

# Proposition d'assurance

C.P. 4241, Station A Toronto (Ontario) M5W 5R3 Téléphone : 1-800-846-5970

ivari.ca

# Avis relatif à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels (Avis de confidentialité)

La politique d'ivari sur la protection de la vie privée, que vous pouvez consulter sur **ivari.ca**, décrit la façon dont nous traitons vos renseignements personnels, que vous soyez propriétaire ou personne assurée. Elle énonce également vos droits et les choix qui vous sont offerts. En résumé:

#### ivari utilise vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- La vérification de votre identité.
- L'évaluation de votre proposition ou de toute demande ou tout formulaire que vous soumettez à l'avenir dans le cadre des polices d'assurance que vous détenez auprès d'ivari.
- L'administration de votre police et la prestation des services y afférents.
- La gestion des opérations commerciales nous permettant d'assurer le service de votre police.
- La conduite d'enquêtes et l'analyse des demandes de règlement.
- Le respect de nos obligations juridiques et réglementaires (telles que les déclarations fiscales et la conformité aux lois contre le blanchiment d'argent et le financement des activités terroristes, aux lois prudentielles et aux pratiques commerciales) et/ou de toute ordonnance juridique ou réglementaire (par exemple, une ordonnance d'un tribunal ou une citation à comparaître) à l'encontre d'ivari.

Nous recueillons des renseignements personnels dans le cadre du processus de demande d'assurance. Si l'évaluation de la demande d'assurance ou de règlement l'exige, nous pouvons également recueillir vos renseignements personnels auprès de sources externes, notamment les établissements ou les prestataires de soins de santé, les agences d'enquête et/ou les agences de renseignements sur la consommation et le crédit.

Fournir votre numéro d'assurance sociale (NAS) dans la présente proposition est facultatif. Toutefois, si vous détenez une police d'assurance vie universelle ou une police avec valeur de rachat et que vous ne fournissez pas votre NAS ici, ivari devra l'obtenir avant de pouvoir traiter certaines transactions qui peuvent être demandées à l'avenir (conformément à la législation fiscale). Si vous décidez de fournir votre NAS, nous pourrons également l'utiliser si nécessaire aux fins décrites dans le présent avis de confidentialité ou dans notre politique sur la protection de la vie privée.

Le cas échéant, ivari peut communiquer vos renseignements personnels à des tiers de confiance, y compris les prestataires dont les services sont retenus pour l'aider à administrer ses polices, le Medical Information Bureau (« MIB, LLC »), les réassureurs d'ivari, votre institution financière, votre conseiller en assurance indépendant et ses associés de soutien, les intermédiaires du marché, vos bénéficiaires et cessionnaires, votre médecin de famille ou votre médecin traitant, et d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous pouvez demander une assurance vie ou maladie, ou auxquelles une demande de prestation peut être soumise.

Pour les besoins énoncés dans le présent avis de confidentialité, les renseignements personnels fournis dans cette proposition peuvent faire l'objet d'un processus de prise de décision automatisé.

Il est possible que vos renseignements personnels soient transférés, conservés ou traités en dehors de votre juridiction et que les autorités de ces juridictions puissent y avoir accès.

Dans certains cas, vous avez le **droit de retirer votre consentement** à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels. Vous avez également le **droit de consulter et de corriger** les renseignements que nous détenons à votre sujet, et **d'obtenir des informations sur toute décision entièrement automatisée** que nous prenons en utilisant vos renseignements. Vous pouvez envoyer votre demande écrite par la poste au **Responsable de la protection de la vie privée, ivari, 200-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7E9, ou par courriel à privacyoffice@ivari.ca**.

Vous pouvez consulter l'intégralité de notre politique sur la protection de la vie privée sur ivari.ca. Assurez-vous de la lire attentivement pour bien comprendre son contenu. Veuillez noter que nous pouvons mettre à jour cette politique de temps à autre.

