

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

Utilisez ce formulaire de proposition pour ces produits :

Assurance vie Temporaire 10

Assurance vie Temporaire 20

Assurance vie Temporaire 30

Assurance en cas de maladies graves Bien Vivre Plus

Assurance vie entière avec participation Avantage Plus

Assurance vie entière sans participation

Prise d'une décision éclairée

Si vous souhaitez obtenir plus d'informations sur la protection d'assurance que vous considérez, vous pouvez consulter un exemple de police à l'adresse **[foresters.com/fr-ca/pour-les-conseillers/exemple-de-contrats](http://foresters.com/fr-ca/pour-les-conseillers/exemple-de-contrats)**.

Votre conseiller en assurance est aussi en mesure de répondre à toutes les questions que vous pourriez avoir.

**L'Ordre Indépendant des Forestiers**  
**Compagnie d'assurance vie Foresters**  
789, ch. Don Mills, Toronto, ON, Canada M3C 1T9  
800 828 1540

## Comment utiliser cette proposition

Vous pouvez utiliser cette proposition pour demander jusqu'à quatre (4) polices si :

- il n'y a pas plus de deux personnes à assurer (sauf les enfants à assurer au titre d'un avenant d'assurance vie temporaire ou d'assurance maladies graves pour enfants);
- les personnes à assurer sont des membres d'une même famille vivant sous le même toit;
- pas plus de deux propriétaires de police sont désignés sur la proposition; et
- la même personne paie toutes les polices.

## Si vous présentez une proposition pour plusieurs polices d'assurance :

Vous devez remplir la **section 1.6** et la **section 2** séparément pour chaque police supplémentaire. Pour désigner un bénéficiaire différent pour une police ou un avenant d'assurance temporaire, veuillez remplir une section 1.7 distincte sur la désignation de bénéficiaire et la joindre à la présente proposition.

## Quand faut-il remplir plus d'un formulaire de proposition?

Si les personnes à assurer ne sont pas membres d'une même famille vivant sous le même toit. Lorsque vous demandez une police dont le propriétaire ou le payeur des primes est différent de ceux désignés dans la présente proposition.

## Il faut joindre une illustration à chaque police demandée

Une illustration est requise pour l'assurance vie Advantage Plus. L'illustration peut être signée lors de la délivrance de la police, mais une illustration non signée doit accompagner la proposition afin d'assurer la précision du traitement. Même si l'illustration n'est pas requise pour l'assurance temporaire et maladie grave, elle facilite la précision du traitement. Puisque l'illustration ne fera pas partie de la police d'assurance qui pourrait être émise, elle ne peut remplacer aucune partie de la proposition.

## Preuve de signature électronique valide

Si la proposition a été signée électroniquement, mais n'a pas été soumise par l'entremise d'un service de propositions électroniques approuvé par Foresters, vous devrez inclure à la proposition une preuve du fournisseur que Foresters juge satisfaisante de la signature électronique (comme un certificat d'achèvement ou un résumé de la preuve).

## Les propositions en règle sont traitées en priorité

Pour assurer un service prioritaire :

- Remplissez la proposition en entier, y compris tout autre formulaire pertinent, et assurez-vous d'avoir répondu à toutes les questions.
- Soumettez les formulaires d'avis de remplacement applicables, si le produit demandé vise à remplacer une assurance vie en vigueur.
- Les chèques doivent être libellés à l'ordre de **Foresters**.
- Si une prime forfaitaire de 100 000 \$ ou plus est versée pour une police d'assurance vie permanente, remplissez le Questionnaire pour les personnes politiquement vulnérables 105817 FR.
- Écrivez lisiblement en lettres moulées avec un stylo à encre foncée. N'utilisez pas les guillemets de répétition. N'effacez rien et n'utilisez pas de liquide correcteur. Si vous rayez une erreur, faites-la parapher par chaque personne signant la proposition.
- Afin de signer à titre de personne assurée, un proposant doit avoir au moins 16 ans, ou au moins 18 ans au Québec. La signature d'un enfant à assurer au titre d'un avenant temporaire pour enfants est requise si l'enfant est âgé d'au moins 16 ans, ou d'au moins 18 ans au Québec.
- Détachez la page des Avis importants de la proposition et remettez-la au propriétaire.

# Questionnaire sur l'exposition à la COVID-19 (coronavirus)

1. Avez-vous connu l'un des symptômes suivants au cours des 14 derniers jours?

- a. Fièvre
- b. Toux
- c. Essoufflement
- d. Malaise (fatigue)
- e. Rhinorrhée (écoulement nasal)
- f. Mal de gorge
- g. Symptômes gastro-intestinaux tels que la nausée, des vomissements ou la diarrhée
- h. Perte de l'odorat ou du goût

Oui  Non

Veillez encercler tous les symptômes dont vous souffrez.

2. Êtes-vous ou avez-vous été en contact étroit avec une personne qui a été mise en quarantaine ou qui a reçu un diagnostic de COVID-19 (coronavirus)?

Oui  Non

Si oui, veuillez fournir les détails et la date de l'exposition.

---

3. Avez-vous fait l'objet d'une mise en quarantaine en raison d'une possible exposition à la COVID-19 (coronavirus)?

Oui  Non

Si oui, veuillez fournir les détails et la date de l'exposition.

---

4. Est-ce qu'on vous a conseillé de subir un test pour confirmer ou infirmer un diagnostic de COVID-19 (coronavirus)?

Oui  Non

5. Attendez-vous le résultat d'un test de dépistage de la COVID-19 (coronavirus)?

Oui  Non

6. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de la COVID-19 (coronavirus)?

Oui  Non

Si oui, veuillez fournir la date du diagnostic.

---

7. Êtes-vous actuellement en bonne santé?

Oui  Non

8. Déclaration du voyageur

a. Veuillez indiquer vos voyages au cours des 30 derniers jours :

Pays : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Date d'arrivée : \_\_\_\_\_

Date de départ : \_\_\_\_\_

b. Veuillez indiquer vos projets de voyages pour les 30 prochains jours :

Pays : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_

Date d'arrivée : \_\_\_\_\_

Date de départ : \_\_\_\_\_

## Déclaration

Je confirme que les réponses que j'ai données sont, à ma connaissance, exactes et que je n'ai dissimulé aucune information importante susceptible d'influencer l'évaluation ou l'acceptation de cette demande.

J'accepte que ce formulaire fasse partie de ma demande d'assurances et que la non-déclaration de tout fait important puisse invalider mes assurances.

Signé à : \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_\_

Signature de la  
personne assurée : \_\_\_\_\_



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

| <b>1.1 1<sup>re</sup> personne à assurer – Renseignements personnels</b>   |   |                                  |  |
|--|---|----------------------------------|--|
| Prénom   | 2 <sup>e</sup> prénom                               | Nom                              | <input type="radio"/> Homme<br><input type="radio"/> Femme   |
| Date de naissance (jj/mm/aaaa)   | Pays de naissance                                   | Province/territoire de naissance |  |
| Numéro d'assurance sociale <sup>1</sup>  |   |                                  |  |
| Adresse municipale (n° et rue, n° d'appartement)   |   |                                  |  |
| Ville  | Province  | Code postal                      | Membre de Foresters?<br><input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non, demande l'adhésion |
| N° de téléphone principal  | Autre n° de téléphone                               | Adresse de courriel <sup>2</sup> |  |
| Statut : <input type="radio"/> Citoyen canadien <input type="radio"/> Résident permanent <input type="radio"/> Permis de travail (fournir une copie du visa ou du permis de travail) |   |                                  |  |
| Si résident permanent ou permis de travail, depuis combien de temps vivez-vous au Canada? <input type="radio"/> Années <input type="radio"/> Mois                                    |   |                                  |  |
| <b>Détails de l'emploi</b>   |   |                                  |  |
| <i>Si travailleur autonome ou commerçant, veuillez préciser la nature de l'entreprise et les fonctions. Si sans emploi, indiquez la raison, la durée, et la dernière profession.</i> |   |                                  |  |
| Profession et fonctions :  |   |                                  |  |
| Nom de l'employeur :   |   |                                  |  |
| Durée de service :   |   |                                  |  |
| Quel est votre revenu d'emploi annuel, incluant le travail autonome?   |   |                                  | \$   |
| Quel est votre revenu annuel d'autres sources?   |   |                                  | \$   |
| Fournir les détails de la source de ces fonds (FERR, fiducies, dividendes, etc.) :   |   |                                  |  |
| Si vous n'êtes pas financièrement indépendant, quel est le revenu annuel de votre ménage?  |   |                                  | \$   |
| Si vous n'êtes pas financièrement indépendant, quel est le montant d'assurance vie du principal soutien de famille?  |   |                                  | \$   |
| Quel est le montant brut de vos actifs personnels?   |   |                                  | \$   |
| Quel est le montant de vos dettes?   |   |                                  | \$   |
| Au cours des cinq dernières années, avez-vous fait une faillite personnelle ou d'entreprise ou fait l'objet d'une requête de mise en faillite?                                       | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |                                  |  |
| Dans l'affirmative, fournissez la date de libération (jj/mm/aaaa) :  |   |                                  |  |
| Fournissez les détails et circonstances de la faillite :   |   |                                  |  |

1. Le NAS n'est requis que si la personne à assurer sera aussi propriétaire et demande une assurance vie permanente.

2. Fournir si vous souhaitez recevoir par voie électronique votre contrat d'assurance et les documents connexes et/ou aux fins décrites dans la section des ententes de la présente proposition.

## 1.2 2<sup>e</sup> personne à assurer – Renseignements personnels

|  |                       |  |  |
|--|-----------------------|--|--|
| Type: <input type="radio"/> Police conjointe <input type="radio"/> Avenant de conjoint <input type="radio"/> Police distincte  |                       |  |  |
| Prénom   | 2 <sup>e</sup> prénom | Nom  | <input type="radio"/> Homme<br><input type="radio"/> Femme   |
| Date de naissance (jj/mm/aaaa)   | Pays de naissance     | Province/territoire de naissance   |  |
| Numéro d'assurance sociale <sup>1</sup>  |                       | Même adresse que celle de la : <input type="radio"/> 1 <sup>e</sup> personne à assurer |  |
| Adresse municipale (ne pas fournir l'adresse municipale, la ville, la province et le code postal si l'adresse est la même que celle de la 1 <sup>re</sup> personne à assurer)              |                       |  |  |
| Ville  | Province              | Code postal  | Membre de Foresters?<br><input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non, demande l'adhésion |
| N° de téléphone principal  | Autre n° de téléphone | Adresse de courriel <sup>2</sup>   |  |
| Statut : <input type="radio"/> Citoyen canadien <input type="radio"/> Résident permanent <input type="radio"/> Permis de travail (fournir une copie du visa ou du permis de travail)       |                       |  |  |
| Si résident permanent ou permis de travail, depuis combien de temps vivez-vous au Canada? <input type="radio"/> Années <input type="radio"/> Mois  |                       |  |  |
| <b>2<sup>e</sup> personne à assurer – Détails de l'emploi</b>  |                       |  |  |
| <b><i>Si travailleur autonome ou commerçant, veuillez préciser la nature de l'entreprise et les fonctions. Si sans emploi, indiquez la raison, la durée et la dernière profession.</i></b> |                       |  |  |
| Profession et fonctions :  |                       |  |  |
| Nom de l'employeur :   |                       |  |  |
| Durée de service :   |                       |  |  |
| Quel est votre revenu d'emploi annuel, incluant le travail autonome?   |                       |  | \$   |
| Quel est votre revenu annuel d'autres sources?   |                       |  | \$   |
| Fournir les détails de la source de ces fonds (FERR, fiducies, dividendes, etc.) :   |                       |  |  |
| Si vous n'êtes pas financièrement indépendant, quel est le revenu annuel de votre ménage?  |                       |  | \$   |
| Si vous n'êtes pas financièrement indépendant, quel est le montant d'assurance vie du principal soutien de famille?  |                       |  | \$   |
| Quel est le montant brut de vos actifs personnels?   |                       |  | \$   |
| Quel est le montant de vos dettes?   |                       |  | \$   |
| Au cours des cinq dernières années, avez-vous fait une faillite personnelle ou d'entreprise ou fait l'objet d'une requête de mise en faillite?   |                       |  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |
| Dans l'affirmative, fournissez la date de libération (jj/mm/aaaa) :  |                       |  |  |
| Fournissez les détails et circonstances de la faillite :   |                       |  |  |

1. Le NAS n'est requis que si la personne à assurer sera aussi propriétaire et demande une assurance vie permanente.
2. Fournir si vous souhaitez recevoir par voie électronique votre contrat d'assurance et les documents connexes et/ou aux fins décrites dans la section des ententes de la présente proposition.

