revenu ou protection familiale**
 Protection d'un héritage ou du patrimoine
 Protection d'entreprise **Convention de rachat**
 Don **Protection d'une personne clé**
 Autres concepts de vente : _____

12-5. Assurance à des fins personnelles et commerciales : (Veuillez remplir pour toute fin personnelle ou commerciale pour toutes les personnes à assurer âgées exactement de 16 ans, et plus.)

PERSONNE 1	
Revenu annuel gagné	\$
Autre revenu : y compris les revenus de retraite, les participations, l'intérêt, le revenu de location, les bonis et les prestations du gouvernement	\$
Actif : y compris les liquidités, l'immobilier, les actions et les obligations	\$
Passif : y compris les prêts hypothécaires et autres prêts	\$
Valeur nette totale de l'actif canadien	\$
Valeur nette totale de l'actif étranger	\$

PERSONNE 2	
Revenu annuel gagné	\$
Autre revenu : y compris les revenus de retraite, les participations, l'intérêt, le revenu de location, les bonis et les prestations du gouvernement	\$
Actif : y compris les liquidités, l'immobilier, les actions et les obligations	\$
Passif : y compris les prêts hypothécaires et autres prêts	\$
Valeur nette totale de l'actif canadien	\$
Valeur nette totale de l'actif étranger	\$

12-6. Assurance à des fins commerciales (Veuillez remplir pour toute fin commerciale.)

Nature de l'entreprise			
Actif : actuel et fixe			\$
Passif : à court et à long terme			\$
Juste valeur de marché			\$
Bénéfice net : dernière année			\$
Bénéfice net : année précédente			\$
Nom et titre du propriétaire	Pourcentage des parts détenues dans l'entreprise	Assurance en vigueur	Assurance demandée
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 13 – ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE (À remplir par toutes les personnes à assurer.)**13-1. Avez-vous une autre assurance en vigueur?**

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Nom de la compagnie	Numéro de contrat	Date de l'établissement (mm/aaaa)	Type de régime	Montant	Personnelle ou commerciale	Remplacement
				<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
				<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

13-2. Avez-vous déjà présenté une proposition pour une assurance vie, une assurance invalidité, une assurance maladies graves ou une assurance de soins de longue durée qui a été refusée, assujettie à une surprime, différée, offerte avec restrictions, annulée ou modifiée de quelque façon que ce soit?

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Date (mm/aaaa)	Détails : veuillez indiquer le nom de la compagnie et la raison

13-3. Existe-t-il une proposition d'assurance vie, d'assurance invalidité, d'assurance maladies graves ou d'assurance de soins de longue durée actuellement en suspens ou envisagée avec une autre compagnie d'assurance?

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Nom de la compagnie	Type de régime	Montant demandé	Montant total de la nouvelle assurance qui doit être mise en place auprès de toutes les compagnies
		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$	\$
		<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> AMG <input type="checkbox"/> AI <input type="checkbox"/> SLD	\$	\$

**SECTION 14 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX****14-1. À remplir par toutes les personnes à assurer :**

Au cours des 12 prochains mois, envisagez-vous de voyager hors de l'Amérique du Nord pendant plus de deux mois, ou de changer votre pays de résidence? Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Ville et pays	Objet du voyage (affaires, tourisme, visite familiale)	Date du départ (mm/aaaa)	Durée du séjour

14-2. À remplir par toutes les personnes à assurer âgées exactement de 16 ans et plus :

A. Au cours des deux dernières années, avez-vous fait des vols aériens en tant que pilote, apprenti-pilote ou membre d'équipage, ou avez l'intention de le faire d'ici les 12 prochains mois?

(Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire Questionnaire sur l'aviation (n° 1322FR).)

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Au cours des deux dernières années, avez-vous pratiqué un sport ou un passe-temps dangereux, notamment :

la course d'engins motorisés, la plongée sous-marine (avec scaphandre autonome), le parachutisme, le saut à l'élastique, le saut extrême, le deltaplane, le véliplage, le vol en avion ultraléger, l'escalade, le ski ou la planche à neige hors-piste, la motoneige hors-piste ou le ski héliporté (héliski) ou pratiqué dans l'arrière-pays (« cat-ski »)?

(Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire prévu à cet effet.)

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Dates (mm/aaaa)	Précisions sur les activités

C. Au cours des 10 dernières années, vous a-t-on déjà accusée ou accusé, reconnue ou reconnu coupable de conduite avec facultés affaiblies par l'alcool ou la drogue, ou avez-vous refusé de subir un alcootest?

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D. Au cours des trois dernières années, vous a-t-on accusée ou accusé, ou encore reconnue ou reconnu coupable de toute autre infraction liée à la conduite (sauf les contraventions de stationnement) ou votre permis de conduire a-t-il déjà été suspendu ou révoqué?

Si les questions 14-2 C) et D) ont été répondues par l'affirmative, veuillez fournir le numéro de permis de conduire :

Personne 1 _____ Personne 2 _____

Personne 1 ou 2	Dates (mm/aaaa)	Détails de l'infraction

E. Au cours des 10 dernières années, avez-vous déjà été accusée ou accusé, reconnue ou reconnu coupable, ou encore plaidé coupable à la suite d'une infraction criminelle ou reliée à la réglementation des services financiers, ou de telles accusations sont-elles en instance?

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Personne 1 ou 2	Nature de l'infraction	Date de l'accusation (mm/aaaa)	Détails de la peine : notamment l'emprisonnement, l'amende, la peine avec sursis, la libération conditionnelle, la probation	Date de la peine et toute probation complétée (mm/aaaa)



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 14 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**Questions 14-3 à 14-7 : À remplir par toutes les personnes à assurer âgées exactement de 16 ans et plus :****14-3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette ou consommé d'autres produits à base de tabac ou de nicotine, ou encore des produits d'abandon du tabac?**

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONNE 1		
Produit	Montant	Fréquence
Cigares ou cigarillos <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Par jour <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/> Une seule fois
Cigarette, pipe, tabac à chiquer, timbres de nicotine ou gomme à mâcher à la nicotine, noix et feuilles de bétel, produits d'abandon du tabac, tabac à priser, narguilé ou pipe à eau, cigarette électronique, vapotage ou autre _____		<input type="checkbox"/> Par jour <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/> Une seule fois

PERSONNE 2		
Produit	Montant	Fréquence
Cigares ou cigarillos <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> Par jour <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/> Une seule fois
Cigarette, pipe, tabac à chiquer, timbres de nicotine ou gomme à mâcher à la nicotine, noix et feuilles de bétel, produits d'abandon du tabac, tabac à priser, narguilé ou pipe à eau, cigarette électronique, vapotage ou autre _____		<input type="checkbox"/> Par jour <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/> Une seule fois

**14-4. a) Au cours des cinq dernières années, avez-vous fait usage de toute forme de marijuana ou de hachisch?
b) Était-ce une prescription de votre médecin?**

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONNE 1		
Montant	Fréquence	Date de la dernière utilisation
	<input type="checkbox"/> Par jour <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/> Une seule fois	<input type="checkbox"/> De 0 à 12 mois <input type="checkbox"/> De 13 à 24 mois <input type="checkbox"/> De 25 à 60 mois

PERSONNE 2		
Amount	Frequency	Date last used
	<input type="checkbox"/> Par jour <input type="checkbox"/> Par semaine <input type="checkbox"/> Par mois <input type="checkbox"/> Par année <input type="checkbox"/> Une seule fois	<input type="checkbox"/> De 0 à 12 mois <input type="checkbox"/> De 13 à 24 mois <input type="checkbox"/> De 25 à 60 mois

14-5. Avez-vous déjà fait usage de médicaments pour lesquels vous n'avez pas d'ordonnance ou fait l'essai de drogues ou de stupéfiants comme l'ecstasy, la cocaïne, le LSD, l'héroïne, les amphétamines, les barbituriques, les stéroïdes anabolisants ou fait usage d'agents similaires?

Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire Questionnaire relatif à l'usage de drogues (n° 1326FR).

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14-6. Consommez-vous de l'alcool?

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERSONNE 1		
Produit	Quantité consommée	Fréquence
Bière	Nombre de bouteilles _____	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle
Vin	Nombre de verres _____	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle
Spiritueux	Quantité _____ <input type="checkbox"/> oz <input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle

PERSONNE 2		
Produit	Quantité consommée	Fréquence
Bière	Nombre de bouteilles _____	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle
Vin	Nombre de verres _____	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle
Spiritueux	Quantité _____ <input type="checkbox"/> oz <input type="checkbox"/> ml	<input type="checkbox"/> Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle

14-7. Avez-vous déjà reçu un traitement ou obtenu une consultation pour la consommation ou l'abus d'alcool, ou vous a-t-on déjà recommandé de recevoir un traitement ou d'obtenir une consultation pour la consommation, l'abus d'alcool ou réduire votre consommation d'alcool?

Dans l'affirmative, veuillez remplir le formulaire Questionnaire relatif à la consommation d'alcool (n° 1325FR).