## Avis relatif au MIB, LLC

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités en toute confidentialité. ivari ou ses réassureurs pourront, toutefois, faire un bref rapport au Medical Information Bureau (ou MIB, LLC), un organisme sans but lucratif regroupant les compagnies d'assurance et effectuant un échange de renseignements pour le compte de ses membres.

Les renseignements personnels divulgués au MIB peuvent comprendre vos nom, lieu de naissance, profession et tout autre renseignement utilisé pour évaluer votre assurabilité. Sur demande d'une autre compagnie d'assurance membre du MIB, à laquelle vous avez soumis une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement, le MIB fournira à ladite compagnie les renseignements qu'il détient à votre sujet.

Le MIB reçoit des renseignements personnels sur les consommateurs canadiens. La collecte, l'utilisation et la divulgation de ces renseignements sont régies par la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* (LPRPDE) et les lois provinciales, lesquelles peuvent être modifiées ou remplacées à l'occasion. Tout bref rapport soumis par une compagnie au MIB est conservé et protégé pendant la période prévue par la loi.

Le MIB consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne nettement sur les pratiques des compagnies canadiennes membres en matière de respect de la vie privée et de protection des renseignements personnels et qui se conforme aux lois applicables. Ayant son siège aux États-Unis, le MIB est lié par les lois américaines en matière de divulgation. Les renseignements contenus dans le dossier de consommateur d'un particulier détenu par le MIB peuvent être communiqués aux organismes américains responsables de l'application de la loi et de la sécurité nationale, pour les besoins de toute enquête portant sur des actes de terrorisme et des activités clandestines de renseignement, à la condition que ces organismes respectent les mesures prévues dans les lois américaines en matière de protection de la vie privée des consommateurs. **Pour consulter la politique du MIB sur la protection de la vie privée, visitez la page Web https://www.mib.com/privacy\_policy.html.** 

Sur réception de votre demande, le MIB vous communiquera les renseignements contenus dans votre dossier. La demande peut se faire par courriel à canadadisclosure@mib.com ou par téléphone au 866-692-6901. Si vous doutez de l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander qu'ils soient corrigés selon les procédures prévues par la loi fédérale Fair Credit Reporting Act. L'adresse du bureau d'information du MIB est 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734.

ivari et ses réassureurs peuvent aussi transmettre les renseignements contenus dans leur dossier à d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous avez soumis une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement. Les consommateurs peuvent obtenir de plus amples renseignements sur le MIB en visitant le site **www.mib.com**.

#### CONSENTEMENT REQUIS POUR CETTE PROPOSITION ET POUR LA POLICE

ivari a besoin des autorisations suivantes de votre part pour recevoir et traiter la présente demande :

1. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels, tel qu'il est décrit dans l'avis de confidentialité et dans la politique d'ivari sur la protection de la vie privée affichée sur ivari.ca.

- 2. J'autorise ivari à recueillir mes renseignements personnels auprès de tiers aux fins décrites dans sa politique sur la protection de la vie privée et conformément à celle-ci.
- 3. **Sous réserve de la tarification,** j'autorise ivari et ses réassureurs à transmettre un bref rapport sur ma santé au Medical Information Bureau (« MIB, LLC »).
- 4. Si je donne mon consentement au nom d'une ou de plusieurs personnes assurées mineures (âgées de moins de 18 ans au Québec ou de moins de 16 ans dans toutes les autres provinces) aux trois points ci-dessus, je déclare être habilité à le faire.

Signature de la **personne assurée**Si la personne assurée est mineure, la signature du parent ou du tuteur légal qui signe la proposition au nom de cet enfant est requise.

Signature du **propriétaire 1**Si celui-ci n'est pas une personne assurée

Signature du **propriétaire 2**Si celui-ci n'est pas une personne assurée

#### **OPTIONS RELATIVES À VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Vous pouvez retirer votre consentement à l'égard de l'une ou l'autre de ces options en tout temps, sans aucune incidence sur votre police.