**1.3 1<sup>er</sup> propriétaire** (Un propriétaire doit avoir au moins 16 ans, ou au moins 18 ans au Québec)

Le propriétaire est :  1<sup>re</sup> personne à assurer (passer au propriétaire subsidiaire)  
 2<sup>e</sup> personne à assurer (passer au propriétaire subsidiaire)  
 Autre personne ou entité – remplir la section 1.3 ci-dessous

Nom légal complet de la personne (prénom, 2<sup>e</sup> prénom, nom) ou de la société/l'entité  Homme  
 Femme

Numéro d'assurance sociale<sup>3</sup> Même adresse que celle de la :  1<sup>re</sup> personne à assurer  
 2<sup>e</sup> personne à assurer

Adresse (ne pas fournir l'adresse, la ville, la province et le code postal si l'adresse est la même que celle de la 1<sup>re</sup> ou 2<sup>e</sup> personne à assurer) Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Ville Province Code postal

N° de téléphone principal Autre n° de téléphone Lien avec la personne assurée

Profession Adresse de courriel<sup>4</sup>

Si fiducie, nom du fiduciaire Si fiducie, date de la convention de fiducie

**Propriétaire subsidiaire du 1<sup>er</sup> propriétaire : (Facultatif)**

Nom légal complet (prénom, 2<sup>e</sup> prénom, nom) ou de la société/l'entité Date de naissance (jj/mm/aaaa) Lien avec le propriétaire

**Vérification du 1<sup>er</sup> propriétaire**

Conformément à la *Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes*, l'identité du propriétaire doit être vérifiée et la participation de tout tiers doit être déterminée à la section 1.5. Pour qu'un document soit acceptable à des fins d'identification, il doit comporter une photo et un numéro d'identification unique et avoir été délivré par un gouvernement provincial ou territorial ou par le gouvernement fédéral.

Document présenté pour vérifier l'identité :  Permis de conduire  Passeport  Autre, préciser :

Numéro du document Autorité de délivrance Date d'expiration (jj/mm/aaaa)

**Renseignements fiscaux** (à remplir seulement si vous demandez une assurance vie permanente)

Pour se conformer à l'Accord Canada-États-Unis pour un meilleur échange de renseignements fiscaux, les institutions financières canadiennes doivent déclarer à l'Agence du revenu du Canada (ARC) des renseignements sur certains comptes financiers détenus au Canada par des Américains. Vous avez l'obligation de nous informer de tout changement de statut de résident fiscal.

Êtes-vous un résident américain aux fins de l'impôt américain ou un citoyen américain?  Oui  Non

Si oui, veuillez fournir votre numéro d'identification fiscal (NIF) aux États-Unis.

Pour se conformer à la partie XIX de la *Loi de l'impôt sur le revenu* du Canada, les institutions financières canadiennes sont tenues de déclarer à l'ARC des renseignements sur certains comptes financiers au Canada détenus par des résidents fiscaux de pays autres que le Canada et les États-Unis.

Êtes-vous résident fiscal d'un pays autre que le Canada ou les États-Unis?  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer vos pays de résidence fiscale et les numéros d'identification fiscal (NIF) respectifs :

Pays de résidence fiscale : NIF :

Si vous n'avez pas de NIF pour un pays de résidence fiscale, veuillez sélectionner l'un des codes suivants pour chacun de ces pays :  
 A : Vous avez une demande de NIF en attente  
 B : Ce pays ne fournit pas de NIF à ses résidents  
 C : Autre (préciser la raison) :

3. Le NAS n'est requis que si le propriétaire demande une assurance vie permanente.

4. Fournir si le propriétaire souhaite recevoir par voie électronique le contrat d'assurance et les documents connexes et/ou aux fins décrites dans la section des ententes de la présente proposition.

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>1.4 2<sup>e</sup> propriétaire</b> (Un propriétaire doit avoir au moins 16 ans, ou au moins 18 ans au Québec)   |  |   |  |
| Le propriétaire est : <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer (passer au propriétaire subsidiaire)<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer (passer au propriétaire subsidiaire)<br><input type="radio"/> Autre personne ou entité – remplir la section ci-dessous  |  |   |  |
| Nom légal complet de la personne (prénom, 2 <sup>e</sup> prénom, nom) ou de la société/l'entité  |  |   | <input type="radio"/> Homme<br><input type="radio"/> Femme |
| Numéro d'assurance sociale <sup>3</sup>  |  | Même adresse que celle de la / du :<br><input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer<br><input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> propriétaire |  |
| Adresse (ne pas fournir l'adresse, la ville, la province et le code postal si l'adresse est la même que celle du 1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>e</sup> propriétaire)   |  |   | Date de naissance (jj/mm/aaaa)                             |
| Ville  |  | Province  | Code postal  |
| N <sup>o</sup> de téléphone principal  |  | Autre n <sup>o</sup> de téléphone   | Lien avec la personne assurée                              |
| Profession   |  | Adresse de courriel <sup>4</sup>  |  |
| Si fiducie, nom du fiduciaire  |  |   | Si fiducie, date de la convention de fiducie               |
| <b>Propriétaire subsidiaire du 2<sup>e</sup> propriétaire : (Facultatif)</b>   |  |   |  |
| Nom légal complet (prénom, 2 <sup>e</sup> prénom, nom) ou de la société/l'entité   |  | Date de naissance (jj/mm/aaaa)  | Lien avec le propriétaire                                  |
| <b>Vérification du 2<sup>e</sup> propriétaire</b>  |  |   |  |
| Conformément à la <i>Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes</i> , l'identité du propriétaire doit être vérifiée et la participation de tout tiers doit être déterminée à la section 1.5. Pour qu'un document soit acceptable à des fins d'identification, il doit comporter une photo et un numéro d'identification unique et avoir été délivré par un gouvernement provincial ou territorial ou par le gouvernement fédéral. |  |   |  |
| Document présenté pour vérifier l'identité : <input type="radio"/> Permis de conduire <input type="radio"/> Passeport <input type="radio"/> Autre, préciser :  |  |   |  |
| Numéro du document   |  | Autorité de délivrance  | Date d'expiration (jj/mm/aaaa)                             |
| <b>Renseignements fiscaux</b> (à remplir seulement si vous demandez une assurance vie permanente)  |  |   |  |
| Pour se conformer à l'Accord Canada-États-Unis pour un meilleur échange de renseignements fiscaux, les institutions financières canadiennes doivent déclarer à l'Agence du revenu du Canada (ARC) des renseignements sur certains comptes financiers détenus au Canada par des Américains. Vous avez l'obligation de nous informer de tout changement de statut de résident fiscal.  |  |   |  |
| Êtes-vous un résident américain aux fins de l'impôt américain ou un citoyen américain?   |  |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non        |
| Si oui, veuillez fournir votre numéro d'identification fiscal (NIF) aux États-Unis.  |  |   |  |
| Pour se conformer à la partie XIX de la <i>Loi de l'impôt sur le revenu</i> du Canada, les institutions financières canadiennes sont tenues de déclarer à l'ARC des renseignements sur certains comptes financiers au Canada détenus par des résidents fiscaux de pays autres que le Canada et les États-Unis.   |  |   |  |
| Êtes-vous résident fiscal d'un pays autre que le Canada ou les États-Unis?   |  |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non        |
| Si oui, veuillez indiquer vos pays de résidence fiscale et les numéros d'identification fiscal (NIF) respectifs :  |  |   |  |
| Pays de résidence fiscale :  |  | NIF :   |  |
|  |  |   |  |
|  |  |   |  |
| Si vous n'avez pas de NIF pour un pays de résidence fiscale, veuillez sélectionner l'un des codes suivants pour chacun de ces pays :   |  | <input type="radio"/> A : Vous avez une demande de NIF en attente<br><input type="radio"/> B : Ce pays ne fournit pas de NIF à ses résidents<br><input type="radio"/> C : Autre (préciser la raison) :        |  |

3. Le NAS n'est requis que si le propriétaire demande une assurance vie permanente.

4. Fournir si le propriétaire souhaite recevoir par voie électronique le contrat d'assurance et les documents connexes et/ou aux fins décrites dans la section des ententes de la présente proposition.



## 1.5 Détermination quant aux tiers (requis pour l'assurance vie permanente)

Un tiers est une personne ou entité qui a ou aura un intérêt dans la police, sans être un assuré ni un propriétaire. Un tiers peut par exemple être le payeur des primes, un mandataire, un exécuteur testamentaire ou un fiduciaire.

Est-ce qu'un tiers est impliqué dans cette proposition d'assurance ou paiera les primes d'assurance ou aura accès à la valeur de rachat de la police? Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements suivants :  Oui  Non

Nom légal complet du tiers (prénom, 2<sup>e</sup> prénom, nom) ou de la société/l'entité Date de naissance (jj/mm/aaaa)

Type de tiers Lien avec le(s) propriétaire(s)

Détails sur la profession ou la nature de l'entreprise

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

Ville Province Code postal

Numéro d'enregistrement de la société Lieu de constitution en personne morale

Si vous n'êtes pas en mesure de fournir ces renseignements sur le tiers, veuillez expliquer la raison :

***S'il y a plusieurs tiers à dévoiler, remplissez un Questionnaire pour la détermination de l'existence d'un tiers 105816 FR pour chaque tiers.***

## 1.6 Polices multiples

Vous devez remplir cette section si vous présentez une proposition pour plusieurs polices d'assurance. Vous devez aussi remplir une section 2 distincte pour chaque police demandée. Puisque l'illustration ne fera pas partie de la police d'assurance qui pourrait être émise, elle ne peut remplacer aucune partie de la proposition.

|                 | Régime d'assurance de base  | Montant du régime de base | Assuré au titre du régime de base   | Propriétaire de la police   |
|-----------------|---|---------------------------|---|---|
| <b>Police A</b> | Vie entière : <input type="radio"/> Avantage Plus <input type="radio"/> Sans part.<br>Temporaire : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T30<br>Bien Vivre Plus : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T80 | \$                        | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer | <input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> propriétaire<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> propriétaire |
| <b>Police B</b> | Vie entière : <input type="radio"/> Avantage Plus <input type="radio"/> Sans part.<br>Temporaire : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T30<br>Bien Vivre Plus : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T80 | \$                        | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer | <input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> propriétaire<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> propriétaire |
| <b>Police C</b> | Vie entière : <input type="radio"/> Avantage Plus <input type="radio"/> Sans part.<br>Temporaire : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T30<br>Bien Vivre Plus : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T80 | \$                        | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer | <input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> propriétaire<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> propriétaire |
| <b>Police D</b> | Vie entière : <input type="radio"/> Avantage Plus <input type="radio"/> Sans part.<br>Temporaire : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T30<br>Bien Vivre Plus : <input type="radio"/> T10 <input type="radio"/> T20 <input type="radio"/> T80 | \$                        | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer | <input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> propriétaire<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> propriétaire |

## 1.7 Bénéficiaires

**Désignations révocables ou irrévocables :** Tous les bénéficiaires sont révocables, sauf indication contraire. Toutefois, au Québec, la désignation du conjoint légal du propriétaire est irrévocable à moins d'indiquer explicitement que la désignation est révocable. Ne désignez pas un mineur comme bénéficiaire irrévocable. Une fois qu'un bénéficiaire irrévocable a été désigné, son consentement écrit est requis pour les changements, tel qu'il est indiqué à la section 3 ci-dessous, et un mineur ne peut pas donner ce consentement. Pour Bien Vivre Plus, la désignation de bénéficiaire n'est que pour le remboursement des primes au décès. La prestation de maladie grave payable est versée au propriétaire.