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION 14 – RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX****14-8. À remplir pour les personnes à assurer de moins de l'âge exact de 16 ans :****A. Tous les autres enfants de la famille bénéficient-ils d'une couverture d'assurance?** OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le montant d'assurance vie :

Frère ou sœur n° 1	\$	Frère ou sœur n° 4	\$
Frère ou sœur n° 2	\$	Frère ou sœur n° 5	\$
Frère ou sœur n° 3	\$	Frère ou sœur n° 6	\$

Raison de la différence, le cas échéant :

--

B. Quel est le montant d'assurance vie ou d'assurance maladies graves total en vigueur pour chacun des parents de l'enfant?

Parent n° 1	\$	Parent n° 2	\$
-------------	----	-------------	----

C. Quel est le revenu brut gagné de chacun des parents de l'enfant?

Parent n° 1	\$	Parent n° 2	\$
-------------	----	-------------	----

SECTION 15 – DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS POUR L'AVENANT DE PROTECTION POUR ENFANTS (APE)

Veuillez remplir cette section seulement si vous faites la demande d'un avenant de protection pour enfants.

AVENANT DE PROTECTION POUR ENFANTS					
Nom de l'enfant (prénom et nom de famille)	Sexe	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Taille	Poids	Lien avec la personne à assurer
	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> enfant du conjoint <input type="checkbox"/> enfant adopté légalement <input type="checkbox"/> autre _____
	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> enfant du conjoint <input type="checkbox"/> enfant adopté légalement <input type="checkbox"/> autre _____
	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> enfant du conjoint <input type="checkbox"/> enfant adopté légalement <input type="checkbox"/> autre _____
	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> enfant du conjoint <input type="checkbox"/> enfant adopté légalement <input type="checkbox"/> autre _____
	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> enfant du conjoint <input type="checkbox"/> enfant adopté légalement <input type="checkbox"/> autre _____
	<input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin		<input type="checkbox"/> pi/po <input type="checkbox"/> cm	<input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> enfant du conjoint <input type="checkbox"/> enfant adopté légalement <input type="checkbox"/> autre _____



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 15 – DÉCLARATION D'ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS POUR L'AVENANT DE PROTECTION POUR ENFANTS (APE)

15-1. Une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladies graves pour l'un ou l'autre des enfants mentionnés a-t-elle été refusée, assujettie à une surprime, différée, offerte avec restrictions, annulée ou modifiée de quelque façon que ce soit?

Dans l'affirmative, veuillez identifier l'enfant et fournir des précisions ci-dessous :

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15-2. Si l'un des enfants a moins de 2 ans, sa naissance était-elle prématurée à moins de 36 semaines de grossesse ou y a-t-il eu une indication quelconque de retard staturo-pondéral ou une absence de gain de poids ou vous a-t-on dit que l'enfant n'a pas atteint les étapes importantes développement ou de croissance?

Dans l'affirmative, veuillez identifier l'enfant, fournir des précisions et son poids à la naissance ci-dessous :

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15-3. Y a-t-il certains des enfants qui sont atteints d'une déficience physique ou sur le plan de la santé mentale, ou qui ont été hospitalisés, ou qui ont subi une chirurgie ou un traitement pour une maladie, une déficience ou une blessure?

Dans l'affirmative, veuillez identifier l'enfant et fournir des précisions ci-dessous :

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15-4. Y a-t-il certains des enfants qui prennent des médicaments ou à qui on leur a recommandé un traitement ou un test diagnostique qui n'a pas encore été effectué?

Dans l'affirmative, veuillez identifier l'enfant et fournir des précisions ci-dessous :

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15-5. L'un des enfants a-t-il déjà été traité, subi des examens ou présenté des symptômes ou des signes de l'une des affections ou maladies suivantes : autisme, cancer, paralysie cérébrale, maladie congénitale du cœur, fibrose kystique, syndrome de Down, retard de développement ou dystrophie musculaire.

Dans l'affirmative, veuillez identifier l'enfant et fournir des précisions ci-dessous :

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15-6. Certains des enfants résident-ils à une adresse différente de celle des personnes à assurer ou titulaire?

Dans l'affirmative, veuillez identifier l'enfant et fournir des précisions ci-dessous :

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Question	Nom de l'enfant	Précisions (y compris les dates, le nom du médecin, les médicaments, la posologie, etc.)

**SECTION 16 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ**

Nota : la signature de chaque enfant de 16 ans et plus (18 ans et plus au Québec) est requise à la section 17.

À remplir pour toutes les personnes à assurer où qui demandent une assurance vie et une assurance maladies graves. Questions nécessitant des réponses de la part de toute personne à assurer âgée de 16 ans et plus, ou encore de la tutrice ou tuteur légal agissant au nom des enfants n'ayant pas atteint l'âge de 16 ans. Il n'est pas nécessaire de remplir cette section si un rapport d'examen paramédical ou médical, partie II, est requis.

IMPORTANT – lorsque vous remplissez votre proposition d'assurance :

Veillez ne pas faire mention de tout renseignement se rapportant à des tests génétiques. Un test génétique est un test visant l'analyse de l'ADN, de l'ARN ou des chromosomes à des fins telles que la prédiction de maladies ou de risques de transmission verticale, ou la surveillance, le diagnostic ou le pronostic.

Vous devez indiquer les renseignements à propos des traitements pour des symptômes ou des signes d'une affection génétique. Lorsqu'une question vous est posée à propos des antécédents familiaux, veuillez indiquer toute affection génétique dans votre réponse.

PERSONNE 1

Prénom : _____

Nom de famille : _____

16-1.

Taille : _____ pi/po lb
 cm Poids : _____ kg

Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? OUI NON

Gain : _____ lb kg
 Perte : _____ lb kg

Raison de cette variation de poids : _____

Êtes-vous enceinte? OUI NON lb

Dans l'affirmative, quel était votre poids avant la grossesse? _____ kg

Date prévue de votre accouchement _____

16-2. Nom et adresse d'un médecin ou autre professionnel de la santé ou de la clinique médicale :

Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) : _____

Raison de votre dernière consultation médicale : _____

Lors de la dernière consultation : i) un diagnostic a-t-il été posé?

ii) un traitement ou un médicament a-t-il été prescrit?

iii) des résultats d'examen ont-ils été obtenus ou fournis?

iv) un suivi vous a-t-il été recommandé? OUI NON

(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.)

PERSONNE 2

Prénom : _____

Nom de famille : _____

16-1.

Taille : _____ pi/po lb
 cm Poids : _____ kg

Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? OUI NON

Gain : _____ lb kg
 Perte : _____ lb kg

Raison de cette variation de poids : _____

Êtes-vous enceinte? OUI NON lb

Dans l'affirmative, quel était votre poids avant la grossesse? _____ kg

Date prévue de votre accouchement _____

16-2. Nom et adresse d'un médecin ou autre professionnel de la santé ou de la clinique médicale :

Date de la dernière consultation (jj/mm/aaaa) : _____

Raison de votre dernière consultation médicale : _____

Lors de la dernière consultation : i) un diagnostic a-t-il été posé?

ii) un traitement ou un médicament a-t-il été prescrit?

iii) des résultats d'examen ont-ils été obtenus ou fournis?

iv) un suivi vous a-t-il été recommandé? OUI NON

(Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions.)

16-3. Si l'enfant a moins de 2 ans, sa naissance était-elle prématurée à moins de 36 semaines de grossesse ou y a-t-il eu une indication quelconque de retard staturé-pondéral ou une absence de gain de poids ou vous a-t-on dit que l'enfant n'a pas atteint les étapes importantes de développement ou de croissance?

OUI NON

Dans l'affirmative, veuillez identifier l'enfant, fournir des précisions et son poids à la naissance ci-dessous :

Nom de l'enfant	Précisions (y compris les dates, le nom du médecin, les médicaments, la posologie, etc.)



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 16 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ**16-4. Antécédents familiaux : Un parent (père, mère, frère ou sœur) a-t-il déjà reçu le diagnostic de l'une des affections ou maladies suivantes?**

- maladie d'Alzheimer
- maladie du cœur
- sclérose en plaques
- rétinite pigmentaire
- sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gherig)
- maladie de Parkinson
- autre maladie ou trouble héréditaire
- cancer (préciser le type)
- hépatite
- accident vasculaire cérébral (AVC)
- autre maladie du motoneurone
- diabète (préciser le type)
- chorée de Huntington
- maladie polykystique des reins

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :

Personne 1 ou 2	Membre de la famille (père, mère, sœurs et frères)	Affection	Âge à l'apparition	Âge si en vie	Âge au décès

16-5. Système cardiaque et circulatoire : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?

- anévrisme
- douleur à la poitrine ou souffle court
- souffle cardiaque
- cholestérol élevé (hyperlipidémie)
- accident vasculaire cérébral (AVC)
- angine de poitrine
- maladie coronarienne, pontage coronarien ou angioplastie
- crise cardiaque (infarctus du myocarde)
- rythme cardiaque irrégulier (arythmie) ou pouls irrégulier
- accidents ischémiques transitoires (AIT)
- caillot sanguin
- stimulateur cardiaque
- hypertension artérielle
- maladie vasculaire périphérique (mauvaise circulation)
- toute autre maladie ou tout autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

16-6. Bosses ou excroissances : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?