#### Le cas échéant – Prestations complémentaires facultatives (Réservé aux propriétaires)

Vous autorisez ivari à communiquer vos renseignements personnels à des tierces parties qu'elle engage pour proposer de vous inscrire, vous ou la personne assurée, à des services facultatifs et de vous les fournir. Ces renseignements comprennent des informations de base sur la police, notamment le nom du titulaire, le type de produit, le numéro de la police, la date d'établissement et le nom de l'agent souscripteur ou de service. L'inscription à ces services est tout à fait facultative et elle ne constitue pas une condition du contrat d'assurance auprès d'ivari. Vos renseignements personnels peuvent être transférés vers d'autres juridictions et les autorités de ces juridictions peuvent y avoir accès. Vous pouvez, à tout moment et sur préavis écrit, retirer votre consentement à ce qu'ivari communique vos renseignements personnels à ces tierces parties. Vous convenez que vous ne donnez votre consentement qu'en votre nom propre, à moins que vous ne soyez légalement autorisé à représenter la personne assurée. Pour en savoir plus sur les services qui vous sont présentement offerts, veuillez consulter votre conseiller.

Propriétaire 1: Oui Non Propriétaire 2: Oui Non

#### Communications promotionnelles sur nos produits et services auxquels vous pouvez être admissible (Réservé aux propriétaires)

ivari peut communiquer avec vous au sujet d'autres produits et services auxquels vous pouvez être admissible, en utilisant des courriels, des messages texte ou d'autres voies électroniques. ivari peut faire appel à des tiers spécialistes en marketing pour vous envoyer ces communications promotionnelles. Si vous acceptez de recevoir ces communications, nous ne divulguerons que votre nom, vos coordonnées et votre couverture d'assurance actuelle. Nous ne divulguerons pas votre date de naissance, ni vos informations médicales ou financières.

Propriétaire 1: Oui Non Propriétaire 2: Oui Non

### Accès au portail réservé aux clients d'ivari (Réservé aux propriétaires)

ivari a créé un portail donnant aux clients accès aux renseignements sur leurs polices. Si vous décidez de vous y inscrire, veuillez nous fournir cidessous votre adresse électronique. Nous vous enverrons par courriel les détails d'inscription dès que la police entre en vigueur.

Courriel du **propriétaire 1**:

Courriel du **propriétaire 2**:

# Divulgation des renseignements utilisés pour la tarification à votre conseiller et à ses associés de soutien (Réservé aux personnes assurées)

Si la tarification est requise :

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels à partir des formulaires supplémentaires, des entretiens téléphoniques ou des autres communications avec vous ou avec un professionnel de la santé, aux fins décrites dans le présent **avis de confidentialité** et dans la politique sur la protection de la vie privée.

Si vous donnez votre consentement ci-dessous :

Nous pouvons divulguer les renseignements personnels recueillis auprès de vous, une fois la demande soumise, au conseiller identifié dans cette demande et à ses associés de soutien, notamment l'agent général délégué (ou le distributeur), les intermédiaires du marché, les employés et les sous-traitants. Nous ne divulguerons ces renseignements personnels que dans le but de permettre à votre conseiller de vous aider à choisir vos options d'assurance.

Cette autorisation ne restera en vigueur que 45 jours après l'établissement de la police ou l'envoi de la lettre de rejet de la demande d'assurance par ivari.

Personne assurée: Oui Non

## Des questions?

Veuillez communiquer avec votre conseiller en assurance indépendant ou nous écrire à l'adresse suivante : Services aux clients, ivari, C.P. 4241, Station A, Toronto (Ontario) M5W 5R3.