1. Indiquez le lien du bénéficiaire avec l'assuré (sauf au Québec). Au Québec, indiquez le lien du bénéficiaire avec le propriétaire.
2. Les désignations de premiers bénéficiaires et bénéficiaires subsidiaires doivent respectivement totaliser 100 %.
3. Si « Irrévocable » est sélectionné comme type de bénéficiaire, certaines transactions ne pourront pas être effectuées sans le consentement de chaque bénéficiaire irrévocable. Les changements nécessitant ce consentement incluent la révocation de ce bénéficiaire ou la modification de sa part et peuvent également comprendre le rachat du contrat d'assurance ou le changement de propriétaire.
4. Un fiduciaire doit être nommé pour recevoir les fonds au nom du mineur (sauf au Québec). Au Québec, le produit payable à un mineur sera versé aux parents ou au tuteur légal.

### Bénéficiaires – Police A :

| Nom | Type   | Lien | Date de naissance | Part % | Bénéficiaire   |
|-----|--|------|-------------------|--------|--|
|     | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|     | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|     | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|     | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|     | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |

### Si le bénéficiaire est un mineur

| Nom | Nom du fiduciaire   | Lien du fiduciaire avec le propriétaire |
|-----|---|---|
| 1.  |   |   |
| 2.  | <input type="radio"/> Le même que pour le 1 <sup>er</sup> mineur  |   |
| 3.  | Le même que pour le <input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> mineur<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> mineur |   |
| 4.  | Le même que pour le <input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> mineur<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> mineur |   |

### Bénéficiaires – Police B :

| Nom | Type   | Lien | Date de naissance | Part % | Bénéficiaire   |
|-----|--|------|-------------------|--------|--|
|     | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|     | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|     | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|     | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|     | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |

### Si le bénéficiaire est un mineur

| Nom | Nom du fiduciaire   | Lien du fiduciaire avec le propriétaire |
|-----|---|---|
| 1.  |   |   |
| 2.  | <input type="radio"/> Le même que pour le 1 <sup>er</sup> mineur  |   |
| 3.  | Le même que pour le <input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> mineur<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> mineur |   |
| 4.  | Le même que pour le <input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> mineur<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> mineur |   |

| Bénéficiaires – Police C : |  |      |                   |        |  |
|----------------------------|--|------|-------------------|--------|--|
| Nom                        | Type   | Lien | Date de naissance | Part % | Bénéficiaire   |
|                            | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|                            | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|                            | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|                            | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|                            | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |

| Si le bénéficiaire est un mineur |   |   |
|----------------------------------|---|---|
| Nom                              | Nom du fiduciaire   | Lien du fiduciaire avec le propriétaire |
| 1.                               |   |   |
| 2.                               | <input type="radio"/> Le même que pour le 1 <sup>er</sup> mineur  |   |
| 3.                               | Le même que pour le <input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> mineur<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> mineur |   |
| 4.                               | Le même que pour le <input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> mineur<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> mineur |   |

| Bénéficiaires – Police D : |  |      |                   |        |  |
|----------------------------|--|------|-------------------|--------|--|
| Nom                        | Type   | Lien | Date de naissance | Part % | Bénéficiaire   |
|                            | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|                            | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|                            | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|                            | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |
|                            | <input type="radio"/> Premier<br><input type="radio"/> Subsidiaire |      |                   |        | <input type="radio"/> Révocable<br><input type="radio"/> Irrévocable |

| Si le bénéficiaire est un mineur |   |   |
|----------------------------------|---|---|
| Nom                              | Nom du fiduciaire   | Lien du fiduciaire avec le propriétaire |
| 1.                               |   |   |
| 2.                               | <input type="radio"/> Le même que pour le 1 <sup>er</sup> mineur  |   |
| 3.                               | Le même que pour le <input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> mineur<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> mineur |   |
| 4.                               | Le même que pour le <input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> mineur<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> mineur |   |

| 1.8 Désignation du bénéficiaire de la garantie de bienfaisance<br>(temporaire et Avantage Plus seulement)   |          |                     |
|---|----------|---------------------|
| Chaque police d'assurance vie temporaire et police Avantage Plus demandée et émise sera assortie d'une garantie de bienfaisance. Le ou les propriétaires peuvent désigner un bénéficiaire admissible pour cette garantie maintenant ou en tout temps avant le décès de la personne assurée. Si aucun bénéficiaire admissible n'a été désigné avant le décès de la personne assurée, aucune garantie de bienfaisance ne sera versée. Bénéficiaire admissible s'entend d'une organisation enregistrée à titre d'organisme de bienfaisance auprès de l'Agence du revenu du Canada. |          |                     |
| Nom de l'organisme de bienfaisance  |          | N° d'enregistrement |
| Adresse (numéro et rue, appartement)  |          |                     |
| Ville   | Province | Code postal         |

Police :  A  B  C  D

Si vous soumettez une proposition pour plus d'une police, veuillez remplir une section 2 distincte, page 8, pour chaque police supplémentaire.

| <b>2.1 Régime et prestation – Assurance vie temporaire</b>                               |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Type   | <input type="radio"/> Individuelle <input type="radio"/> Conjointe payable au 1 <sup>er</sup> décès  |  |  |
| Montant d'assurance \$   | <input type="radio"/> Temporaire 10 <input type="radio"/> Temporaire 20 <input type="radio"/> Temporaire 30  |  |  |
| Avenant temporaire de 10 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$ |  |
| Avenant temporaire de 20 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$ |  |
| Avenant temporaire de 30 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$ |  |
| Garantie en cas de décès accidentel  | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$ |  |
| Avenant d'ass. temporaire pour enfants   | Montant pour chaque enfant : \$  |  |  |
| Exonération des primes   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |  |  |
| <b>2.2 Régime et prestation – Assurance en cas de maladies graves Bien Vivre Plus</b>    |  |  |  |
| Montant d'assurance \$   | <input type="radio"/> Bien Vivre Plus T10 <input type="radio"/> Bien Vivre Plus T20 <input type="radio"/> Bien Vivre Plus T80  |  |  |
| Avenants facultatifs   | <input type="radio"/> Remboursement des primes en cas de rachat ou d'expiration  |  | <input type="radio"/> Exonération des primes en cas d'invalidité                   |
|  | <input type="radio"/> Assurance maladies graves pour enfants   |  |  |
| <b>2.3 Régime et prestation – Assurance vie entière avec participation Avantage Plus</b> |  |  |  |
| Assurance de base : \$   | Assurance valorisée : \$   | Total : \$   |  |
| Options d'affectation des participations   | <input type="radio"/> Assurance valorisée – indiquer le montant d'assurance valorisée et le total ci-dessus<br><input type="radio"/> Bonifications d'ass. libérée <input type="radio"/> Participations capitalisées <input type="radio"/> Réduction de prime<br><input type="radio"/> Paiement en espèces  |  |  |
| Périodes de paiement des primes  | <input type="radio"/> Paiement jusqu'à 100 ans <input type="radio"/> 20 années de paiement <input type="radio"/> 10 années de paiement   |  |  |
| Avenant temporaire de 10 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$ |  |
| Avenant temporaire de 20 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$ |  |
| Avenant temporaire de 30 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$ |  |
| Autres options de paiement (AOP) (non offertes avec les polices payables en 10 ans)      | <input type="radio"/> Paiement unique : \$<br><input type="radio"/> Paiements périodiques : \$ <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Annuel<br>Le montant des paiements périodiques, indiqué ci-dessus, sera ajouté à la prime de la police afin de déterminer le montant de chaque facture, dans le cas de la facturation annuelle, ou de chaque retrait, dans le cas de PPA mensuel, selon la méthode choisie. |  |  |
| Avenant d'ass. temporaire pour enfants   | Montant pour chaque enfant : \$  |  |  |
| Garantie en cas de décès accidentel  | \$   |  |  |
| Avenant d'assurabilité garantie  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |  |  |
| Exonération des primes   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |  |  |
| Exonération des primes du propriétaire   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |  |  |
| <b>2.4 Régime et prestation – Assurance vie entière sans participation</b>               |  |  |  |
| Montant d'assurance \$   | <input type="radio"/> Individuelle <input type="radio"/> Conjointe 1 <sup>er</sup> décès<br><input type="radio"/> Conjointe dernier décès  |  | <input type="radio"/> Payable à vie<br><input type="radio"/> 20 années de paiement |
| Avenant temporaire de 10 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$ |  |
| Avenant temporaire de 20 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$ |  |
| Avenant temporaire de 30 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$ |  |
| Garantie en cas de décès accidentel  | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$ |  |
| Avenant d'ass. temporaire pour enfants   | Montant pour chaque enfant : \$  |  |  |
| Exonération des primes   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |  |  |

Police :  A  B  C  D

Si vous soumettez une proposition pour plus d'une police, veuillez remplir une section 2 distincte, page 8, pour chaque police supplémentaire.

| <b>2.1 Régime et prestation – Assurance vie temporaire</b>                               |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Type   | <input type="radio"/> Individuelle <input type="radio"/> Conjointe payable au 1 <sup>er</sup> décès  |  |  |
| Montant d'assurance \$   | <input type="radio"/> Temporaire 10 <input type="radio"/> Temporaire 20 <input type="radio"/> Temporaire 30  |  |  |
| Avenant temporaire de 10 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$                         |  |
| Avenant temporaire de 20 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$                         |  |
| Avenant temporaire de 30 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$                         |  |
| Garantie en cas de décès accidentel  | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$                         |  |
| Avenant d'ass. temporaire pour enfants   | Montant pour chaque enfant : \$  |  |  |
| Exonération des primes   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |  |  |
| <b>2.2 Régime et prestation – Assurance en cas de maladies graves Bien Vivre Plus</b>    |  |  |  |
| Montant d'assurance \$   | <input type="radio"/> Bien Vivre Plus T10 <input type="radio"/> Bien Vivre Plus T20 <input type="radio"/> Bien Vivre Plus T80  |  |  |
| Avenants facultatifs   | <input type="radio"/> Remboursement des primes en cas de rachat ou d'expiration  |  | <input type="radio"/> Exonération des primes en cas d'invalidité |
|  | <input type="radio"/> Assurance maladies graves pour enfants   |  |  |
| <b>2.3 Régime et prestation – Assurance vie entière avec participation Avantage Plus</b> |  |  |  |
| Assurance de base : \$   | Assurance valorisée : \$   | Total : \$   |  |
| Options d'affectation des participations   | <input type="radio"/> Assurance valorisée – indiquer le montant d'assurance valorisée et le total ci-dessus<br><input type="radio"/> Bonifications d'ass. libérée <input type="radio"/> Participations capitalisées <input type="radio"/> Réduction de prime<br><input type="radio"/> Paiement en espèces  |  |  |
| Périodes de paiement des primes  | <input type="radio"/> Paiement jusqu'à 100 ans <input type="radio"/> 20 années de paiement <input type="radio"/> 10 années de paiement   |  |  |
| Avenant temporaire de 10 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$                         |  |
| Avenant temporaire de 20 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$                         |  |
| Avenant temporaire de 30 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$                         |  |
| Autres options de paiement (AOP) (non offertes avec les polices payables en 10 ans)      | <input type="radio"/> Paiement unique : \$<br><input type="radio"/> Paiements périodiques : \$ <input type="radio"/> Mensuel <input type="radio"/> Annuel<br>Le montant des paiements périodiques, indiqué ci-dessus, sera ajouté à la prime de la police afin de déterminer le montant de chaque facture, dans le cas de la facturation annuelle, ou de chaque retrait, dans le cas de PPA mensuel, selon la méthode choisie. |  |  |
| Avenant d'ass. temporaire pour enfants   | Montant pour chaque enfant : \$  |  |  |
| Garantie en cas de décès accidentel  | \$   |  |  |
| Avenant d'assurabilité garantie  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |  |  |
| Exonération des primes   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |  |  |
| Exonération des primes du propriétaire   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |  |  |
| <b>2.4 Régime et prestation – Assurance vie entière sans participation</b>               |  |  |  |
| Montant d'assurance \$   | <input type="radio"/> Individuelle <input type="radio"/> Conjointe 1 <sup>er</sup> décès<br><input type="radio"/> Conjointe dernier décès  | <input type="radio"/> Payable à vie<br><input type="radio"/> 20 années de paiement |  |
| Avenant temporaire de 10 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$                         |  |
| Avenant temporaire de 20 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$                         |  |
| Avenant temporaire de 30 ans   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$                         |  |
| Garantie en cas de décès accidentel  | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer \$  | <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer \$                         |  |
| Avenant d'ass. temporaire pour enfants   | Montant pour chaque enfant : \$  |  |  |
| Exonération des primes   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |  |  |

### 3.1 But de l'assurance

Quels sont les principaux objectifs de cette assurance? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Remplacement du revenu | <input type="checkbox"/> Préservation du patrimoine   | <input type="checkbox"/> Protection d'un prêt         |
| <input type="checkbox"/> Convention de rachat   | <input type="checkbox"/> Assurance d'une personne clé | <input type="checkbox"/> Autre, préciser ci-dessous : |

Détails :

### 3.2. Antécédents en matière d'assurance

Assurez-vous que toutes les exigences de divulgation sont remplies si l'assurance vie proposée a pour but de remplacer une police en vigueur. Veuillez noter que la substitution d'une police de Foresters à une autre police de Foresters est considérée comme un remplacement.