- mammographie anormale
- lymphome
- mélanome
- cancer
- polype
- toute autre bosse ou malignité
- leucémie
- tumeur
- bosse ou kyste
- carcinome basocellulaire

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

16-7. Système sanguin, glandulaire ou endocrinien : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà présenté des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?

- taux de glycémie anormal
- goitre
- trouble de saignement
- toute autre affection ou tout autre trouble thyroïdien ou endocrinien
- diabète
- hyperthyroïdie ou hypothyroïdie
- anémie
- diabète gestationnel
- maladie ou trouble lymphatique ou glandulaire (surrénales ou hypophyse)
- hémophilie
- toute autre affection ou tout autre trouble sanguin

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

16-8. Système gastrointestinal : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?

- cirrhose
- hépatite (y compris l'état de porteuse ou de porteur)
- pancréatite
- ulcère (gastroduodénal ou gastrique)
- maladie de Crohn
- syndrome du côlon irritable
- diarrhée persistante
- colite ulcéreuse
- diverticulite
- jaunisse
- saignement rectal ou intestinal
- toute autre affection ou tout autre trouble de l'œsophage, de l'intestin, du rectum, du pancréas, de l'estomac ou du foie

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

**SECTION 16 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ**

16-9. Oreilles, yeux, nez, gorge et la bouche : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles (à l'exception des examens de routine, d'une amygdalectomie, d'une adénoïdectomie, d'une sinusite ou d'un autre trouble nécessitant le port de lunettes, de verres de contact, ou des aérateurs transtympaniques)?

- cécité
- glaucome
- labyrinthite
- toute autre affection ou tout autre trouble des oreilles, des yeux, du nez ou de la bouche

- vision floue ou double
- déficience auditive
- névrite optique

- surdité
- déficience visuelle
- acouphène

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

16-10. Système respiratoire : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une des affections suivantes?

- asthme
- fibrose kystique
- sarcoïdose
- toute autre affection ou tout autre trouble respiratoire

- maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)
- emphysème
- apnée du sommeil

- bronchite chronique
- toux persistante
- tuberculose

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

16-11. Santé mentale : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une des affections suivantes?

- trouble déficitaire de l'attention
- fatigue chronique
- trouble bipolaire
- toute autre affection ou tout autre trouble psychologique, de développement, affectif ou comportemental

- épuisement professionnel
- dépression
- schizophrénie

- anxiété
- trouble de l'alimentation
- tentative de suicide ou idéation

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

16-12. Peau et tissu conjonctif : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une des affections suivantes (à l'exception de l'herbe à puce, de la dermite de contact, de l'acné, de la rosacée, d'un coup de soleil et de l'eczéma)?

- nævus ou nævi dysplasiques
- sclérodémie
- toute autre affection ou tout autre trouble de la peau

- lupus
- psoriasis

- toute autre lésion, tache de rousseur ou grain de beauté qui a changé de dimension ou de couleur ou qui a saigné

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

16-13. Système rénal, urinaire et reproducteur : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà présenté des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?

- test Pap anormal
- calcul rénal
- infection transmissible sexuellement
- toute autre affection ou tout autre trouble rénal ou vésical

- antigène prostatique spécifique anormal (APS)
- néphrite
- sucre, sang ou protéine dans l'urine

- hystérectomie
- fibrome utérin

- toute autre affection ou tout autre trouble associé à l'appareil reproducteur, à la prostate ou aux seins

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 16 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ**16-14. Système musculo-squelettique : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?**

- arthrite
- fibromyalgie
- paralysie
- fatigue chronique
- dystrophie musculaire
- toute autre affection ou tout autre trouble musculaire, articulaire, dorsal ou osseux
- syndrome de douleur chronique
- engourdissement ou faiblesse des extrémités de tout bras ou toute jambe

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16-15. Système nerveux : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?

- maladie d'Alzheimer
- déficience cognitive
- retard de développement ou syndrome de Down
- évanouissements ou syncope
- maladie de Parkinson
- maux de tête intenses
- toute autre affection ou tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux
- sclérose latérale amyotrophique (SLA)
- coma
- étourdissements ou vertiges
- perte de sensation, de l'usage de la parole ou de l'équilibre
- toute autre affection ou tout autre trouble du motoneurone
- syndrome post-commotionnel
- paralysie cérébrale
- démence
- épilepsie ou convulsions
- sclérose en plaques (SEP)
- tremblements
- autisme
- toute autre affection ou tout autre trouble neurologique congénital

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16-16. Système immunitaire : Avez-vous déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà eu des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles?

- SIDA
- VIH
- toute autre affection ou tout autre trouble du système immunitaire

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16-17. Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi les tests médicaux ou diagnostiques suivants?

- ECG
- échographies
- radiographies
- biopsies
- tomodensitogrammes
- analyses sanguines
- examens IRM
- tout autre test médical ou diagnostique
- coloscopie

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16-18. Au cours des cinq dernières années, avez-vous souffert d'une maladie ou d'une blessure vous empêchant d'exécuter vos activités habituelles ou les tâches régulières de votre emploi pour une période de plus de deux semaines?

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16-19. Avez-vous eu des symptômes, des préoccupations ou signes concernant votre santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou un médecin ou reçu de traitement médical, incluant une douleur persistante pour laquelle vous n'avez pas reçu de diagnostic?

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16-20. Souffrez-vous d'une affection médicale qui n'a pas été mentionnée dans les questions précédentes de la section 16, pour laquelle vous avez été ou êtes sous observation, subissez des tests ou recevez un traitement, ou encore pour laquelle vous êtes en attente d'une investigation, d'une observation, d'un test, des résultats d'un test ou d'un traitement?

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16-21. Prenez-vous des médicaments sur ordonnance ou en vente libre, y compris les plantes médicinales et les traitements holistiques (à l'exception des vitamines), pour des symptômes, des préoccupations, des signes ou des affections médicales qui n'ont pas été mentionnés dans les questions précédentes de la section 16?

Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions dans la section 16-22.

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 17 – CONSENTEMENT ET PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE**LES TITULAIRES ET TOUTES LES PERSONNES À ASSURER :**

1. Déclarent et conviennent que les renseignements personnels que j'ai fournis ou que nous avons fournis de plein gré à la courtière ou au courtier en assurance indépendant, à la conseillère ou au conseiller, ou encore à L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (la « Compagnie ») qui figurent dans la présente proposition et qui seront conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par la Compagnie aux fins de tarification, de service, d'administration, de détermination du statut fiscal canadien ou étranger et de traitement et d'évaluation des demandes de réclamation relativement à la présente proposition d'assurance, à toute assurance qui en découle ainsi qu'à tout autre document complémentaire.
2. Comprennent et acceptent que les renseignements personnels contenus dans les dossiers soient accessibles et qu'ils puissent être transmis au personnel autorisé de la Compagnie, à MIB, LLC, comme le prévoit l'avis relatif au MIB, au réseau de distribution de la Compagnie, à d'autres assureurs et réassureurs participants, aux fournisseurs de services et à d'autres compagnies retenues par la Compagnie, à des professionnels médicaux, à l'administration fiscale canadienne ou étrangère ainsi qu'à toute autre personne ou partie qui obtient mon ou notre autorisation.
3. Reconnassent avoir reçu l'avis relatif au MIB et autorisent la Compagnie à obtenir des renseignements auprès de MIB, LLC.
4. Consentent à l'obtention d'un rapport sur le consommateur (rapport de solvabilité) contenant des renseignements personnels et de solvabilité.
5. Reconnassent que la Compagnie peut utiliser un processus automatisé en ce qui concerne l'établissement et l'administration des contrats dont j'ai ou nous avons fait la demande.
6. Autorisent la Compagnie à faire effectuer, sans restriction, tous les tests nécessaires, y compris des examens, des radiographies, des électrocardiogrammes et des tests sanguins aux fins de l'évaluation de cette proposition d'assurance. De tels tests pourront comprendre des analyses visant à déterminer la présence de différentes maladies, notamment celle d'anticorps ou de virus liés au syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). La Compagnie peut divulguer les résultats de tels tests et vos renseignements personnels à ses réassureurs, à mon ou mes médecins traitants ou encore à notre ou nos médecins traitants, à des professionnels du service de santé et au MIB, aux fins de cette proposition. Je comprends et accepte ou nous comprenons et acceptons que tout résultat positif au test du VIH, de l'hépatite ou à toute autre maladie transmissible sera signalé à l'autorité de santé publique appropriée.
7. Reconnassent que mes ou nos renseignements personnels peuvent être traités et conservés à l'extérieur du Canada et que, par conséquent, ces renseignements sont susceptibles d'être communiqués aux autorités gouvernementales dans ces territoires de compétence. Si mon ou notre contrat est établi au Québec, mes ou nos renseignements personnels seront conservés à l'extérieur du Québec.
8. Autorisent tout service provincial des véhicules automobiles à fournir une copie des renseignements qu'elle détient relativement à tout dossier de conduite pertinent à cette proposition à la Compagnie ou à tout organisme d'enquête agissant en son nom.
9. Autorisent tout médecin et tout médecin, toute praticienne ou tout praticien, tout hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou toute compagnie d'assurance, le MIB ou tout autre organisme, tout établissement ou toute personne ayant des dossiers ou des renseignements sur la santé de toute personne qui fait l'objet de la présente proposition, à fournir ces renseignements, y compris les antécédents médicaux, à la Compagnie ou à ses réassureurs et autorisent la Compagnie à divulguer ces renseignements à mes ou nos médecins traitants.
10. Autorisent la Compagnie à fournir les renseignements liés à ma ou notre santé et à mon ou notre style de vie, ainsi que les renseignements médicaux obtenus pendant le processus de tarification, peu importe la source, à ma ou notre conseillère ou mon ou notre conseiller afin qu'il puisse m'expliquer ou nous expliquer toute évaluation défavorable de mon ou notre assurabilité.
11. Consentent à l'utilisation de mon ou notre adresse courriel pour établir un compte Accès à la clientèle de L'Équitable et fournir les avis qui y sont associés, effectuer la livraison électronique du contrat et communiquer par voie électronique à toute autre fin administrative.
12. Consentent et acceptent que : a) que la présente proposition puisse être transmise à la Compagnie par voie électronique et sera considérée par la Compagnie comme l'original de la proposition d'assurance de la ou du titulaire de contrat; et b) à la livraison électronique du contrat à mon ou notre intention, s'il est établi, et de tout autre document ou toute autre communication écrite liée au contrat.
13. Conviennent qu'une photocopie ou une copie électronique de ces autorisations a la même valeur que le document original.
14. Pour de plus amples renseignements au sujet des pratiques de la Compagnie en matière de vie privée et sur la façon de communiquer avec la personne responsable de la protection des renseignements personnels, veuillez consulter le site au www.equitable.ca/fr.