# Proposition d'assurance

C.P. 4241, Station A Toronto (Ontario) M5W 5R3 Téléphone : 1-800-846-5970

ivari.ca

Re	Renseignements généraux Police n°	
L	<ul> <li>a) Dans quelle langue aimeriez-vous recevoir la police et la correspondance? Français Anglais</li> <li>b) Quel type d'assurance souhaitez-vous souscrire?         <ul> <li>Individuelle</li> <li>Conjointe payable au premier décès</li> <li>Multiple (pour l'assurance temporaire et l'assurance maladies graves seulement)</li> </ul> </li> <li>c) Nom de toutes les personnes assurées aux termes de la police :</li> </ul>	
2	Principal objet de l'assurance : OBLIGATOIRE POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE  Planification successorale Assurance de la personne-clé Planification de la retraite  Assurance vie Partenariat	
Pe	Personne assurée (désigne la « personne à assurer » si la demande vise une nouvelle couverture)	
}	Prénom Nom de famille	
	OBLIGATOIRE POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE	
	Document d'identification <sup>†</sup> Numéro du document d'identification <sup>†</sup> Date d'expiration du document (MM/AAAA) Autorité émettrice et pays	
	†Veuillez exiger l'original d'une pièce d'identité valide avec photo émise par le gouvernement : passeport, carte santé provinciale (sauf de l'Alberta, de l'Île-du-Prince-Édouard, de et du Manitoba), permis de conduire, carte de majorité, carte de résident permanent ou carte-photo provinciale ou territoriale.	l'Ontario
1	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) Sexe à la naissance : Masculin Fé	minin
		cultatif)
5	Adresse résidentielle actuelle (case postale et livraison générale non acceptées)	
	Adresse : App./Bur. :	
	Ville :         Province :         Code postal :	
	Téléphone – domicile : Cellulaire : Téléphone – bureau :	
5	Votre pays de naissance est-il le Canada? Oui Non	
	Dans <i>l'affirmative,</i> veuillez indiquer la province de naissance :	
	Dans <i>la négative,</i> a) veuillez indiquer le pays de naissance :	
	b) vivez-vous au Canada depuis au moins 3 ans ? Oui Non	
	Dans <i>la négative,</i>	
	i) depuis combien de temps vivez-vous au Canada? années mois	
	ii) Quel est le statut de résident de la personne assurée?	
	Citoyen(ne) canadien(ne)	
	Citoyen(ne) canadien(ne) Immigrant(e) reçu(e)/résident(e) permanent(e)	
	Citoyen(ne) canadien(ne) Immigrant(e) reçu(e)/résident(e) permanent(e) Employé(e) contractuel(le) (autre que travailleur saisonnier, veuillez fournir une copie du permis de la	travail)
	Citoyen(ne) canadien(ne) Immigrant(e) reçu(e)/résident(e) permanent(e) Employé(e) contractuel(le) (autre que travailleur saisonnier, veuillez fournir une copie du permis de la Permis d'étudiant (veuillez en fournir une copie)	
	Citoyen(ne) canadien(ne) Immigrant(e) reçu(e)/résident(e) permanent(e) Employé(e) contractuel(le) (autre que travailleur saisonnier, veuillez fournir une copie du permis de la	cument)

_								
rsc	onne assurée (suite)							
La	personne assurée est présentement :	avec emploi	sans emploi	enfant	aux études			
Si	la personne assurée travaille :			(moins de 16 ans)	(16 ans et plus)			
a)	Nom de l'employeur :			Nombre d'années :	de mois :			
b)	Adresse de l'employeur :							
c)	Profession :	Secteur d'	activité* :					
d)	Fonctions :							
*Ré	férez-vous à la <b>Liste des secteurs d'activités et des pro</b>	fessions valables (IP-LP1971FR).						
Si	la personne assurée ne travaille pas :							
a)	Veuillez fournir la raison :							
b)	Êtes-vous financièrement dépendant d	d'un conjoint ou d'un pa	rtenaire ou des parer	nts? Oui Non				
	i) Dans <i>l'affirmative</i> , quel est le reve	nu annuel canadien gag	jné par la personne d	lont vous dépendez?				
	Dans <i>la négative</i> , indiquez le mont		' <u>-</u>					
	<ul><li>ii) Dans <i>l'affirmative</i>, y a-t-il une cour</li><li>Oui Non</li><li>Dans <i>l'affirmative</i>, quel est le mon</li></ul>			·	•			
c:			igacai oa acmanace	•				
	<b>la personne assurée est un enfant</b> (âge Si la personne assurée a moins de 2 ar		rámant? Oui	Non S.O.				
a)	·	•						
<b>ل</b> ما	Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des	details :						
		parent Autre (veuille	•					
c)	Y a-t-il une couverture d'assurance en	=						
	Dans <i>l'affirmative</i> , propriétaire 1 – As							
	propriétaire 2 – Assurance vie\$ Assurance maladies graves\$							
	Dans <i>la négative</i> , veuillez expliquer po							
d)	Qui répond aux questions médicales a Parent Tuteur légal Grand-		ez préciser) :					
e)	Qui signe au nom de cet enfant? Parent Tuteur légal (une preuve	de la tutelle est requise	e)					
	Prénom :		Nom de famille :					
f)	Cet enfant a-t-il des frères et sœurs? Dans <i>l'affirmative</i> , y en a-t-il parmi les Oui Non	frères et soeurs qui a un						
	Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des							
	NOM DU FRERE OU DE LA SŒUR	COMPAGNIE	TYPE D'ASSURANCE	MONIANI	ÉTAT			
	Dans <i>la négative</i> , veuillez expliquer po	ourquoi :						
Si	<b>la personne assurée</b> (âgée de 16 ans et		à temps plein					
	Nom de l'établissement d'enseigneme	•						
b)	Domaine d'études :							
c)	Date prévue de l'obtention du diplôme							
	Travaillez-vous présentement?							
,	Havaillez-vous bresenternent:		Hauve, Holli de Leim					
,	Profession:			noyeur				