Détenez-vous un régime individuel d'assurance vie, maladie grave ou invalidité en vigueur ou en attente d'établissement auprès de Foresters ou d'un autre assureur? Dans l'affirmative, remplissez le tableau ci-dessous :

| Assureur | Statut   | Année d'établissement | Type d'assurance | Catégorie   | 1 <sup>re</sup> personne  | 2 <sup>e</sup> personne                                   |
|----------|--|-----------------------|------------------|---|---|---|
|          |  |                       |                  |   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|          |  |                       |                  |   | Personne assurée  | Montant   |
|          | <input type="checkbox"/> En vigueur<br><input type="checkbox"/> En attente |                       |                  | <input type="checkbox"/> Particulier<br><input type="checkbox"/> Entreprise | <input type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> personne | \$  |
|          | <input type="checkbox"/> En vigueur<br><input type="checkbox"/> En attente |                       |                  | <input type="checkbox"/> Particulier<br><input type="checkbox"/> Entreprise | <input type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> personne | \$  |
|          | <input type="checkbox"/> En vigueur<br><input type="checkbox"/> En attente |                       |                  | <input type="checkbox"/> Particulier<br><input type="checkbox"/> Entreprise | <input type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> personne | \$  |
|          | <input type="checkbox"/> En vigueur<br><input type="checkbox"/> En attente |                       |                  | <input type="checkbox"/> Particulier<br><input type="checkbox"/> Entreprise | <input type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> personne | \$  |

Si vous avez une assurance vie ou maladies graves en attente auprès d'autres assureurs, quel montant de l'assurance totale sera placé auprès de ces assureurs?

|                           | 1 <sup>re</sup> personne | 2 <sup>e</sup> personne |
|---------------------------|--------------------------|-------------------------|
| Assurance vie             | \$                       | \$                      |
| Assurance maladies graves | \$                       | \$                      |

Si l'assurance que vous demandez dans la présente proposition est établie, allez-vous cesser de payer les primes ou réduire le capital assuré d'une assurance vie en vigueur, ou résilier une assurance vie ou une rente?

**Dans l'affirmative, fournissez les détails ci-dessous et remplissez le relevé comparatif ou la déclaration de remplacement d'une police d'assurance vie requise dans votre province.**

| Personne assurée  | Régime | Assureur | Montant |
|---|--------|----------|---------|
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer<br><input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer |        |          | \$      |
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer<br><input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer |        |          | \$      |
| <input type="checkbox"/> 1 <sup>re</sup> personne à assurer<br><input type="checkbox"/> 2 <sup>e</sup> personne à assurer |        |          | \$      |

Vous a-t-on déjà refusé une assurance vie, une assurance maladies graves ou une assurance invalidité, ou l'a-t-on surprimée ou modifiée? Dans l'affirmative, indiquez l'assureur, la date et la décision définitive ci-dessous.

|                                    |  |          |                               |
|------------------------------------|--|----------|-------------------------------|
| 1 <sup>re</sup> personne à assurer | <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Surprimée<br><input type="checkbox"/> Modifiée | Raison : | Assureur :<br>Type :<br>Date: |
| 2 <sup>e</sup> personne à assurer  | <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/> Surprimée<br><input type="checkbox"/> Modifiée | Raison : | Assureur :<br>Type :<br>Date: |

## Questions sur le mode de vie

|   |   | 1 <sup>re</sup> personne                            | 2 <sup>e</sup> personne                             |
|---|---|---|---|
| <b>3.3 Résidence et voyage à l'étranger</b>   | Au cours des deux prochaines années, prévoyez-vous déménager à l'extérieur du Canada ou voyager à l'extérieur du Canada ou des États-Unis, des îles des Caraïbes (à l'exception d'Haïti), de l'Europe de l'Ouest, de Hong Kong, de l'Australie ou de la Nouvelle-Zélande?<br>Si vous avez répondu oui à cette question, veuillez fournir des détails à la section 3.11, notamment chaque pays, le nombre total de semaines passées dans chaque pays par année et le but de chaque voyage. | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>3.4 Infractions criminelles</b>  | Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle?<br>Dans l'affirmative, fournissez les détails de chaque accusation et condamnation à la Section 3.11.  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>3.5 Médicaments, drogues et alcool</b>   | Au cours des 10 dernières années, avez-vous pris des stupéfiants ou des médicaments contrôlés qui ne vous avaient pas été prescrits par un médecin?<br>Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire sur la consommation de drogue.   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|   | Au cours des trois dernières années, avez-vous consommé des boissons alcoolisées? Dans l'affirmative, veuillez préciser :<br>Combien de fois par semaine?<br>Combien de verres par occasion?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|   | Avez-vous déjà reçu ou vous a-t-on déjà proposé ou conseillé de recevoir un traitement ou des conseils pour cesser ou réduire votre consommation d'alcool ou de drogues?<br>Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire sur la consommation d'alcool ou de drogue.  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>3.6 Tabagisme et usage du tabac</b>  | Quand avez-vous utilisé pour la dernière fois des produits à base de tabac ou de nicotine ou des aides au sevrage tabagique?  |   |   |
|   | Jamais  | <input type="radio"/>                               | <input type="radio"/>                               |
|   | Au cours des 12 derniers mois   | <input type="radio"/>                               | <input type="radio"/>                               |
|   | Au cours des 24 derniers mois   | <input type="radio"/>                               | <input type="radio"/>                               |
|   | Au cours des 5 dernières années   | <input type="radio"/>                               | <input type="radio"/>                               |
|   | Si vous ne fumez que des cigares, combien en avez-vous fumés au cours des 12 derniers mois?   |   |   |
|   | Ne s'applique pas   | <input type="radio"/>                               | <input type="radio"/>                               |
|   | 4 ou moins  | <input type="radio"/>                               | <input type="radio"/>                               |
|   | 5 à 12  | <input type="radio"/>                               | <input type="radio"/>                               |
|   | Plus de 12  | <input type="radio"/>                               | <input type="radio"/>                               |
|   | Au cours des cinq dernières années, avez-vous consommé de la marijuana ou du haschisch?<br>Dans l'affirmative, veuillez décrire votre consommation :  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|   | 1 à 3 fois par semaine  | <input type="radio"/>                               | <input type="radio"/>                               |
|   | 4 à 6 fois par semaine  | <input type="radio"/>                               | <input type="radio"/>                               |
|   | 7 fois par semaine? (une fois par jour)   | <input type="radio"/>                               | <input type="radio"/>                               |
|   | 8 fois ou plus par semaine  | <input type="radio"/>                               | <input type="radio"/>                               |
| <b>3.7 Conduite automobile</b><br><br>Si les dates et les détails soumis sont incomplets, un suivi sera requis pour un taux de tarification Privilégié. | Au cours des dix dernières années, avez-vous été accusé ou condamné pour une infraction de conduite liée à l'alcool ou aux drogues ou au refus de vous soumettre à un alcootest, eu votre permis de conduire suspendu ou révoqué ou, à l'exception des infractions de stationnement, commis plus d'une infraction de la route?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|   | Si vous avez répondu oui à cette question, indiquez le mois, l'année et les détails de chaque accusation à la section 3.11. Pour les excès de vitesse, indiquez le nombre de kilomètres au-dessus de la limite. Indiquez votre numéro de permis de conduire et le lieu de délivrance s'ils n'ont pas été fournis à la section 1.3.  |   |   |
| <b>3.8 Aviation</b>   | Au cours des deux dernières années, avez-vous voyagé par avion à titre de pilote, d'élève-pilote ou de membre de l'équipage, ou prévoyez-vous le faire?<br>Dans l'affirmative, veuillez soumettre un questionnaire sur l'aviation.  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>3.9 Passe-temps</b>  | Au cours des deux dernières années, avez-vous pratiqué une des activités suivantes, ou prévoyez-vous le faire? Courses de véhicules motorisés, parachutisme, plongée sous-marine, deltaplane, escalade, héliski, ski de fond ou planche à neige avec transport en hélicoptère ou toute autre activité dangereuse ou tout sport extrême?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

## Questions sur le mode de vie (suite)

|                                    |  | 1 <sup>re</sup> personne                            | 2 <sup>e</sup> personne                             |
|------------------------------------|--|---|---|
| <b>3.10 Aide à la vie autonome</b> | Résidez-vous dans un établissement de soins infirmiers, une résidence assistée, une maison de retraite ou une résidence pour personnes âgées?                      | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|                                    | En raison d'une maladie ou d'un problème de santé chronique, devez-vous utiliser un fauteuil roulant ou êtes-vous alité?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
|                                    | Avez besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne suivantes : prendre vos médicaments, prendre votre bain, vous habiller, manger ou aller à la toilette? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

### 3.11 Détails supplémentaires

| Question | Personne à assurer  | Détails |
|----------|---|---------|
|          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |



#### 4.1 Si une personne à assurer est mineure

|  | 1 <sup>er</sup> parent | 2 <sup>e</sup> parent                    |
|--|------------------------|--|
| Quel est le salaire annuel brut des parents ou du tuteur légal du mineur?  | \$                     | \$                                       |
| Quel montant d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie grave détiennent les parents ou le tuteur légal du mineur?<br>Si aucun — indiquez pourquoi dans la section Détails ci-dessous.   | \$                     | \$                                       |
| Quel montant d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie grave détiennent les frères et sœurs du mineur?<br><input type="radio"/> Pas de frère ou sœur<br><input type="radio"/> Aucun — indiquez pourquoi cette proposition est soumise pour assurer ce mineur. | <b>Assurance vie</b>   | <b>Assurance en cas de maladie grave</b> |
| <b>Frère/sœur n° 1</b>   | \$                     | \$                                       |
| <b>Frère/sœur n° 2</b>   | \$                     | \$                                       |
| <b>Frère/sœur n° 3</b>   | \$                     | \$                                       |
| <b>Frère/sœur n° 4</b>   | \$                     | \$                                       |
| <b>Frère/sœur n° 5</b>   | \$                     | \$                                       |
| Détails  |                        |  |