SECTION 17.1 – RENSEIGNEMENTS D'ORDRE JURIDIQUE**DÉCLARATION ET CONSENTEMENT DES TITULAIRES ET DES PERSONNES À ASSURER :**

1. Je déclare ou nous déclarons que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à jour, exacts et complets. Dans le cas des contrats d'assurance vie universelle et d'assurance vie entière, j'aviserai ou nous aviserons L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (la « Compagnie ») dans un délai de 30 jours de tout changement relatif à mes ou nos renseignements suivants : nom, adresse, adresse courriel, emploi, renseignements sur l'identité, résidence fiscale, statut de citoyenneté américaine ou tout numéro d'identification fiscal.
2. L'assurance faisant l'objet de la présente proposition ou une telle assurance approuvée par la Compagnie, n'entrera en vigueur que si :
 - a) j'accuse ou nous accusons réception de l'avis relatif au MIB et j'autorise ou nous autorisons la Compagnie à obtenir des renseignements auprès de MIB, LLC;
 - b) je consens ou nous consentons à l'obtention d'un rapport sur le consommateur (rapport de solvabilité) contenant des renseignements personnels et de solvabilité;
 - c) la première prime du contrat est payée; et
 - d) aucun changement n'a été apporté à l'assurabilité de la personne ou des personnes à assurer entre la date où cette proposition a été signée par la ou les personnes à assurer et : i) la date de la livraison du contrat d'assurance maladies graves à la ou au titulaire; ou ii) à date de la livraison du contrat d'assurance vie à la ou au titulaire résidant dans une province ou un territoire autre que le Québec; ou iii) la date d'approbation de la proposition d'assurance vie par la Compagnie, et ce, sans modification, pour la ou le titulaire résidant au Québec.



3. Tout avis reçu par une personne ou porté à sa connaissance n'est pas considéré comme reçu par la Compagnie ou porté à sa connaissance, sauf s'il est divulgué dans la présente proposition d'assurance. Seulement une officière ou un officier autorisé par la Compagnie détient l'autorité de mettre la Compagnie sous risque ou obligation, ou de confirmer l'assurabilité d'une personne à assurer.
4. L'approbation de tout contrat établi d'après la présente proposition sera considérée comme une ratification de toute modification, correction ou ajout à la présente proposition, et pourrait être indiquée par la Compagnie dans la section intitulée « Modifications du siège social ».
5. Si la proposition est effectuée par une ou un titulaire (autre que la personne à assurer) : a) tout contrat établi en vertu de la présente proposition, sera sous l'autorité intégrale de la ou du titulaire, sous réserve des dispositions d'un tel contrat; et b) toute personne pour laquelle l'assurance est demandée consent à la souscription de l'assurance sur sa tête.
6. Cette personne ou ces personnes n'ont connaissance de l'omission d'aucun détail dans la présente proposition, qui pourrait avoir une incidence sur l'assurabilité de toute personne à assurer.
7. **LE DÉFAUT DE DIVULGUER CHACUN DES FAITS À LA CONNAISSANCE DE TOUTE PERSONNE TITULAIRE ET DE TOUTE PERSONNE À ASSURER, QUI SONT IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURANCE DEMANDÉE, OU IMPORTANTS AU TITRE DE L'ASSURABILITÉ DE TOUTE PERSONNE À ASSURER, OU TOUTE FAUSSE DÉCLARATION OU DÉCLARATION ERRONÉE QUANT AUX FAITS, AUX RENSEIGNEMENTS OU AUX RÉPONSES DONNÉES ET INDICÉES DANS LA PRÉSENTE PROPOSITION, Y COMPRIS TOUT RENSEIGNEMENT D'ORDRE PARAMÉDICAL OU MÉDICAL DE LA PARTIE II ET TOUTE DÉCLARATION ÉCRITE DONNÉE COMME PREUVE D'ASSURABILITÉ RENDRA TOUTE ASSURANCE ÉTABLIE EN RELATION AVEC LA PRÉSENTE PROPOSITION, ANNULABLE PAR LA COMPAGNIE.**
8. Je reconnais ou nous reconnaissons :
 - a) avoir reçu de ma ou notre conseillère ou de mon ou notre conseiller, la divulgation et l'explication des compagnies représentées par la conseillère ou le conseiller, les permis, les commissions, la rémunération supplémentaire, les conflits d'intérêts, l'avis relatif au MIB. et, le cas échéant, toute convention d'assurance temporaire.
 - b) avoir passé en revue l'illustration des ventes avec ma ou notre conseillère ou mon ou notre conseiller et compris celle-ci.
9. Je demande ou nous demandons que toute correspondance future me soit ou nous soit transmise en FRANÇAIS ANGLAIS
10. Toutes les signatures afin d'effectuer les prélèvements du compte se trouvent dans la présente proposition d'assurance, et toutes les conditions énoncées dans la section 10 sous la partie intitulée « Service de débit préautorisé (DPA) » sont comprises et acceptées. NOTA : si les débits sont faits d'un compte conjoint, les deux titulaires du compte doivent fournir leur signature si ma ou notre banque établissement financier exige les deux signatures.

CONSENTEMENT AU MARKETING :

1. Toute personne titulaire et toute personne à assurer autorisent la Compagnie à utiliser les renseignements contenus dans la présente proposition et ses dossiers existants à fournir des renseignements à mon ou notre sujet à propos de ses autres produits et services. OUI NON

Signé à _____ le _____ 20____
 (ville) (province) (jour) (mois) (année)

Signature de toute personne titulaire

Signé par Assurance INTEL

Si le titulaire est une société par actions ou une autre entité :

- veuillez apposer le sceau de la société, si possible, et demander à la personne signataire autorisée de signer et d'indiquer son titre au-dessus
- toutes les personnes à assurer doivent signer ci-dessous même si elles ont signé comme personne signataire autorisée

PERSONNE 1

PERSONNE 2

*** Signature de la personne à assurer si autre que la personne titulaire***** Signature de la personne à assurer si autre que la personne titulaire**

*Signature requise pour chaque personne à assurer âgée de 16 ans et plus (18 ans et plus au Québec) en date de la présente.

*Signature requise d'un des parents ou de la tutrice ou du tuteur des enfants âgés de moins de 16 ans (de moins de 18 ans au Québec).

ENFANT

Signature de l'enfant à assurer en vertu de l'APE à la section 15 si âgé de 16 ans et plus (toutes les provinces sauf le Québec)

PAYEUR

CONSEILLER
OU TÉMOIN**Signature du payeur en vertu de l'entente de service de DPA à la section 10,
si autre que la personne titulaire****** Témoin de toutes les signatures**

** Doit être un tiers désintéressé qui n'est pas nommé comme assuré, titulaire, payeur, bénéficiaire ni fiduciaire dans la présente proposition d'assurance.

Nom et adresse du témoin s'il
ne s'agit pas du conseiller :



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 18 – ENTENTE RELATIVE À LA TRADUCTION ET DÉCLARATION

La présente proposition d'assurance a-t-elle été traduite au bénéfice de toute personne à assurer ou titulaire dans une langue qui n'est pas le français? Oui Non
 Dans l'affirmative, vous devez remplir les sous-sections ci-dessous.

Nota : la traductrice ou le traducteur doit être âgé de 18 ans ou plus et ne doit pas être une personne à titre de :

- bénéficiaire;
- titulaire;
- personne à assurer; ou
- personne qui a un intérêt dans le contrat (sauf la conseillère ou le conseiller).

18.1 Entente relative aux personnes à assurer ou aux titulaires

Dans la présente section, les termes « vous », « votre » et « vos » renvoient aux personnes à assurer ou aux titulaires.