<sup>\*</sup>Référez-vous à la Liste des secteurs d'activités et des professions valables (IP-LP1971FR).

# Renseignements financiers

# PERSONNE ASSURÉE

Nom	Date	e de naissance : (JJ/MM/AAAA)	
Rei	nseignements financiers personnels		
a)	Revenu annuel canadien gagné :		9
b)	Revenu annuel canadien provenant d'autres sources :		(
	Détails concernant les autres sources :		
c)	Valeur nette canadienne approximative (actifs actuels moins passifs actuels) :		<
d)	Total des actifs canadiens actuels (tels que liquidités et épargne, épargne non enregistrée, épargenregistrée, compte d'épargne libre d'impôt ou autres placements) :	jne 	
e)	Total des passifs canadiens actuels (tels que hypothèque, prêts personnels, prêt automobile, ma de crédit, frais funéraires ou autres dépenses) :	rge 	(
f)	Au cours des 5 dernières années, avez-vous déclaré une faillite personnelle ou commerciale ou plaquelle vous n'avez pas encore été libéré ou êtes-vous présentement en procédure de faillite ou proposition de consommateur?		on
	Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des détails et la date de libération, le cas échéant.		

# Renseignements sur le propriétaire LECONSEILLER DOIT VÉRIFIER L'IDENTITÉ DE TOUS LES PROPRIÉTAIRES

**8** a) La propriété de la police s'applique à toutes les couvertures. Le ou les propriétaires doivent avoir au moins 16 ans (au moins 18 ans au Québec).