#### 4.2 Assurance d'entreprise

|   |  |                                      |   |
|---|--|--------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Société par actions <input type="radio"/> Partenariat <input type="radio"/> Entreprise individuelle <input type="radio"/> Autre               |  |                                      |   |
| Nature de l'entreprise  |  |                                      | Année d'établissement                               |
| Actif   | Passif                                 | Pourcentage de propriété             |   |
| \$  | \$                                     | 1 <sup>re</sup> personne à assurer : | %   |
| Avoir net   | Juste valeur marchande de l'entreprise | 2 <sup>e</sup> personne à assurer :  | %   |
| \$  | \$                                     |                                      |   |
| Revenu annuel brut  | Revenu annuel net                      |                                      |   |
| \$  | \$                                     |                                      |   |
| D'autres dirigeants ou partenaires de l'entreprise détiennent-ils une assurance vie ou une assurance en cas de maladie grave? Sinon, indiquez pourquoi ci-dessous : |  |                                      | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| Si vous avez répondu oui à la question précédente, fournissez des détails ci-dessous :  |  |                                      |   |
| Nom   |  |                                      |   |
| Titre   |  |                                      |   |
| % de parts dans l'entreprise  | %                                      |                                      | %   |
| Assurance vie en vigueur  | \$                                     |                                      | \$  |
| Assurance vie en attente  | \$                                     |                                      | \$  |
| Assurance maladies graves en vigueur  | \$                                     |                                      | \$  |
| Assurance maladies graves en attente  | \$                                     |                                      | \$  |
| Au cours des cinq dernières années, l'entreprise a-t-elle fait faillite ou fait l'objet d'une requête de mise en faillite?  |  |                                      | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| Dans l'affirmative, fournissez la date de libération (jj/mm/aaaa) :   |  |                                      |   |

### 5.1 1<sup>re</sup> personne à assurer – Signes vitaux et renseignements sur le médecin

|   |             |       |             |  |
|---|-------------|-------|-------------|--|
| Taille  | pi/po<br>cm | Poids | lb<br>kg    | Avez-vous pris ou perdu plus de dix livres au cours des six derniers mois?<br><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Gain <input type="radio"/> Perte<br>Raison de la fluctuation : |
| Avez-vous un médecin de famille?  |             |       |             | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Dans l'affirmative, fournissez les détails ci-dessous :  |
| Nom du médecin  |             |       |             | Téléphone  |
| Adresse (numéro et rue, appartement)  |             |       |             |  |
| Ville   | Province    |       | Code postal |  |
| Raison et résultat du dernier rendez-vous chez le médecin de famille?   |             |       |             | Date du dernier rendez-vous (jj/mm/aaaa)   |
| Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté un autre médecin? Dans l'affirmative, fournissez les mêmes renseignements que ci-dessus pour chaque médecin supplémentaire nommé à la section 5.6. |             |       |             | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |

### 5.1 2<sup>e</sup> personne à assurer – Signes vitaux et renseignements sur le médecin

|   |             |       |             |  |
|---|-------------|-------|-------------|--|
| Taille  | pi/po<br>cm | Poids | lb<br>kg    | Avez-vous pris ou perdu plus de dix livres au cours des six derniers mois?<br><input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Gain <input type="radio"/> Perte<br>Raison de la fluctuation : |
| Avez-vous un médecin de famille?  |             |       |             | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non Dans l'affirmative, fournissez les détails ci-dessous :  |
| Nom du médecin  |             |       |             | Téléphone  |
| Adresse (numéro et rue, appartement)  |             |       |             |  |
| Ville   | Province    |       | Code postal |  |
| Raison et résultat du dernier rendez-vous chez le médecin de famille?   |             |       |             | Date du dernier rendez-vous (jj/mm/aaaa)   |
| Au cours des cinq dernières années, avez-vous consulté un autre médecin? Dans l'affirmative, fournissez les mêmes renseignements que ci-dessus pour chaque médecin supplémentaire nommé à la section 5.6. |             |       |             | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |

« Vous », « votre » et « vos » dans chacune des sections 5.2 et 5.6 se rapportent à la 1<sup>re</sup> personne à assurer et à la 2<sup>e</sup> personne à assurer, désignées aux sections 1.1 et 1.2.

### 5.2 Antécédents familiaux (facultatif si un examen paramédical est requis)

| Un de vos parents biologiques, frères ou sœurs a-t-il ou a-t-elle reçu, avant l'âge de 65 ans, un diagnostic de maladie d'Alzheimer, de cancer, de chorée de Huntington, de diabète, de maladie de Parkinson, d'une maladie cardiaque, de la polykystose rénale, d'un accident vasculaire cérébral, de la sclérose en plaques, d'une maladie du motoneurone ou de toute autre maladie ou affection, ou de tout autre trouble héréditaire non énuméré à la section 5.2? |      |   |                             | <b>1<sup>re</sup> personne à assurer</b><br><input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Ne sais pas | <b>2<sup>e</sup> personne à assurer</b><br><input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non<br><input type="radio"/> Ne sais pas |
|--|------|---|-----------------------------|---|--|
| Personne à assurer   | Lien | Affection (si cancer, précisez le type) | Âge au début de l'affection | Âge si vivant   | Âge au décès   |
| <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne  |      |   |                             |   |  |
| <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne  |      |   |                             |   |  |
| <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne  |      |   |                             |   |  |
| <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne  |      |   |                             |   |  |
| Si vous ne le savez pas, indiquez une raison :   |      |   |                             |   |  |

**5.3 Antécédents médicaux personnels** (facultatif si un examen paramédical est requis)*Ne fournissez aucune information sur les tests génétiques ou leurs résultats.*

| Avez-vous déjà eu, reçu un diagnostic, obtenu un traitement ou un médicament, testé positif ou reçu un avis médical pour :  | 1 <sup>re</sup> personne                            | 2 <sup>e</sup> personne                             |
|---|---|---|
| <b>A</b> Broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO), emphysème, fibrose kystique, asthme, essoufflements, une maladie ou un trouble du système respiratoire ou avez-vous besoin d'utiliser un équipement à oxygène?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>B</b> Diabète, glycémie anormale ou hémoglobine A1C, ou complications du diabète, comme rétinopathie (perte complète ou partielle de la vue d'un œil), neuropathie (douleur nerveuse, picotements ou brûlures dans une partie d'une extrémité telle qu'une main, un doigt, un pied, un orteil) ou néphropathie (résultats de laboratoire anormaux liés aux reins ou maladie rénale chronique de tout stade)?               | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>C</b> Épilepsie, crises épileptiques, AVC, accident ischémique transitoire (AIT), trouble du développement, maladie d'Huntington ou trouble neurologique?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>D</b> Sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), dystrophie musculaire, démence, trouble cognitif, perte de mémoire, maladie d'Alzheimer, paralysie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, fibromyalgie, arthrite ou maladie ou trouble cérébral ou du système nerveux?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>E</b> Anxiété, dépression, mania-co-dépression, trouble bipolaire, schizophrénie ou trouble de la santé mentale?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>F</b> Crise cardiaque, chirurgie cardiaque, intervention cardiaque, chirurgie circulatoire, coronaropathie, souffle cardiaque, douleurs thoraciques, pulsations cardiaques irrégulières, anévrisme, insuffisance cardiaque congestive (ICC), maladie ou trouble des artères ou des valves, hypertension artérielle, maladie vasculaire périphérique ou artérielle (PVD ou PAD), trouble du système sanguin ou lymphatique? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>G</b> Sang dans les urines, hépatite, maladie de Crohn, lupus, cirrhose, ou maladie ou trouble du foie, de la prostate, de la vessie, des reins, des organes génito-urinaires, du tissu conjonctif ou du système digestif ou immunitaire?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>H</b> Cancer (excluant le carcinome basocellulaire), tumeur, saignements gastro-intestinaux, perte de poids inexplicquée ou maladie ou trouble du pancréas ou du système endocrinien?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>I</b> Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), syndrome d'immunodéficience acquise (sida), parasida ou trouble immunologique?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

**5.4 Antécédents médicaux personnels (suite)** (facultatif si un examen paramédical est requis)

|   | 1 <sup>re</sup> personne                            | 2 <sup>e</sup> personne                             |
|---|---|---|
| <b>A</b> Vous a-t-on déjà conseillé de subir un examen tel qu'un ECG, un tomодensitogramme, une scintigraphie osseuse, une IRM, une coloscopie, un échocardiogramme, une angiographie, une biopsie ou une endoscopie?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>B</b> Vous a-t-on déjà conseillé de passer un examen, d'obtenir une consultation, de prendre des médicaments, de suivre un traitement, de subir une intervention chirurgicale, d'être hospitalisé ou de subir un test de laboratoire ou de diagnostic qui n'a pas encore commencé ou qui n'est pas terminé, ou dont les résultats ne sont pas encore connus? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>C</b> Prenez-vous actuellement des médicaments ou suivez-vous un traitement?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>D</b> Avez-vous besoin d'une greffe d'organe, êtes-vous sur une liste d'attente pour une greffe d'organe ou avez-vous reçu une greffe d'organe (à l'exception des greffes de cornée)?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>E</b> Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'une maladie ou affection potentiellement mortelle, grave ou en phase terminale, pour laquelle un médecin a estimé qu'il vous restait 24 mois ou moins à vivre?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

Remplir la section 5.5 seulement si la proposition vise une assurance pour maladies graves.

**5.5 Antécédents médicaux de maladie grave** (facultatif si un examen paramédical est requis)

| Avez-vous déjà eu, obtenu un diagnostic, testé positif ou obtenu un avis médical, un traitement ou un médicament, pour :                                      | 1 <sup>re</sup> personne                            | 2 <sup>e</sup> personne                             |
|---|---|---|
| <b>A</b> Vertige, étourdissements, névrite optique, déficience auditive, perte de vision ou tout autre trouble des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>B</b> Kyste, bosse, polype, leucémie, lymphome ou excroissance ou malignité de tout type?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>C</b> Syndrome de nævus dysplastique, mélanome, carcinome basocellulaire, grain de beauté atypique ou trouble cutané?                                      | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>D</b> Hyperthyroïde, goitre, anémie ou tout autre maladie ou trouble de la thyroïde, des glandes surrénales ou de l'hypophyse?                             | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

## 5.6 Détails des antécédents médicaux personnels

| Détails supplémentaires   | Question | Personne à assurer  | Détails |
|---|----------|---|---------|
| <p>Indiquez chaque état, événement, procédure, maladie, trouble et affection pour lesquels vous avez répondu « oui » aux sections 5.1 et 5.3 à 5.5.</p> <p>Incluez la date, les diagnostics, les traitements, les résultats et la durée.</p> <p>Fournissez aussi les noms et les coordonnées de chaque professionnel de la santé.</p> |          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|   |          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|   |          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|   |          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|   |          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|   |          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|   |          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|   |          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|   |          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|   |          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|   |          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |
|   |          | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |         |

## 6.1 Enfants

Remplissez cette section pour chaque enfant à assurer aux termes de l'avenant d'assurance vie temporaire d'enfant ou de l'avenant d'assurance maladies graves pour enfants. Cette section doit être remplie par un des parents ou tuteurs de chaque enfant nommé à la section 6.1. Le parent ou le tuteur doit avoir une connaissance complète des antécédents médicaux et des circonstances de chaque enfant afin de pouvoir répondre avec précision aux questions de la section 6.