1. Pour qui la présente proposition d'assurance a-t-elle été traduite dans une langue qui n'est pas le français?

Personne 1 Personne 2 Titulaire 1 Titulaire 2

2. Êtes-vous d'accord du fait que vos réponses aux questions demandées et traduites pour vous sont complètes et véridiques et comprenez-vous bien qu'elles font partie intégrante de la proposition d'assurance?

Personne 1 Oui Non Personne 2 Oui Non Titulaire 1 Oui Non Titulaire 2 Oui Non

Nota : dans la négative, il n'est pas possible de poursuivre votre proposition d'assurance pour l'instant. La proposition d'assurance ne doit pas être soumise.

3. Pouvez-vous également affirmer que la présente proposition d'assurance vous a été expliquée entièrement dans votre langue préférée et que vous comprenez le contenu qui vous a été communiqué par votre traductrice ou votre traducteur?

Personne 1 Oui Non Personne 2 Oui Non Titulaire 1 Oui Non Titulaire 2 Oui Non

Nota : dans la négative, il n'est pas possible de poursuivre votre proposition d'assurance pour l'instant. La proposition d'assurance ne doit pas être soumise.

4. Nom de la personne qui vous a fourni la traduction :

Prénom de la traductrice ou du traducteur	Initiale du second prénom	Nom de famille
---	---------------------------	----------------

5. Lien avec les personnes à assurer ou les titulaires :

Personne 1	<input type="checkbox"/> Conseillère ou conseiller <input type="checkbox"/> Autre Veuillez préciser : _____	Titulaire 1	<input type="checkbox"/> Conseillère ou conseiller <input type="checkbox"/> Autre Veuillez préciser : _____
Personne 2	<input type="checkbox"/> Conseillère ou conseiller <input type="checkbox"/> Autre Veuillez préciser : _____	Titulaire 2	<input type="checkbox"/> Conseillère ou conseiller <input type="checkbox"/> Autre Veuillez préciser : _____

6. Dans quelle langue les questions ont-elles été traduites?

Personne à assurer 1		Titulaire 1	
Personne à assurer 2		Titulaire 2	

18.2 Déclaration du traducteur et signature

Dans la présente section, les termes « vous », « votre » et « vos » renvoient à la traductrice ou au traducteur.

En signant au bas de cette page, vous déclarez que, au bénéfice des personnes à assurer ou des titulaires indiqués dans la sous-section 18.1 ci-dessus, vous avez :

- traduit fidèlement et loyalement la présente proposition d'assurance et les réponses que vous avez obtenues;
- lu tout le contenu de la présente proposition d'assurance et expliqué la nature de ce contenu et de ce qui devait être rempli; et
- observé que toutes les parties semblaient comprendre le contenu de la présente proposition d'assurance et avez fourni tous les renseignements demandés.

De plus, vous déclarez que vous n'avez aucun intérêt à l'égard de cette proposition d'assurance et que vous avez 18 ans ou plus.

Signé dans la province de	Date (jj/mm/aaaa)	Déclaration du traducteur et signature (s'il ne s'agit pas du conseiller)
---------------------------	-------------------	---

**SECTION 19 – DEMANDE D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE****DEMANDE D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE**

Les titulaires et la personne à assurer, ou les personnes à assurer dans le cas d'une proposition d'assurance vie conjointe, dans la proposition d'assurance vie (la « proposition d'assurance ») (sauf les enfants à assurer en vertu d'un avenant de protection pour enfants) demandent une couverture d'assurance vie provisoire, mais comprennent que l'assurance vie provisoire N'entrera PAS en vigueur si :

- a) la personne à assurer ou l'une des personnes à assurer, dans le cas d'une assurance vie conjointe, répond par l'affirmative ou ne répond pas à l'une des questions ci-dessous relatives à l'assurance vie;
- b) le paiement d'au moins un douzième de la prime annuelle de l'assurance demandée n'est pas joint à la proposition au moyen d'un chèque ou d'une entente de service de DPA; ou
- c) le paiement n'est pas honoré à sa première présentation pour paiement.

Si l'une de ces conditions s'applique, l'assurance vie provisoire ne sera pas accordée et la convention d'assurance vie provisoire sera NULLE.

DEMANDE D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE

Nota : si la proposition d'assurance comprend un avenant d'assurance maladies graves, lorsque la proposition est au titre d'un contrat d'assurance sur plusieurs têtes ou un contrat d'assurance vie conjointe, les réponses aux questions sur l'état de santé relatives à l'assurance maladies graves provisoire doivent être indiquées pour chaque personne à assurer au titre de laquelle la couverture d'assurance maladies graves provisoire est demandée.

Toute personne titulaire et toute personne à assurer au titre de la proposition d'assurance demandent une couverture d'assurance maladies graves provisoire, mais comprennent que l'assurance maladies graves provisoire N'entrera PAS en vigueur si :

- a) la personne à assurer répond par l'affirmative ou ne répond pas à l'une des questions ci-dessous relatives à l'assurance maladies graves;
- b) le paiement d'au moins un douzième de la prime annuelle de l'assurance demandée n'est pas joint à la proposition au moyen d'un chèque ou de l'entente de service de DPA; ou
- c) le paiement n'est pas honoré à sa première présentation pour paiement.

Si l'une de ces conditions s'applique, l'assurance maladies graves provisoire ne sera pas accordée et la convention d'assurance maladies graves provisoire sera NULLE.

L'admissibilité à l'assurance vie provisoire est sous réserve des conditions de la convention d'assurance vie provisoire. L'admissibilité à l'assurance maladies graves provisoire est sous réserve des conditions de la convention d'assurance maladies graves provisoire.

La personne à assurer ou les personnes à assurer :

- 1) a-t-elle ou ont-elles déjà reçu un traitement pour l'une des affections suivantes ou déjà présenté des signes ou des symptômes relativement à l'une d'elles :
 - un accident vasculaire cérébral, des douleurs thoraciques, un cancer, des tumeurs, une maladie rénale chronique ou une maladie chronique du foie?
 - le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou le complexe lié au SIDA ou à tout autre trouble du système immunitaire?
- 2) a-t-elle ou ont-elles, au cours des 90 derniers jours, été admises dans un établissement médical ou reçu la recommandation de se faire admettre dans un tel établissement ou de subir un test diagnostique ou une chirurgie (autre qu'un accouchement normal), ou a-t-elle ou ont-elles subi un tel test ou une chirurgie?
- 3) a-t-elle ou ont-elles déjà présenté une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladies graves sur leur tête qui lui ou leur a été refusée, différée, assujettie à une surprime ou modifiée de quelque façon que ce soit?
- 4) s'est-elle ou se sont-elles absentes de leur travail, de leur emploi habituel, ou a-t-elle ou ont-elles été incapables de s'acquitter d'activités journalières régulières pendant au moins 15 jours consécutifs en raison d'une maladie ou d'une blessure, et ce, au cours des 12 derniers mois?
- 5) a-t-elle ou ont-elles plus de 65 ans, ou n'a pas atteint ou n'ont pas atteint l'âge de 15 jours dans le cas de propositions d'assurance vie ou 30 jours dans le cas de propositions d'assurance maladies graves?
- 6) a-t-elle reçu ou ont-elles reçu un traitement ou déjà présenté des signes ou des symptômes relativement à une maladie du cœur ou cardiovasculaire, à l'exception de l'hypertension? (requis pour les demandes d'assurance vie seulement)
- 7) a-t-elle reçu ou ont-elles reçu un traitement ou déjà présenté des signes ou des symptômes relativement à une maladie du cœur ou cardiovasculaire, y compris de l'hypertension? (requis pour les demandes d'assurance maladies graves seulement)

PERSONNE 1		PERSONNE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TOUTE FAUSSE DÉCLARATION OU DÉCLARATION ERRONÉE QUANT AUX RÉPONSES DONNÉES CI-DESSUS OU DANS LA PROPOSITION, Y COMPRIS TOUT RENSEIGNEMENT DE LA PARTIE II ET TOUTE DÉCLARATION ÉCRITE DONNÉE COMME PREUVE D'ASSURABILITÉ RENDRA TOUTE ASSURANCE VIE PROVISOIRE OU TOUTE ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE ANNULABLE PAR LA COMPAGNIE.



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 19 – DEMANDE D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE

Toute personne titulaire et toute personne à assurer faisant la demande d'une couverture d'assurance provisoire : reconnaissent avoir lu, compris et accepté les dispositions de la demande et les conditions contenues dans la convention d'assurance vie provisoire et la convention d'assurance maladies graves provisoire.