PROPRIÉTAIRE 1 - PARTIC	CULIER (il faut re	mplir tou	ıs les chaı	mps)				
Nom légal								
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Lien avec la pe	ersonne a	ssurée		NAS (facultatif)			
Profession					Secteur d'activité*			
Situation d'emploi					Nom de l'employeur			
	O	BLIGATO	RE POUR I	L'ASSUR	ANCE VIE UNIVERSELLE			
Document d'identification <sup>†</sup>	Numéro du docum				expiration du document (MM/AA	AA) Autorité émettri	ce et pa	ays
† Veuillez exiger l'original d'une pièce d' et du Manitoba), permis de conduire, c *Référez-vous à la Liste des secteurs	arte de majorité, carte	de réside	nt permane	ent ou car	te-photo provinciale ou territoria		le l'Île-d	du-Prince-Édouard, de l'Ontario
Le propriétaire est-il un cito	oyen canadien o	ou un r	ésident	perma	anent (immigrant admi	s)? Oui N	lon	
Dans <i>la négative</i> , veuillez f	ournir des déta	ils sur l	e statut	:				
Propriétaire 1 – Adresse								
Adresse résidentielle actuelle (case pos	stale et livraison généi	rale non a	cceptées)					App./Bur.
Ville			Province				Code	postal
Téléphone – domicile		Cellulaire	e			Téléphone – bureau		
PROPRIÉTAIRE 2 – PARTIC	<b>CULIER</b> (il faut re	mplir tou	us les cha	mps)				
Nom légal								
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Lien avec la pe	ersonne a	ssurée		NAS (facultatif)			
Profession	<u>'</u>				Secteur d'activité*			
Situation d'emploi					Nom de l'employeur			
	O	BLIGATO	RE POUR	'ASSUR	ANCE VIE UNIVERSELLE			
Document d'identification <sup>†</sup>	Numéro du docum	nent d'ide	ntification†	Date d'	expiration du document (MM/AA	AA) Autorité émettri	ce et pa	ays
† Veuillez exiger l'original d'une pièce d' et du Manitoba), permis de conduire, c *Référez-vous à la Liste des secteurs	arte de majorité, carte	de réside	nt permane	ent ou car	te-photo provinciale ou territoria	ciale (sauf de l'Alberta, c ale.	le l'Île-d	du-Prince-Édouard, de l'Ontario
Le propriétaire est-il un cité Dans <i>la négative</i> , veuillez f	-			•	anent (immigrant admi	s)? Oui N	lon	
_	ournii des deta	iis sui i	e statut	•				
Propriétaire 2 – Adresse  Adresse résidentielle actuelle (case pos	stalo ot livraison gónó	ralo non a	ccontánci					App./Bur.
	stale et livraison gener	ale HOH a						
Ville			Province				Code	postal
Téléphone – domicile		Cellulair	e			Téléphone – bureau		

# Renseignements sur le propriétaire (suite)

### Renseignements financiers sur l'entreprise (si le propriétaire est une personne morale ou une entité)

- Pour les polices détenues par une entité ou une personne morale, veuillez remplir le Questionnaire sur l'information confidentielle des finances d'entreprise (UW-BFINQ361FR) ou fournir les états financiers.
- Pour les polices détenues par une personne morale, une entité non constituée en personne morale ou une fiducie, veuillez remplir la section PERSONNE MORALE/ENTITÉ ci-dessous. S'il s'agit d'une police d'assurance vie universelle, il faudrait également remplir le formulaire Identification de la personne morale, de l'entité non constituée en personne morale ou de la fiducie propriétaire de la police (IP-LP1747FR).

PROPRIÉTAIRE - PERSONNE	MORALE/ENTITÉ					
Dénomination sociale de la personne morale	ou de l'entité					
Lien de la personne morale ou de l'entité ave	c la personne assurée					
Nom du signataire autorisé			Titre du signataire au	utorisé		
Nom du signataire autorisé			Titre du signataire au	utorisé		
Adresse de la personne morale	ou de l'entité					
Adresse actuelle (case postale et livraison gér	nérale non acceptées)					App./Bur.
Ville	Provii	nce			Code	postal
Téléphone – bureau						
Adresse postale (Les avis et déclaration	ons seront envoyés à l'adresse d	u Propriétaire 1,	à moins qu'une autre ac	dresse ne soit indiq	uée.)	
Adresse		App./Bur.	Ville	Prov	vince	Code postal

# c) Personnes politiquement vulnérables ou dirigeants d'organisations internationales OBLIGATOIRE POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE

Une prime et(ou) une somme forfaitaire égale ou supérieure à 100 000 \$ est-elle ou sera-t-elle versée? Oui Non Dans *l'affirmative*, chaque propriétaire doit remplir le formulaire *Identification de personnes politiquement vulnérables ou de dirigeants d'une organisation internationale (<i>IP-LP1165FR*) et le soumettre avec la proposition.

#### d) Propriétaires multiples

b)

**Toutes les provinces canadiennes sauf le Québec** – La police sera établie pour tous les propriétaires avec « droit de survie » – Si un propriétaire décède alors que la police est en vigueur, ses intérêts sont transférés d'office au(x) propriétaire(s) survivant(s), à moins que l'option « Propriété en commun » ne soit sélectionnée ci-dessous.