### 1<sup>er</sup> enfant – Détails

|   |                       |  |
|---|-----------------------|--|
| Prénom  | 2 <sup>e</sup> prénom | Nom  |
| Date de naissance (jj/mm/aaaa)  | Pays de naissance     | Lien avec la personne à assurer                                  |
| Taille<br>pi/po<br>cm   | Poids<br>lb<br>kg     | Sexe<br><input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille |
| Raison et résultat du dernier rendez-vous chez le médecin ou autre conseiller médical, clinique ou hôpital? |                       | Date du dernier rendez-vous (jj/mm/aaaa)                         |

### 2<sup>e</sup> enfant – Détails

|   |                       |  |
|---|-----------------------|--|
| Prénom  | 2 <sup>e</sup> prénom | Nom  |
| Date de naissance (jj/mm/aaaa)  | Pays de naissance     | Lien avec la personne à assurer                                  |
| Taille<br>pi/po<br>cm   | Poids<br>lb<br>kg     | Sexe<br><input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille |
| Raison et résultat du dernier rendez-vous chez le médecin ou autre conseiller médical, clinique ou hôpital? |                       | Date du dernier rendez-vous (jj/mm/aaaa)                         |

### 3<sup>e</sup> enfant – Détails

|   |                       |  |
|---|-----------------------|--|
| Prénom  | 2 <sup>e</sup> prénom | Nom  |
| Date de naissance (jj/mm/aaaa)  | Pays de naissance     | Lien avec la personne à assurer                                  |
| Taille<br>pi/po<br>cm   | Poids<br>lb<br>kg     | Sexe<br><input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille |
| Raison et résultat du dernier rendez-vous chez le médecin ou autre conseiller médical, clinique ou hôpital? |                       | Date du dernier rendez-vous (jj/mm/aaaa)                         |

### 4<sup>e</sup> enfant – Détails

|   |                       |  |
|---|-----------------------|--|
| Prénom  | 2 <sup>e</sup> prénom | Nom  |
| Date de naissance (jj/mm/aaaa)  | Pays de naissance     | Lien avec la personne à assurer                                  |
| Taille<br>pi/po<br>cm   | Poids<br>lb<br>kg     | Sexe<br><input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille |
| Raison et résultat du dernier rendez-vous chez le médecin ou autre conseiller médical, clinique ou hôpital? |                       | Date du dernier rendez-vous (jj/mm/aaaa)                         |

### 5<sup>e</sup> enfant – Détails

|   |                       |  |
|---|-----------------------|--|
| Prénom  | 2 <sup>e</sup> prénom | Nom  |
| Date de naissance (jj/mm/aaaa)  | Pays de naissance     | Lien avec la personne à assurer                                  |
| Taille<br>pi/po<br>cm   | Poids<br>lb<br>kg     | Sexe<br><input type="radio"/> Garçon <input type="radio"/> Fille |
| Raison et résultat du dernier rendez-vous chez le médecin ou autre conseiller médical, clinique ou hôpital? |                       | Date du dernier rendez-vous (jj/mm/aaaa)                         |

## 6.2 Antécédents médicaux des enfants

(répondez à la question 6.2.I seulement si vous demandez un avenant d'assurance maladies graves pour enfants)

Enfant se rapporte à chaque enfant indiqué à la section 6.1.

|   |   |
|---|---|
| <b>A</b> Un enfant réside-t-il à une adresse différente de celle de la 1 <sup>re</sup> ou la 2 <sup>e</sup> personne à assurer? Si oui, indiquez ci-dessous avec qui les enfants vivent et à quelle fréquence chaque personne à assurer les voit.   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>B</b> Une proposition d'assurance pour un enfant a-t-elle déjà été refusée, différée ou modifiée?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>C</b> Un enfant a-t-il subi une intervention chirurgicale ou été hospitalisé pendant plus de trois jours consécutifs à la naissance ou après?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>D</b> Un enfant a-t-il été traité ou testé pour autisme, TDAH, asthme, cancer, tumeur ou croissance, infirmité motrice cérébrale, fibrose kystique, cystite kystique, anomalies congénitales, maladie cardiaque, syndrome de Down, dystrophie musculaire, maladie infectieuse ou pour une autre maladie, un autre trouble ou une autre affection, ou a-t-il eu un symptôme ou une indication?                  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>E</b> Un enfant présente-t-il un retard de développement physique ou mental, ou une déficience, une maladie, un trouble, une affection ou une blessure qui nécessite un suivi par des tests, des médicaments, un traitement ou une intervention chirurgicale?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>F</b> Un enfant prend-il actuellement un médicament ou lui a-t-on conseillé un médicament, un traitement, des tests sanguins, une consultation avec un spécialiste, une radiographie, un ultrason, un ECG, une IRM, un tomodensitogramme, une biopsie, un examen endoscopique ou un test diagnostique qui n'a pas encore été effectué ou terminé, ou dont vous n'avez pas encore eu les résultats?             | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>G</b> Un enfant est-il né prématurément (moins de 36 semaines)? Dans l'affirmative, nommez l'enfant et indiquez le poids à la naissance à la section 6.3.  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>H</b> Au cours des deux dernières années, un médecin ou un praticien de la santé a-t-il indiqué que la taille, le poids ou le développement physique d'un enfant ne correspondait pas aux étapes normales, ou a-t-il conseillé à un enfant de prendre ou de perdre du poids? DANS L'AFFIRMATIVE, fournissez les détails : Taille/poids/ S'il y a eu une perte de poids au cours des 12 derniers mois.          | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>I</b> La mère, le père ou les frères ou sœurs biologiques de l'enfant ont-ils reçu, avant l'âge de 60 ans, un diagnostic de cancer, de crise cardiaque, de maladie coronarienne, d'accident vasculaire cérébral, de cardiomyopathie, de diabète, de polykystose rénale, de maladie de Huntington, de maladie de Parkinson ou de fibrose kystique? Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous : | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

| Lien avec l'enfant | État/événement/maladie (si cancer, soyez précis) | Âge au début de la maladie | Âge si vivant | Âge au décès |
|--------------------|--|----------------------------|---------------|--------------|
|                    |  |                            |               |              |
|                    |  |                            |               |              |
|                    |  |                            |               |              |

## 6.3. Détails des antécédents médicaux des enfants

(pour toutes les réponses affirmatives à la section 6.2)

| Question | Nom de l'enfant | Détails |
|----------|-----------------|---------|
|          |                 |         |
|          |                 |         |
|          |                 |         |
|          |                 |         |
|          |                 |         |

| <b>7.1 Exonération des primes du propriétaire pour Avantage Plus</b>  |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> 1 <sup>er</sup> propriétaire <input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> propriétaire  |   | Taille<br>pi/po<br>cm                               | Poids<br>lb<br>kg                                   |
|   |   | <b>Owner 1</b>                                      | <b>Owner 2</b>                                      |
| <b>7.2</b> Le propriétaire travaille-t-il actuellement à temps plein? Si à temps partiel, indiquez le nombre d'heures par semaine, la raison et la durée à temps partiel, ainsi que la dernière profession à la Section 7.8. Si travailleur autonome ou commerçant, veuillez préciser la nature de l'entreprise et les fonctions.   |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>7.3 Au cours des cinq dernières années, le propriétaire a-t-il :</b>   |   |   |   |
| <b>A</b> Consulté un médecin, passé un électrocardiogramme ou un test diagnostique, ou a-t-il été en observation ou traitement dans un hôpital, une clinique ou un cabinet médical?   |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>B</b> Lui a-t-on déjà conseillé de passer un test diagnostique, d'être hospitalisé ou de subir une intervention chirurgicale qui n'a pas encore commencé ou qui n'est pas terminée, ou dont les résultats ne sont pas encore connus?   |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>7.4 Le propriétaire a-t-il déjà eu, obtenu un diagnostic, testé positif ou obtenu un avis médical, un traitement ou un médicament, pour :</b>  |   |   |   |
| <b>A</b> Crise cardiaque, chirurgie cardiaque, intervention cardiaque, chirurgie circulatoire, maladie coronarienne, souffle cardiaque, douleurs thoraciques, rythme cardiaque irrégulier, anévrisme, insuffisance cardiaque congestive (ICC), maladie ou trouble des artères ou des valves, maladie vasculaire ou artérielle périphérique (MVP ou MAP), neuropathie (douleur nerveuse, picotement ou brûlure dans une partie de l'extrémité telle qu'une main, un doigt, un pied ou un orteil), maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), asthme, emphysème, ou maladie ou trouble du système respiratoire? |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>B</b> Cancer (excluant le carcinome basocellulaire), tumeur, saignements gastro-intestinaux, perte de poids inexplicée, accident vasculaire cérébral, accidents ischémiques transitoires (AIT) ou maladie ou trouble du pancréas ou du système endocrinien?  |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>C</b> Diabète, trouble glandulaire ou thyroïdien, ganglion lymphatique hypertrophié, épilepsie ou anxiété, dépression, maniaque-dépression, trouble bipolaire, schizophrénie ou trouble de la santé mentale?   |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>D</b> Maladie ou trouble du système rénal, urinaire ou reproductif, trouble hépatique ou gastro-intestinal, hépatite ou porteur d'hépatite?  |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>E</b> Perte de la vue, rétinopathie (perte complète ou partielle de la vue dans l'un ou l'autre œil), douleurs dorsales nécessitant un traitement ou des médicaments, amputation, déformation, arthrite ou maladie ou trouble musculo-squelettique?  |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>7.5</b> Le propriétaire a-t-il déjà reçu un diagnostic, un traitement, un médicament, un test positif ou un avis médical pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), le parasida ou un trouble immunologique   |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>7.6</b> Le propriétaire est-il actuellement en traitement ou prend-il un médicament? Dans l'affirmative, fournissez les détails à la section 7.8.  |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>7.7 Le propriétaire :</b>  |   |   |   |
| <b>A</b> A-t-il déjà eu une proposition d'assurance vie ou d'assurance invalidité refusée, différée, supprimée ou retirée?  |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>B</b> Au cours des deux dernières années, piloté un avion, suivi un cours de pilotage ou fait de la course, de la plongée en scaphandre autonome, du parachutisme, du deltaplane ou toute autre activité ou tout sport dangereux ou extrême, ou prévoit-il le faire?   |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>C</b> Au cours des cinq dernières années, fait usage de stupéfiants ou d'un médicament contrôlé, sauf sur ordonnance d'un médecin, ou de marijuana, ou lui a-t-on conseillé d'obtenir un traitement, un avis médical ou un conseil pour sa consommation d'alcool ou de drogue, ou de cesser ou réduire sa consommation?  |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>D</b> A-t-il été accusé ou condamné pour une infraction de conduite liée à l'alcool ou aux drogues ou au refus de se soumettre à un alcootest, eu son permis de conduire suspendu ou révoqué ou, à l'exception des infractions de stationnement, commis plus d'une infraction de la route?   |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>E</b> Prévoit-il voyager pendant plus de quatre semaines consécutives ou déménager à l'extérieur du Canada?  |   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>7.8 Détails supplémentaires</b> (requis pour les réponses affirmatives aux sections 7.2, 7.3, 7.4, 7.6 et 7.7)   |   |   |   |
| Question  | Propriétaire  | Détails   |   |
|   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |   |   |
|   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |   |   |
|   | <input type="radio"/> 1 <sup>re</sup> personne<br><input type="radio"/> 2 <sup>e</sup> personne |   |   |

## 8.1 Instructions relatives aux primes et à l'établissement

Si la proposition vise plusieurs polices d'assurance, nous appliquerons les instructions relatives au paiement des primes et à l'établissement des polices à chaque police indiquée à la section 1.6, sauf indication contraire à la section 8.4. Renseignements importants pour le conseiller : Ne collectez pas de prime et ne remettez pas l'entente d'assurance provisoire si le montant total d'assurance vie ou d'assurance en cas de maladie grave demandé excède 1 000 000 \$ par personne à assurer. Si le produit demandé offre des catégories de tarification privilégiée, la prime applicable aux taux standards doit être soumise pour que la condition préalable du paiement de l'EAP soit remplie. D'autres conditions préalables à l'assurance provisoire sont décrites à la section 9.2.

Qui paiera les primes de chaque police demandée?

Cochez toutes les réponses qui s'appliquent :  1<sup>er</sup> assuré  2<sup>e</sup> assuré  1<sup>er</sup> propriétaire  2<sup>e</sup> propriétaire  Autre  
Si autre, veuillez préciser:

Si un payeur de prime n'est pas un propriétaire ou un assuré en vertu de la police, remplissez la section 1.5.