Signé à _____	(ville)	_____	(province)	le	_____	(jour)	_____	(mois)	20	_____	(année)
---------------	---------	-------	------------	----	-------	--------	-------	--------	----	-------	---------

Signature de toute personne titulaire	
---------------------------------------	--

Si la titulaire ou le titulaire est une société par actions, veuillez apposer le sceau de la société, si possible, et obtenir la signature et le titre de toute personne signataire autorisée

PERSONNE 1	
------------	--

***Signature de la personne à assurer si autre que la personne titulaire**

Autre	
-------	--

***Signature de la personne à assurer si autre que la personne titulaire**

PERSONNE 2	
------------	--

***Signature de la personne à assurer si autre que la personne titulaire**

CONSEILLER OU TÉMOIN	
-------------------------	--

****Témoin de toutes les signatures**

* Signature requise pour chaque personne à assurer âgée de **16 ans et plus (18 ans et plus au Québec)** en date de la présente.
 * Signature requise d'un des parents ou de la tutrice ou du tuteur des enfants âgés de moins de **16 ans (de moins de 18 ans au Québec)**
 ** Doit être un tiers désintéressé qui n'est pas nommé comme assuré, titulaire, payeur, bénéficiaire ni fiduciaire dans la présente proposition d'assurance.

Nom et adresse du témoin s'il ne s'agit pas du conseiller :	
--	--

**SECTION 20 – RAPPORT DU CONSEILLER****EXIGENCES DE TARIFICATION**

La conseillère ou le conseiller et l'AGG sont responsables de commander les exigences de tarification (sauf la DMT). Les tarificateurs pourraient, à leur discrétion, commander des exigences supplémentaires jugées nécessaires. Toute preuve d'assurabilité fournie récemment (au cours des 12 derniers mois) pourrait être considérée. Veuillez communiquer avec le siège social pour toute exigence supplémentaire.

Nom du fournisseur de services :					
Exigences de tarification	Personne 1	Commande placée	Personne 2	Commande placée	Commentaires et numéro de commande
Examen médical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Examen paramédical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Électrocardiogramme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Profil sanguin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ASP (requis avec le profil sanguin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Analyse d'urine (VIH)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rapport d'enquête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Électrocardiogramme sur tapis roulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rapport du bureau des véhicules automobiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
États financiers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Commander preuve commune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :					

1. **A-t-on déjà communiqué avec le siège social à propos de toute personne à assurer?**
Dans l'affirmative, veuillez indiquer les dates, la référence de la dernière lettre du siège social et la personne ou le service contacté dans les notes du conseiller ci-dessous.
2. **Êtes-vous, ou la conseillère ou le conseiller assurant le service, la personne à assurer, la titulaire ou le titulaire, le payeur ou la payeuse, ou encore la personne bénéficiaire de ce contrat?**
3. **Êtes-vous, ou la conseillère ou le conseiller assurant le service, une partie liée aux personnes à assurer ou aux titulaires?**
Une partie liée comprend :
a) des membres de la famille immédiate, comme une conjointe ou un conjoint, un parent, un grand-parent, un enfant, un petit-enfant ou la belle-famille;
b) une société dont la conseillère ou le conseiller ou un membre de la famille immédiate détient 50 % ou plus de toute catégorie d'actions de la société, individuellement ou ensemble;
c) lorsque la conseillère ou le conseiller est doté d'une constitution en personne morale, tous les directeurs, les dirigeants, les employés ou les agents du conseiller, toute société mère, toute filiale ou toute société affiliée du conseiller.
Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails dans les notes du conseiller ci-dessous.
4. **Avez-vous connaissance de :**
a) Toute critique à l'endroit du caractère, des habitudes, du mode de vie ou de la réputation en affaires, actuelle ou antérieure, des personnes à assurer ou des titulaires?
Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails dans les notes du conseiller ci-dessous.
b) tout renseignement supplémentaire pouvant aider dans l'évaluation de la présente proposition?
Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails dans les notes du conseiller ci-dessous.
5. **Une analyse des besoins financiers est-elle à l'origine de cette vente?**
6. **J'ai déployé des efforts raisonnables afin de déterminer si toute personne titulaire agit pour le compte d'un tiers.**
7. **J'ai révisé l'illustration des ventes avec la titulaire ou le titulaire et leur en ai expliqué le contenu.**

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION 20 – RAPPORT DU CONSEILLER****8. Je confirme que j'ai divulgué les renseignements suivants aux titulaires :**

- a) le contrat d'assurance vie ou d'assurance maladies graves, si établi, est souscrit et géré par l'Assurance vie Équitable du Canada;
- b) la compagnie ou les compagnies que je représente;
- c) je suis une courtière ou un courtier, ou encore une conseillère ou un conseiller indépendant qui représente l'Assurance vie Équitable du Canada;
- d) je suis une agente ou un agent d'assurance vie agréé par le Insurance Council of British Columbia ou la Commission des services financiers de l'Ontario, le cas échéant;
- e) je reçois une rémunération et continuerai de recevoir des commissions de renouvellement et de service, si un contrat est établi et entre en vigueur, et si le contrat est maintenu en vigueur;
- f) il est possible que je sois admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis et indemnités de déplacement, selon le volume de contrats de l'Assurance vie Équitable du Canada que je fais souscrire et le taux de conservation de ces contrats;
- g) j'ai divulgué les conflits d'intérêts que je pourrais avoir concernant la présente proposition.

9. J'ai passé en revue les renseignements fournis contenus dans la présente proposition d'assurance avec toute personne titulaire et, à ma connaissance, ces renseignements sont complets et véridiques.

OUI	NON
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

NOTES DU CONSEILLER : _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER :

Nom de l'AGG : _____ N° de l'AGG : _____

Téléphone de l'AGG : _____ Télécopieur de l'AGG : _____ Adresse courriel de l'AGG : _____

Veillez énumérer les noms des conseillers impliqués dans la vente et indiquer le nom du conseiller comme il est inscrit sur son permis provincial.

Nom du conseiller	N° du conseiller	Service	Commission (%)	N° de téléphone du conseiller	N° de télécopieur du conseiller
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>			

Veillez rédiger toute la correspondance qui s'adresse à la conseillère ou au conseiller dans la langue suivante : français anglais

Adresse courriel de la conseillère ou du conseiller

Adresse courriel de la superviseuse ou du superviseur

Signature du conseiller

Signature du superviseur du conseiller

Date (jj/mm/aaaa)

Date (jj/mm/aaaa)

**SECTION 21 – CONVENTION D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE****Convention d'assurance vie provisoire**

La présente convention d'assurance vie provisoire (la « convention ») conclue avec L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (la « Compagnie ») procure une couverture d'assurance vie d'une SOMME LIMITÉE pour une PÉRIODE LIMITÉE, sous réserve des conditions de la présente convention énoncées ci-dessous.

CONDITIONS

L'assurance vie provisoire en vertu de la présente convention prend effet à la date à laquelle la dernière des personnes titulaires et des personnes à assurer ont signé la demande d'assurance vie provisoire, si :

- a) la personne ou les personnes à assurer, dans le cas d'une assurance vie conjointe, ont répondu « Non » à toutes les questions de la section intitulée « Demande d'assurance vie provisoire »;
- b) le paiement d'au moins un douzième de la prime annuelle de l'assurance vie demandée de la proposition est joint à la présente proposition au moyen d'un chèque ou d'une entente de service de DPA; et
- c) le paiement a été honoré à sa première présentation pour paiement.

AUTRES CONDITIONS

1. Si la personne à assurer, ou l'une ou l'autre des personnes à assurer ou les deux, dans le cas d'une assurance vie conjointe, décèdent pendant que la présente convention est en vigueur, le montant d'assurance en vertu de la présente convention correspondra au moindre des montants suivants : la somme assurée demandée dans la présente proposition (y compris toute garantie supplémentaire en cas de décès accidentel, à la condition que le décès survienne par suite d'un accident conformément aux dispositions du contrat à établir, tout avenant d'assurance vie temporaire (excluant tout avenant d'assurance maladies graves) et tout montant accru initial du régime Équimax) ou 1 000 000 \$. Peu importe le montant total de l'assurance vie provisoire au nom de la personne à assurer ou des personnes à assurer, dans le cas d'une proposition d'assurance vie conjointe, en vigueur à la date du décès, en vertu de la présente convention et de toute autre convention d'assurance vie provisoire en vigueur de la Compagnie le montant global de la prestation payable, en vertu de la présente convention et de toute autre convention d'assurance provisoire au nom de la personne à assurer ou des personnes à assurer, dans le cas d'une proposition d'assurance vie conjointe, ne peut dépasser 1 000 000 \$.
2. Aucune prestation ne sera payable en vertu de la présente convention en ce qui a trait : a) aux enfants à assurer en vertu de l'avenant de protection pour enfants; b) à la prestation de décès du proposant à la titulaire ou au titulaire; et c) à tout avenant d'assurance maladies graves.
3. Si toute personne à assurer se suicide, peu importe son état de santé mentale, la responsabilité de la Compagnie en vertu de la présente convention se limite au remboursement de la prime acquittée.
4. Si la Compagnie établit un contrat d'assurance vie, la somme indiquée sur le chèque initial ou l'entente de service de DPA joint à la proposition sera créditée à la prime initiale payable en vertu du contrat.
5. La couverture d'assurance en vertu de la présente convention prend fin à la première des dates suivantes :
 - a) la date d'entrée en vigueur de l'assurance vie demandée en vertu de la proposition;
 - b) la date à laquelle la Compagnie envoie à la titulaire ou au titulaire un avis écrit d'annulation de la présente convention; Si la Compagnie établit un contrat d'assurance vie, la somme indiquée sur le chèque initial ou l'entente de service de DPA joint à la proposition sera créditée à la prime initiale payable en vertu du contrat;
 - c) 90 jours après la date d'entrée en vigueur de l'assurance en vertu de la présente convention;
 - d) la date à laquelle la Compagnie envoie par la poste un avis de refus ou d'annulation de la proposition d'assurance vie à la titulaire ou au titulaire; ou
 - e) la date à laquelle l'assurance en vertu de la présente convention devient payable.
6. Tout versement effectué en vertu de la présente convention sera régi par les conditions du contrat d'assurance demandé et sera versé à la personne bénéficiaire désignée dans la proposition.
7. Aucune représentante ou représentant de la Compagnie n'est autorisé à modifier la présente convention.
8. TOUTE FAUSSE DÉCLARATION OU DÉCLARATION ERRONÉE QUANT AUX RÉPONSES DONNÉES DANS LA DEMANDE D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE OU DANS LA PROPOSITION, Y COMPRIS TOUT RENSEIGNEMENT DE LA PARTIE II ET TOUTE DÉCLARATION ÉCRITE DONNÉE COMME PREUVE D'ASSURABILITÉ RENDRA TOUTE ASSURANCE VIE PROVISOIRE ET LA PRÉSENTE CONVENTION D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE ANNULABLES PAR LA COMPAGNIE.