Propriété en commun (copropriété indivise) – Si un propriétaire décède alors que la police est en vigueur, ses intérêts sont transférés à sa succession, à moins qu'il n'ait désigné un propriétaire subsidiaire.

**Province de Québec seulement** – Seule la « propriété en commun » peut être sélectionnée. Également appelée copropriété indivise, elle signifie que si un propriétaire décède alors que la police est en vigueur, ses intérêts sont transférés à sa succession. Pour l'option « droit de survie », les propriétaires doivent se désigner mutuellement comme propriétaires subrogés.

# Renseignements sur le propriétaire (suite)

## e) Propriétaire subrogé

- Police d'assurance vie ou police d'assurance vie revêtue d'un avenant d'assurance maladies graves : Si vous souhaitez que vos intérêts dans la police soient transférés à une autre personne en cas de votre décès, veuillez remplir la présente section. Si aucun propriétaire subrogé n'est désigné, la propriété est transférée à la succession du propriétaire de la police au décès de ce dernier.
- Police d'assurance maladies graves : Vous ne pouvez désigner un propriétaire subrogé que si la loi le permet dans votre province.

## PROPRIÉTAIRE SUBROGÉ POUR LE PROPRIÉTAIRE 1 - PARTICULIER

Nom du propriétaire	Nom du propriétaire subrogé (prénom et nom de famille)	Lien avec le propriétaire
Adresse actuelle du propriétaire subrogé (d	ase postale et livraison générale non acceptées)	,
	,	
PROPRIÉTAIRE SUBROGÉ PO	DUR LE PROPRIÉTAIRE 2 – PARTICULIER	
	DUR LE PROPRIÉTAIRE 2 – PARTICULIER    Nom du propriétaire subrogé (prénom et nom de famille)	Lien avec le propriétaire
		Lien avec le propriétaire
Nom du propriétaire		Lien avec le propriétaire