Prime initiale :

- Collecte des primes lors de la délivrance; ou  
 Retrait de la prime initiale par paiement par prélèvements automatiques (PPA); ou  
 Paiement de la prime initiale par chèque joint à la proposition (précisez) : \_\_\_\_\_ \$

Fréquence et méthode de paiement de la prime :  PPA mensuel  PPA annuel  Facturation annuelle

Date de prélèvement préférée :  Non (prélèvement mensuel basé sur la date de la police)  
 Oui, effectuez le prélèvement le :  1<sup>er</sup>  8  15  22

Renseignements bancaires pour le PPA:  Renseignements bancaires ci-dessous  Spécimen de chèque joint\*  
 Les mêmes que pour la police de Foresters :

Numéro de transit (succursale)

Numéro de la banque (institution)

Numéro du compte bancaire

Nom de l'institution financière

Type de compte :  Chèques  
 Épargne

### Ou joindre un spécimen de chèque

|   |                                   |   |                                  |
|---|-----------------------------------|---|----------------------------------|
| Name / Nom<br>P.O. Box / C.P. 000<br>City / Ville, Prov A0B 1C2 | Cheque No.<br>N° de chèque<br>001 |   |                                  |
| Pay to the order of<br>Payez à l'ordre de _____                 | Date _____                        |   |                                  |
| <b>ANNULÉ</b>   |                                   |   |                                  |
| 001 00002 003   | 000000000123                      |   |                                  |
| Cheque No.<br>N° de chèque                                      | Branch No.<br>N° de la succursale | Institution No.<br>N° de l'institution financière | Bank Account No.<br>N° du compte |

\* Le chèque pour le paiement de la prime initiale peut servir de spécimen de chèque

## 8.2 Langue et adresse postale

Langue de chaque police et des communications futures  English  Français

Envoi des relevés et des communications futures  1<sup>er</sup> propriétaire  2<sup>e</sup> propriétaire  3<sup>e</sup> propriétaire  
 Autre :

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

Ville

Province

Code postal

Pays

## 8.3 Instructions relatives à l'établissement

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

Instructions spéciales sur la date :

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

Établir la couverture sur la tête de la personne approuvée (par défaut)  Fermer le dossier

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

Établir la police selon le montant demandé  Contacter le conseiller (par défaut)

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

Établir ma protection aussitôt qu'elle est approuvée (par défaut)

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

## 8.4 Autres instructions relatives aux primes et à l'établissement :



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

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

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

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

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

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

Le payeur autorise la divulgation de ses renseignements et de ceux de son compte pour la vérification de son identité, le maintien des dossiers et la gestion des paiements de la police et des prestations.

Le titulaire du compte bancaire doit signer la présente entente de PPA tel que son nom figure sur les dossiers bancaires du compte visé.

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

Signature du titulaire du compte

Date (jj/mm/aaaa)

X

Signature du cotitulaire du compte

Date (jj/mm/aaaa)

X

| <b>9.1 Proposition d'assurance provisoire</b>   |   |   |
|---|---|---|
| <b>« Vous », « votre » et « vos » à la section 9.1 se rapportent à la 1<sup>re</sup> personne à assurer et à la 2<sup>e</sup> personne à assurer, individuellement, désignées aux sections 1.1 et 1.2.</b>  | <b>1<sup>re</sup> personne à assurer</b>            | <b>2<sup>e</sup> personne à assurer</b>             |
| <b>A</b> Avez-vous 66 ans ou plus, ou moins de 15 ans?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>B</b> Une proposition d'assurance sur votre tête a-t-elle déjà été supprimée, refusée ou modifiée?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>C</b> Avez-vous déjà eu un traitement, une indication, un signe ou un symptôme de cancer, tumeur, AVC, cardiopathie, trouble ou maladie des vaisseaux sanguins, diabète, perte de la parole, perte d'un membre, brûlures graves, surdité, c civit , trouble rénal, hépatique ou pulmonaire courant ou récurrent, maladie d'Alzheimer, maladie de Huntington, maladie de Parkinson, ou de maladie ou trouble du système nerveux?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>D</b> Avez-vous déjà eu, ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez, le virus de l'immunodéficiency humaine (VIH), un test de VIH positif ou un trouble ou une maladie du système nerveux?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>E</b> Au cours des deux dernières années, avez-vous été hospitalisé (sauf pour un accouchement)?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>F</b> Au cours des six derniers mois, est-ce qu'un trouble, une maladie, une blessure ou une affection vous a empêché de vaquer à vos activités régulières ou vous a obligé de vous absenter du travail pendant plus de sept jours civils consécutifs?   | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>G</b> Avez-vous un symptôme, une maladie ou une douleur pour lequel ou laquelle vous n'avez pas encore obtenu une consultation médicale ou pour lequel ou laquelle un traitement ou un test a été recommandé, planifié ou est en attente?  | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <b>9.2 Conditions préalables à l'assurance provisoire</b>   |   |   |
| <p>Sous réserve des dispositions de la Note de couverture, formulaire 106174 FR, l'assurance provisoire sera fournie à une personne à assurer si chacune des conditions préalables suivantes est remplie :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cette personne à assurer a plus de 14 jours et moins de 66 ans à la date où le conseiller signe la Note de couverture.</li> <li>2. Toutes les réponses aux questions de la section 9.1 sont négatives par rapport à cette personne et véridiques.</li> <li>3. Au moins 1/12<sup>e</sup> du montant total de la prime annuelle de chaque police demandée est fourni avec la proposition par chèque ou prélèvement automatique honoré sur présentation à l'institution financière de laquelle il doit être collecté. La prime annuelle totale est basée sur des taux standard, même si la police demandée offre des catégories de tarification privilégiée.</li> <li>4. Chaque personne à assurer et propriétaire a signé la proposition.</li> </ol> <p><b>Si une police conjointe est demandée, les deux personnes à assurer doivent présenter une proposition et être admissibles à la protection prévue par la Note de couverture pour que cette protection entre en vigueur. Si un avenant d'assurance du conjoint est demandé, la 2<sup>e</sup> personne à assurer (en vertu de l'avenant) ne peut présenter une demande d'assurance provisoire et y être admissible que si la 1<sup>re</sup> personne à assurer présente une demande et est admissible à la protection prévue en vertu de la Note de couverture. Si des polices distinctes sont demandées pour la 1<sup>re</sup> personne et la 2<sup>e</sup> personne, elles peuvent alors, indépendamment l'une de l'autre, présenter une demande et être admissibles à la protection prévue en vertu de la Note de couverture.</b></p> <p><b>Si une ou plusieurs conditions préalables ne sont pas remplies, l'assurance provisoire n'entrera pas en vigueur pour cette personne, même si la Note de couverture est remise à une personne à assurer ou un propriétaire et que la prime a été fournie, autorisée à être prélevée ou collectée.</b></p> |   |   |

## 10. Ententes et autorisations

### 10.1 Entente

Le terme « proposition » se rapporte à la présente proposition d'assurance vie et d'assurance en cas de maladies graves. « Je et moi » se rapportent individuellement à chaque personne désignée dans la présente proposition à titre de personne à assurer ou de propriétaire, ou de parent ou tuteur légal signant la présente proposition en relation avec un enfant mineur. « Personne à assurer » se rapporte à chaque personne désignée comme 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> personne à assurer dans la présente proposition. « Assureur » se rapporte à L'Ordre Indépendant des Forestiers et à la Compagnie d'assurance vie Foresters. « Propriétaire » se rapporte à chaque personne désignée comme 1<sup>er</sup> ou 2<sup>e</sup> propriétaire dans la présente proposition. « Police » signifie une police ou un certificat établi par l'assureur et inclut chaque avenant y étant joint.

En signant la présente proposition, je conviens que :

1. Les déclarations et les réponses contenues dans la présente proposition, ainsi que les autres preuves d'assurabilité que j'ai signées ou fournies, entre autres, la déclaration médicale, le rapport d'examen et les questionnaires, sont véridiques et complets, et que chaque assureur s'y fiera pour décider d'établir ou non la police.
2. Une police établie par un assureur, le cas échéant, ne prendra effet que conformément aux dispositions de ladite police, ce qui peut inclure des facteurs comme la date à laquelle la proposition a été approuvée, la date d'établissement de la police et le paiement de la première prime, dans la mesure où aucun changement ne soit survenu relativement à l'assurabilité, telle qu'elle est décrite dans la police.
3. Aucun conseiller, médecin examinateur ni aucune autre personne n'est autorisé à émettre l'avis que toute réponse ou information fautive ou incomplète est acceptable, et n'a le pouvoir de conclure, modifier ou libérer une police, à l'exception du président ou du secrétaire général de Foresters ou de leurs successeurs.
4. L'acte constitutif et la constitution de Foresters, actuellement en vigueur ou modifiés ultérieurement, font partie du contrat intégral de chaque police établie par L'Ordre Indépendant des Forestiers.
5. Si je signe la présente proposition relativement à un enfant, je confirme connaître entièrement les antécédents médicaux de l'enfant pour répondre avec exactitude à toutes les questions et être autorisé à consentir à l'assurance demandée dans la présente proposition, et établie, le cas échéant, sur la tête de l'enfant.
6. La langue de chaque police établie en conséquence de la présente proposition et toute la correspondance s'y rapportant sera la même que celle de la présente proposition, sauf indication contraire à la Section 8.2.
7. L'assurance provisoire, le cas échéant, est assujettie à l'entente d'assurance provisoire (EAP) et au reçu inclus avec la présente proposition 106185 FR, y compris aux conditions préalables, peu importe si a) l'EAP a été ou non laissée à la personne à assurer ou au propriétaire, et b) la prime a été ou non fournie, par quelque moyen que ce soit, avec la présente proposition, ou si une prime a été perçue par la suite.
8. Je, la/le propriétaire, ai reçu une copie de la page des Avis importants. Ou s'il s'agit d'un proposant qui n'est pas propriétaire : j'ai examiné l'Avis concernant le MIB contenu dans la page des Avis importants. Toutefois, s'il s'agit d'une proposition électronique et/ou d'une signature électronique, je, en tant que propriétaire ou proposant, comprends que la page des Avis importants sera accessible dans le cadre du processus électronique.

Je comprends et conviens aussi que :

- A. Les changements ou corrections que l'assureur apporte à la présente proposition, le cas échéant, sont ratifiés par chaque propriétaire si la police délivrée à une personne à assurer ou à un propriétaire n'est pas retournée à l'assureur pendant la période d'annulation. De tels changements ou corrections peuvent être apportés directement sur la présente proposition ou par voie de modification à la présente proposition.
- B. La présente proposition et les documents connexes peuvent être remplis, signés ou soumis à chaque assureur verbalement ou par voie électronique, y compris, sans toutefois s'y limiter, par courriel ou télécopieur.
- C. Chaque assureur peut communiquer avec moi ou m'envoyer des messages, y compris des messages préenregistrés, des textos, des appels ou des messages au moyen d'un système téléphonique à composition automatique, aux numéros de téléphone, dont les numéros de téléphone sans fil et mobiles, qui sont fournis dans la présente proposition ou que je fournirai ultérieurement.
- D. Si j'ai fourni une adresse de courriel courante ou d'autres coordonnées électroniques dans la présente proposition ou ultérieurement, l'assureur, ses sociétés affiliées et ses filiales peuvent utiliser cette adresse de courriel ou ces coordonnées pour m'envoyer par voie électronique des messages, des renseignements ou des documents se rapportant, directement ou indirectement, à la présente proposition, à une personne assurée, à la police, à l'adhésion, à un événement, à un bénéfice, à une demande de règlement, à l'administration ou à d'autres produits et services.
- E. Les employés, fournisseurs de services, représentants, réassureurs de l'assureur et leurs fournisseurs de services peuvent se trouver à l'extérieur du Canada. Par conséquent, vos renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois d'autres territoires de compétence et divulgués en réponse à des demandes ou exigences d'une instance gouvernementale, d'un tribunal ou d'un organisme d'application de la loi dans ces pays.

### Consentement à la livraison électronique du contrat d'assurance et des documents connexes

Au lieu de recevoir un document imprimé, vous, le propriétaire signant ci-dessous, consentez-vous à la livraison par voie électronique du contrat d'assurance et des documents connexes à l'adresse de courriel fournie dans la présente proposition?  Oui  Non

Vous pouvez sauvegarder et imprimer le contrat d'assurance et les documents connexes. Il peut y avoir 70 pages à imprimer ou plus. Un exemplaire imprimé peut nécessiter le paiement de frais administratifs (actuellement 25 \$, sous réserve de modifications) et il vous sera envoyé par la poste dans un délai raisonnable après réception du paiement par l'assureur. Le paiement peut être effectué par chèque à l'ordre de la Financière Foresters ou par services bancaires en ligne.