**SECTION 22 – CONVENTION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE****Convention d'assurance maladies graves provisoire**

La présente convention d'assurance maladies graves provisoire (la « convention ») avec L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada (la « Compagnie ») fournit un montant limité de couverture d'assurance maladies graves pour une période limitée pour neuf affections graves, sous réserve des conditions de la présente convention décrites ci-dessous pour toute personne à assurer qui fait la demande de la couverture d'assurance maladies graves dans la présente proposition.

CONDITIONS

L'assurance maladies graves provisoire en vertu de la présente convention prend effet à la date à laquelle la dernière des personnes titulaires et des personnes à assurer ont signé la demande d'assurance maladies graves provisoire, si :

- a) la personne à assurer a répondu « Non » à toutes les questions portant sur la demande d'assurance maladies graves provisoire; et
- b) le paiement d'au moins un douzième de la prime annuelle de l'assurance maladies graves demandée dans la proposition est joint à la proposition au moyen d'un chèque ou d'une entente de service de DPA; et
- c) le paiement a été honoré à sa première présentation pour paiement.

AUTRES CONDITIONS

1. Si la convention d'assurance temporaire maladies graves est en vigueur lorsque toute personne à assurer en vertu de la présente convention est atteinte d'une des neuf affections graves couvertes en vertu de la présente convention, la Compagnie versera le montant de l'assurance maladies graves demandée dans la proposition ou 250 000 \$, selon le moindre montant, à condition que :
 - a) toutes les conditions ci-dessus s'appliquant à la présente convention d'assurance maladies graves provisoire soient satisfaites;
 - b) le diagnostic de toute affection grave couverte en vertu de la présente convention ou la recommandation de subir une chirurgie pour une affection grave couverte en vertu de la présente convention doit être faite par un spécialiste ou un spécialiste autorisé à pratiquer au Canada ou aux États-Unis, ou dans un autre territoire approuvé par la Compagnie. Un spécialiste ou un spécialiste est une personne qui détient une formation médicale spécialisée en rapport avec la maladie ou l'affection grave couverte pour laquelle la prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de spécialité. Le spécialiste ne doit être ni le titulaire de contrat, ni la personne à assurer, ni un membre de la famille lié par le sang ou une associée ou un associé de la titulaire ou du titulaire de contrat ou de la personne à assurer. La date du diagnostic est la date à laquelle le spécialiste ou le spécialiste pose le diagnostic de l'affection. Le diagnostic posé doit être appuyé par une preuve médicale objective;
 - c) l'affection grave couverte doit répondre à toutes les exigences énoncées dans le paragraphe 5 de la section intitulée « Définitions des affections graves couvertes »;
 - d) toute personne à assurer en vertu de la présente convention a satisfait à la période de survie décrite dans le paragraphe 6; et
 - e) toute personne à assurer en vertu de la présente convention autorise la Compagnie à faire effectuer des examens médicaux sur toute personne à assurer en vertu de la présente convention quand et aussi souvent que la Compagnie le jugera nécessaire pendant l'évaluation de la demande de réclamation présentée en vertu de la présente convention.
2. Peu importe le montant total de l'assurance maladies graves provisoire de la Compagnie en vigueur à la date du diagnostic d'une affection grave couverte en vertu de la présente convention, le montant global de la prestation payable, en vertu de la présente convention et de toute autre convention d'assurance maladies graves provisoire au nom de la personne à assurer, ne peut dépasser 250 000 \$.
3. La convention d'assurance maladies graves ÉquiVivre provisoire prend fin à la première des dates suivantes :
 - a) la date d'entrée en vigueur de l'assurance maladies graves ÉquiVivre établie en vertu de la proposition;
 - b) la date à laquelle la Compagnie envoie par la poste un avis écrit de refus ou d'annulation de la proposition pour un contrat ou un avenant d'assurance maladies graves ÉquiVivre à toute personne titulaire;
 - c) la date à laquelle la prestation en vertu de la présente convention devient payable en ce qui concerne chaque personne à assurer;
 - d) 90 jours après la date d'entrée en vigueur de l'assurance en vertu de la présente convention, à moins que la personne à assurer en vertu de la présente convention ait reçu un diagnostic d'une affection grave couverte en vertu de la présente convention et est en cours de satisfaire aux exigences (y compris à celles de la période de survie) pour cette affection grave couverte. Dans ce cas; la présente convention prendra alors fin à la date à laquelle la personne à assurer ou les personnes à assurer en vertu de la présente convention ne peuvent plus satisfaire aux exigences (y compris celles de la période de survie) pour cette affection grave couverte; ou
 - e) la date à laquelle la Compagnie envoie à la titulaire ou au titulaire un avis écrit d'annulation de la présente convention.
4. Si la Compagnie établit un contrat d'assurance maladies graves ÉquiVivre, la somme indiquée sur le chèque initial ou l'entente de service de DPA accompagnant la proposition sera créditée à la prime initiale payable en vertu du contrat.



P00085079

PROPOSITION D'ASSURANCE VIE OU D'ASSURANCE MALADIES GRAVES

SECTION 22 – CONVENTION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE

5. Définitions des affections graves couvertes :

- Crise cardiaque :**
(infarctus aigu du myocarde)
- Diagnostic formel de la mort d'une partie du muscle cardiaque découlant d'une insuffisance de l'apport sanguin, qui entraîne l'augmentation et la chute des biomarqueurs cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus aigu du myocarde, accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes :
- symptômes de crise cardiaque;
 - changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque;
 - apparition de nouvelles ondes Q pathologiques sur l'ECG à la suite d'une intervention cardiaque intraartérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne.
- Une période de survie de 30 jours suivant la date du diagnostic s'applique. Le diagnostic de crise cardiaque (infarctus du myocarde) doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.
- Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la crise cardiaque (infarctus aigu du myocarde) dans les cas suivants :
- changements à l'ECG qui témoignent d'un infarctus du myocarde survenu antérieurement;
 - autres syndromes coronariens aigus, tels que l'angine de poitrine et l'angine instable; ou
 - augmentation des biomarqueurs cardiaques ou symptômes découlant d'actes médicaux ou de diagnostics autres que celui de crise cardiaque.
- Accident vasculaire cérébral :**
(AVC)
- Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral aigu causé par une thrombose intracrânienne, une hémorragie, ou une embolie, avec :
- apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques; et
 - nouveaux déficits neurologiques objectifs qui sont constatés au cours d'un examen clinique, persistant pendant plus de 30 jours suivant la date du diagnostic.
- Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être confirmés par des tests d'imagerie diagnostique montrant des changements qui, par leurs caractéristiques, leur localisation et le moment où ils sont survenus, correspondent aux nouveaux déficits neurologiques.
- Une période de survie de 30 jours suivant la date du diagnostic s'applique. Le diagnostic d'un accident vasculaire cérébral doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.
- Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre l'accident vasculaire cérébral (AVC) dans les cas suivants :
- accident ischémique transitoire;
 - accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme;
 - troubles ischémiques du système vestibulaire;
 - mort tissulaire du nerf optique ou de la rétine sans perte totale de la vue de l'œil en cause; ou
 - infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition d'accident vasculaire cérébral ci-dessus.
- Cécité :**
- Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des deux yeux, attestée par :
- une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins dans les deux yeux; ou
 - un champ visuel moins de 20 degrés pour les deux yeux.
- Le diagnostic de cécité doit être confirmé par un spécialiste ou un spécialiste.
- Surdité :**
- Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des deux oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz. Le diagnostic de surdité doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.
- Perte de l'usage de la parole :**
- Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours. Le diagnostic de perte de l'usage de la parole doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.
- Exclusions : aucune prestation ne sera payable au titre de la perte de l'usage de la parole dans le cas de toute cause psychiatrique.
- Paralysie :**
- Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins deux membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres, pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur. Le diagnostic de paralysie doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.
- Perte de membres :**
- Diagnostic formel de la séparation complète de deux membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire. Le diagnostic de perte de membres doit être posé par un spécialiste ou un spécialiste.