## 10.2 Autorisation

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

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

Vous, le soussigné, autorisez-vous l'assureur à partager, à sa discrétion, les renseignements suivants avec votre conseiller à propos de vous et de chaque enfant autorisé s'ils influencent la décision de l'assureur de vous assurer, ou d'assurer un enfant autorisé et, le cas échéant, sur quelle base :

- les constatations de cet assureur à propos de l'hypertension, du taux de cholestérol ou de la corpulence; et
- les renseignements de la présente proposition, des questionnaires supplémentaires, de l'entrevue paramédicale ou toute autre preuve d'assurabilité?

| 1 <sup>re</sup> personne à assurer                  | 2 <sup>e</sup> personne à assurer                   | 1 <sup>er</sup> propriétaire                        | 2 <sup>e</sup> propriétaire                         |
|---|---|---|---|
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |

En signant la présente proposition, j'autorise, en mon nom et au nom de chaque enfant autorisé, la collecte, l'utilisation et la divulgation de mes renseignements et de ceux de chaque enfant autorisé comme suit : aux fins autorisées par les personnes autorisées et entre elles et entre les professionnels de la santé, médecins, hôpitaux, cliniques, établissements de santé, employeurs, organismes gouvernementaux, services provinciaux des régimes d'assurance-maladie et des véhicules à moteur, entités d'assurance, MIB Inc., pharmacies, gestionnaires de soins pharmacothérapeutiques, administrateurs des garanties, institutions financières, agences d'enquête ou de renseignements sur les consommateurs, organismes d'application de la loi, assureurs, réassureurs, bénéficiaires, demandeurs. Chaque assureur peut faire un bref rapport à propos de moi et de chaque enfant autorisé au MIB, Inc., même si la présente proposition est annulée ou retirée, et fournir mes renseignements médicaux au médecin de famille identifié à la Section 5 de la présente proposition et les renseignements médicaux de chaque enfant autorisé au médecin identifié à la Section 6 de la présente proposition si la couverture fait l'objet d'une surprime, d'une exclusion ou d'un refus.

Chaque signataire de la présente autorisation peut révoquer son autorisation à l'égard de cet assureur en lui envoyant un avis écrit à cet effet. Toutefois, cette révocation ne touchera pas la ou les actions entreprises avant la réception de l'avis et n'empêchera pas l'assureur d'utiliser les renseignements personnels afin d'administrer une police, de faire rapport au MIB, Inc., de fournir des renseignements sur les bénéfices de l'adhésion ou d'administrer ces bénéfices.

## 10.3 Je comprends et conviens que ma signature ci-dessous s'applique à cette proposition intégrale et aux fins s'y rapportant. Le signataire doit avoir au moins 16 ans, 18 ans au Québec.

| Signature de la 1 <sup>re</sup> personne à assurer | Fait dans la province/le territoire de | Date (jj/mm/aaaa) |
|--|--|-------------------|
| X  |  |                   |
| Signature de la 2 <sup>e</sup> personne à assurer  | Fait dans la province/le territoire de | Date (jj/mm/aaaa) |
| X  |  |                   |
| Signature de l'enfant à assurer                    | Fait dans la province/le territoire de | Date (jj/mm/aaaa) |
| X  |  |                   |
| Signature de l'enfant à assurer                    | Fait dans la province/le territoire de | Date (jj/mm/aaaa) |
| X  |  |                   |
| Signature de l'enfant à assurer                    | Fait dans la province/le territoire de | Date (jj/mm/aaaa) |
| X  |  |                   |
| Signature du 1 <sup>er</sup> propriétaire          | Fait dans la province/le territoire de | Date (jj/mm/aaaa) |
| X  |  |                   |
| Signature du 2 <sup>e</sup> propriétaire           | Fait dans la province/le territoire de | Date (jj/mm/aaaa) |
| X  |  |                   |
| Signature du parent ou tuteur légal                | Fait dans la province/le territoire de | Date (jj/mm/aaaa) |
| X  |  |                   |

| <b>11. Rapport du conseiller</b>   |                                    |                                   |  |   |                                   |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|--|---|-----------------------------------|
| <b>11.1 Renseignements sur le conseiller</b>   |                                    |                                   |  |   |                                   |
| Nom du conseiller ( <i>considéré comme le conseiller de service initial</i> )  |                                    | Code du conseiller                | Code de l'agence                           | Partage %   |                                   |
| Nom du conseiller  |                                    | Code du conseiller                | Code de l'agence                           | Partage %   |                                   |
| Nom du conseiller  |                                    | Code du conseiller                | Code de l'agence                           | Partage %   |                                   |
| <b>11.2 Renseignements sur l'AGD</b>   |                                    |                                   |  |   |                                   |
| Nom de l'AGD   |                                    | Code de l'AGD                     | Apposer le timbre de l'AGD, le cas échéant |   |                                   |
| Personne-ressource au bureau de l'AGD  |                                    | N° de téléphone                   |  |   |                                   |
| Adresse de courriel du bureau de l'AGD   |                                    |                                   |  |   |                                   |
| <b>11.3 Lien avec la personne à assurer et divulgation</b>   |                                    |                                   |  |   |                                   |
| 1. Comment la présente proposition a-t-elle été remplie? (veuillez cocher une réponse)   |                                    |                                   |  |   |                                   |
| <input type="radio"/> En personne avec le propriétaire<br><input type="radio"/> Par téléphone et/ou par la poste<br><input type="radio"/> Par vidéoconférence (par exemple : Skype/Zoom)<br><input type="radio"/> Proposition électronique   |                                    |                                   |  |   |                                   |
| 2. Cette police est-elle souscrite dans l'intention d'en transférer la propriété? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  |                                    |                                   |  |   |                                   |
| Dans l'affirmative, fournissez les détails :   |                                    |                                   |  |   |                                   |
| 3. Êtes-vous au courant de certains faits non divulgués dans la présente proposition qui pourraient influencer sur l'assurabilité d'une personne à assurer ou qui sont différents de ceux fournis dans la proposition ou incomplets? ..... <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |                                    |                                   |  |   |                                   |
| Dans l'affirmative, fournissez les détails :   |                                    |                                   |  |   |                                   |
| 4. Depuis combien de temps connaissez-vous chaque personne à assurer?  |                                    |                                   |  | <input type="radio"/> Moins d'un mois<br><input type="radio"/> _____ mois<br><input type="radio"/> _____ année(s) |                                   |
| 5. Si vous êtes apparenté à une des personnes à assurer, précisez la nature de votre relation.   |                                    |                                   |  |   |                                   |
| <b>11.4 Exigences commandées</b>   |                                    |                                   |  |   |                                   |
|  | 1 <sup>re</sup> personne à assurer | 2 <sup>e</sup> personne à assurer |  | 1 <sup>re</sup> personne à assurer  | 2 <sup>e</sup> personne à assurer |
| Signes vitaux  | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>             | Examen médical                             | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>             |
| Urine/VIH  | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>             | Électrocardiogramme                        | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>             |
| Profil sanguin   | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>             | ECG sur tapis roulant                      | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>             |
| Examen paramédical   | <input type="radio"/>              | <input type="radio"/>             | Dossier de conduite automobile             | <input type="radio"/>   | <input type="radio"/>             |
| Nom du fournisseur de services paramédicaux  |                                    |                                   | Numéro de la commande                      |   |                                   |
| Avec qui faut-il communiquer pour obtenir un rapport d'inspection?   |                                    |                                   | Meilleur moment pour appeler               |   |                                   |

## 11. Rapport du conseiller (suite)

### 11.5 Commentaires supplémentaires

### 11.6 Signature du conseiller

J'ai fourni à l'assuré la page des Avis importants. S'il s'agit d'une proposition électronique, les Avis importants seront accessibles dans le cadre du processus électronique. Peu importe la méthode de proposition : J'ai remis au propriétaire de la nouvelle police une déclaration de divulgation indiquant les compagnies que je représente, que je reçois une commission pour le placement de contrats d'assurance vie et d'assurance en cas de maladie grave, et que je peux recevoir une rémunération additionnelle sous forme de bonis, de participation à des congrès ou d'autres récompenses. J'ai aussi divulgué tout conflit d'intérêts réel ou potentiel dans le cadre de cette transaction.

À ma connaissance, les renseignements fournis dans la proposition sont à jour, exacts et complets. Je ne possède aucun autre renseignement important pour la tarification et l'acceptation de la présente proposition d'assurance qui n'a pas été divulgué dans la présente proposition ou dans le rapport du conseiller.

J'ai pris des mesures raisonnables pour déterminer si chaque propriétaire agit au nom d'un tiers. Si je soupçonne qu'un tiers non divulgué est en cause, j'enverrai les détails par courriel dans un délai raisonnable à [compliancecda@foresters.com](mailto:compliancecda@foresters.com).

L'identité du propriétaire a été ou sera vérifiée comme suit (veuillez préciser) :

- La présente proposition a été remplie en personne. J'ai vérifié la pièce d'identité originale et en cours de validité du propriétaire à la date de ma signature ci-dessous (ou à la date suivante \_\_\_\_\_), et les détails sur l'identité fournis dans la présente proposition correspondent à cette pièce d'identité.
- La présente proposition n'a pas été remplie en personne. J'ai passé en revue la pièce d'identité originale et en cours de validité du propriétaire à la date de ma signature ci-dessous (ou à la date suivante \_\_\_\_\_), et les détails sur l'identité fournis dans la présente proposition correspondent à cette pièce d'identité.
- La présente proposition n'a pas été remplie en personne et l'identification du propriétaire n'a pas été vérifiée.

Signature du conseiller

Date (jj/mm/aaaa)

**X**

## **Avis importants**

### **Avis concernant le MIB**

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. Nous ou nos réassureurs pourrions toutefois envoyer un bref compte rendu à ce sujet à MIB Inc., précédemment connu sous le nom de Medical Information Bureau, un organisme sans but lucratif regroupant les compagnies d'assurance vie et effectuant un échange de renseignements pour le compte de ses membres. Si une personne désignée dans cette proposition présente une demande à une autre société membre du MIB en vue d'obtenir une assurance vie, invalidité ou maladie, ou si une demande de règlement lui est soumise, le MIB lui fournira sur demande les renseignements figurant dans ses dossiers. Sur réception d'une demande de votre part, le MIB vous divulguera tous les renseignements figurant dans votre dossier. Si vous doutez de l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez communiquer avec le MIB pour demander une rectification. L'adresse du MIB est : MIB INC, 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree, MA, 02184-8734 US. Son numéro de téléphone est le 416 597-0590, et l'adresse de son site Web est [www.mib.com](http://www.mib.com).

### **Vos renseignements personnels et votre vie privée**

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

### **Déclaration de divulgation du conseiller**

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

### **Prise d'une décision éclairée**

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

### **À propos de la Financière Foresters**

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





## **Note de couverture et accusé de réception**

### **Définitions**

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

### **Conditions préalables à l'assurance provisoire**

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

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

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

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

### **Début et fin de l'assurance provisoire**

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

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

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

### **Conditions et exclusions**

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

### **Entente intégrale**

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

### **Versement des prestations**

Sous réserve des modalités de la présente Note de couverture :

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

Nom du conseiller

Signature du conseiller

Date (jj/mm/aaaa)

**X**





Financière  
**Foresters** 

**L'Ordre Indépendant des Forestiers**  
**Compagnie d'assurance vie Foresters**  
789, ch. Don Mills, Toronto, ON, Canada M3C 1T9  
800 828 1540

La Financière Foresters et Foresters sont des noms commerciaux et des marques de commerce de L'Ordre Indépendant des Forestiers (une société de secours mutuel, 789, chemin Don Mills, Toronto, Ontario, Canada M3C 1T9) et de ses filiales.