**SECTION 22 – CONVENTION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE**

Coma : Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer quatre ou moins pendant cette période. Le diagnostic de coma doit être posé par un spécialiste.

Exclusions : aucune prestation ne sera payable pour cette affection dans les cas suivants :

- le coma a été médicalement provoqué;
- le coma résulte directement de la consommation d'alcool ou de drogues; ou
- un diagnostic de mort cérébrale a été posé.

Brûlures graves : Diagnostic formel de brûlures du troisième degré affectant au moins 20 % de la surface du corps. Le diagnostic de brûlures graves doit être posé par un spécialiste.

6. Exclusions et restrictions : Si l'une des neuf affections ci-dessus découle, directement ou non, d'une des causes suivantes, elle est automatiquement exclue des affections graves couvertes en vertu de la présente convention et aucune assurance maladies graves provisoire ne s'appliquera :

- blessures que la personne assurée s'est infligées volontairement, quel que soit son état mental;
- guerre ou acte de guerre, qu'elle soit déclarée ou non, actes d'hostilité des forces armées d'un pays ou d'organismes internationaux;
- absorption ou usage intentionnel par la personne assurée :
 - d'un médicament ou d'un narcotique d'ordonnance d'une façon non conforme aux instructions données par un médecin;
 - d'un médicament ou d'un narcotique qui peut légalement être vendu au Canada ou aux États-Unis sans ordonnance, d'une façon non conforme aux recommandations du fabricant;
 - d'un médicament ou narcotique qu'on ne peut se procurer légalement au Canada ou aux États-Unis; ou
 - d'une substance toxique ou intoxicante, y compris l'inhalation de gaz ou d'émanations toxiques;
- le fait de commettre ou de tenter de commettre un acte criminel; ou
- conduite d'un véhicule motorisé alors que le taux d'alcool est supérieur à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang.

7. Période de survie : Certaines affections couvertes exigent une période de survie de 30 jours, comme indiqué dans leur définition. La période de survie commence à la date du diagnostic d'une des affections graves couvertes ou de l'intervention chirurgicale pour une des affections graves couvertes en vertu de la présente convention et prend fin 30 jours après la date du diagnostic ou de l'intervention chirurgicale pour une maladie couverte en vertu de la présente convention, sauf indication contraire dans la section intitulée « Définition des affections graves couvertes ». La personne à assurer doit être vivante à la fin de la période de survie et ne pas avoir subi d'arrêt irréversible de toutes les fonctions cérébrales durant la période de survie.

Dans le cas d'une cessation irréversible, AUCUNE prestation ne sera versée en vertu de l'assurance maladies graves provisoire. Si la personne à assurer est maintenue artificiellement en vie pendant la période de survie, la date de la cessation irréversible des fonctions cérébrales sera considérée comme étant la date de décès de la personne à assurer en vertu de la présente convention d'assurance maladies graves provisoire. La cessation irréversible des fonctions cérébrales sera déterminée en fonction des critères médicaux généralement acceptés. Dans le cas des affections couvertes où aucune période de survie ne s'applique, la personne assurée doit être toujours en vie au moment où le diagnostic est établi.

8. Toute assurance offerte en vertu de la présente convention d'assurance maladies graves provisoire ne sera versée qu'une seule fois pour une seule affection grave couverte en vertu de la présente convention, peu importe le nombre d'affections graves couvertes pour lesquelles toute personne à assurer reçoit un diagnostic et AUCUN contrat d'assurance maladies graves ne sera établi par la Compagnie au titre de la personne à assurer pour laquelle une prestation a été versée.

9. Aucune représentante ou représentant de la Compagnie n'est autorisé à modifier la présente convention.

10. TOUTE FAUSSE DÉCLARATION OU DÉCLARATION ERRONÉE QUANT AUX RÉPONSES DONNÉES DANS LA DEMANDE D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE OU DANS LA PROPOSITION, Y COMPRIS TOUT RENSEIGNEMENT DE LA PARTIE II ET TOUTE DÉCLARATION ÉCRITE DONNÉE COMME PREUVE D'ASSURABILITÉ RENDRA TOUTE ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE ET LA PRÉSENTE CONVENTION D'ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE ANNULABLES PAR LA COMPAGNIE.

SECTION 23 – AVIS DE DIVULGATION DU CONSEILLER OU DU COURTIER

Le produit d'assurance vie qui fait l'objet de votre demande est souscrit et géré par l'Assurance vie Équitable du Canada, laquelle est autorisée à exercer ses affaires dans toutes les provinces et les territoires canadiens. La conseillère ou le conseiller, ou encore la courtière ou le courtier qui sollicite la présente proposition d'assurance est un courtier indépendant représentant l'Assurance vie Équitable du Canada par l'entremise d'une agence indépendante et recevra une rémunération de l'Assurance vie Équitable du Canada lorsqu'un contrat est établi et entre en vigueur et continuera de toucher une rémunération si vous maintenez votre contrat en vigueur. Il est possible que le conseiller ou le courtier soit admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis et indemnités de déplacement, selon le volume de contrats de l'Assurance vie Équitable du Canada qu'il fait souscrire et le taux de conservation de ces contrats dans une période donnée. Vous n'avez pas l'obligation de conclure d'autres affaires avec l'Assurance vie Équitable du Canada, le conseiller, le courtier, toute autre personne ou entité comme une condition de la proposition.

SECTION 24 – AVIS RELATIF AU MIB, LLC.

Les renseignements concernant l'assurabilité de la personne à assurer traités en toute confidentialité. L'Assurance vie Équitable ou ses réassureurs pourraient toutefois soumettre un bref rapport au MIB LLC., connu auparavant sous le nom Medical Information Bureau (Bureau des renseignements médicaux). Le MIB LLC. est un organisme sans but lucratif, formé de compagnies d'assurance vie, qui permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si toute personne à assurer présente une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance maladie complémentaire, ou présente une demande de réclamation, à une autre compagnie membre du MIB, ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur vous. En tant que compagnie américaine, le MIB se conforme au droit relatif au respect de la vie privée des États-Unis. Le MIB protège les renseignements personnels d'une façon semblable au droit relatif au respect de la vie privée du Canada.

À la réception d'une demande de votre part, le MIB LLC. vous permettra de prendre connaissance de tous les renseignements qu'il détient à votre sujet. Si vous mettez en doute l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander leur correction en communiquant avec le MIB. Le bureau de renseignements du MIB est situé à l'adresse suivante : 50 Braintree Hill Park, bureau 400, Braintree MA 02184-8734; numéro de téléphone : 416 597-0590 ou privacy@mib.com pour toute question relative au respect de la vie privée.

L'Assurance vie Équitable ou ses réassureurs pourraient également fournir des renseignements figurant dans ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles la personne à assurer présenterait une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves ou d'assurance maladie complémentaire et, ou auxquelles une demande de réclamation pourrait être soumise. Des renseignements au sujet du MIB LLC. destinés aux consommateurs sont disponibles à l'adresse www.mib.com.

SECTION 25 – REÇU DU PAIEMENT JOINT À LA PROPOSITION

AUCUN PAIEMENT NE SERA ACCEPTÉ AVEC LA PRÉSENTE PROPOSITION ET LA PROPOSITION DOIT ÊTRE PAYABLE À LA LIVRAISON SI :

- le montant total de l'assurance maladies graves de toutes les propositions d'assurance maladies graves demandée auprès de la Compagnie dépasse 250 000 \$;
- la personne à assurer ou l'une des personnes à assurer, dans le cas d'une assurance vie conjointe, a répondu par l'affirmative ou n'a pas répondu à l'une des questions de la demande d'assurance vie provisoire ou de la demande d'assurance maladies graves provisoire.

L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada accuse réception du paiement de _____ \$ joint à la proposition d'assurance

sur la tête ou les têtes ou la santé de _____.

Signé à _____ le _____ 20____
(ville) (province) (jour) (mois) (année)

Signature du conseiller _____

Tout à fait pour moi.^{MD}

Grâce à un service personnalisé, une gamme de produits supérieurs et un engagement continu envers le principe de mutualité, l'Assurance vie Équitable peut vous aider à atteindre vos objectifs financiers. Qu'il s'agisse de votre premier placement financier, d'élaborer votre planification financière ou de trouver des moyens de protéger ce qui vous importe le plus, nous avons les produits qui vous conviennent. Avec notre personnel orienté vers les besoins de notre clientèle, et une stratégie prudente de placement axée sur la stabilité, la croissance et la rentabilité à long terme, nous possédons la compétence et le savoir-faire que vous recherchez. Peu importe le stade de votre vie, nous nous engageons à vous aider à réaliser l'avenir financier que vous désirez, en faisant de vous notre priorité.

Même si l'Assurance vie Équitable a pris toutes les dispositions nécessaires pour garantir la précision des renseignements contenus dans le présent document, le contrat prévaut dans tous les cas.



Assurance vie
Équitable du Canada^{MD}

📍 L'Équitable, compagnie d'assurance vie du Canada 📞 1.800.722.6615 🌐 www.equitable.ca/fr