# Renseignements financiers

# **PROPRIÉTAIRE 1 – PARTICULIER** (si autre que la personne assurée)

	Date de naissanc		
Rer	seignements financiers personnels		
a)	Revenu annuel canadien gagné :		
b)	Revenu annuel canadien provenant d'autres sources :		
	Détails concernant les autres sources :		
c)	Valeur nette canadienne approximative (actifs actuels moins passifs actuels) :		
d)	Total des actifs canadiens actuels (tels que liquidités et épargne, épargne non enregistrée, épargne enregistrée, compte d'épargne libre d'impôt ou autres placements) :		
e)	Total des passifs canadiens actuels (tels que hypothèque, prêts personnels, prêt automobile, marge de crédit, frais funéraires ou autres dépenses) :		
f)	Au cours des 5 dernières années, avez-vous déclaré une faillite personnelle ou commerciale ou pour laquelle vous n'avez pas encore été libéré ou êtes-vous présentement en procédure de faillite ou de proposition de consommateur?	Oui	Non
	Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des détails et la date de libération, le cas échéant.		
PR	DPRIÉTAIRE 2 – PARTICULIER (si autre que la personne assurée)		
Nom	Date de naissanc	ce : (JJ/MM/AAAA)	
Nom Rer	Date de naissance	ce : (JJ/MM/AAAA)	
Rer a)	Date de naissance reseignements financiers personnels Revenu annuel canadien gagné :	ce : (JJ/MM/AAAA)	
Nom Rer	Date de naissance de la company de la compan	ce : (JJ/MM/AAAA)	
Rer a)	Date de naissance reseignements financiers personnels Revenu annuel canadien gagné :	ce : (JJ/MM/AAAA)	
Rer a)	Date de naissance de la company de la compan	ce : (JJ/MM/AAAA)	
Rer a) b)	Revenu annuel canadien gagné : Revenu annuel canadien provenant d'autres sources : Détails concernant les autres sources :	ce : (JJ/MM/AAAA)	
Rer a) b)	Revenu annuel canadien gagné : Revenu annuel canadien provenant d'autres sources : Détails concernant les autres sources :  Valeur nette canadienne approximative (actifs actuels moins passifs actuels) :  Total des actifs canadiens actuels (tels que liquidités et épargne, épargne non enregistrée, épargne	ce : (JJ/MM/AAAA)	
Rer a) b)	Revenu annuel canadien gagné : Revenu annuel canadien provenant d'autres sources : Détails concernant les autres sources :  Valeur nette canadienne approximative (actifs actuels moins passifs actuels) : Total des actifs canadiens actuels (tels que liquidités et épargne, épargne non enregistrée, épargne enregistrée, compte d'épargne libre d'impôt ou autres placements) : Total des passifs canadiens actuels (tels que hypothèque, prêts personnels, prêt automobile, marge	ce : (JJ/MM/AAAA)	Non
Rer a) b) c) d)	Revenu annuel canadien gagné : Revenu annuel canadien provenant d'autres sources : Détails concernant les autres sources :  Valeur nette canadienne approximative (actifs actuels moins passifs actuels) : Total des actifs canadiens actuels (tels que liquidités et épargne, épargne non enregistrée, épargne enregistrée, compte d'épargne libre d'impôt ou autres placements) : Total des passifs canadiens actuels (tels que hypothèque, prêts personnels, prêt automobile, marge de crédit, frais funéraires ou autres dépenses) : Au cours des 5 dernières années, avez-vous déclaré une faillite personnelle ou commerciale ou pour laquelle vous n'avez pas encore été libéré ou êtes-vous présentement en procédure de faillite ou de		Non
Rer a) b) c) d)	Date de naissance des de naissance de la cours des de proposition de consommateur?  Date de naissance de la cours des de la cours de sancée de la cours des 5 dernières années, avez-vous déclaré une faillite personnelle ou commerciale ou pour laquelle vous n'avez pas encore été libéré ou êtes-vous présentement en procédure de faillite ou de proposition de consommateur?		Non

# Déclaration de résidence aux fins de l'impôt OBLIGATOIRE POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE

Veuillez noter que faute de réponse de votre part, ivari sera tenue de signaler votre police à l'Agence du revenu du Canada (ARC) en tant qu'incident de renseignements non déclarés, conformément à la *Loi de l'impôt sur le revenu* (LIR). L'ARC pourrait également vous imposer une amende en vertu des paragraphes 281(3) et 162(6) de la LIR pour chaque omission de fournir des renseignements d'autocertification à ivari.

Nom		Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)				
 Veu	illez cocher <b>« Oui »</b> ou <b>« Non »</b> aux trois énoncés suivants. Selon v	otre situation, il se peut que vous cochiez <b>« <i>Oui »</i> à</b> plus	d'un éno			
a)	Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.		Oui No	on		
b)	Je suis résident ou un citoyen des États-Unis aux fins de l'impé	ôt	Oui N	on		
	Si vous cochez « <i>Oui</i> » à l'énoncé b), veuillez fournir votre numé	ro d'identification fiscale des États-Unis :				
	Le numéro d'identification fiscale des États-Unis, tel que défini d attribué par le gouvernement américain à un particulier ou à une d'administration des lois fiscales américaines. Il peut notamment d'identification de l'employeur (EIN) ou du numéro de sécurité se	e entité, qui est une personne américaine déterminée, t s'agir du numéro d'identification du contribuable (TIN	à des fins	S		
c)	Je suis résident d'un pays autre que le Canada ou les États-Un	is aux fins de l'impôt	Oui N	on		
	Si vous cochez <b>« Oui »</b> à l'énoncé c), veuillez indiquer le pays de	résidence aux fins de l'impôt et le numéro d'identifica	tion fiscal	e :		
	PAYS DE RÉSIDENCE FISCALE	NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE OU ÉQUIVALENT ACCEPTAE	BLE			
PRO	s'agir du numéro de sécurité sociale, du numéro d'assurance soc numéro d'identification personnel, du numéro ou code de servic d'enregistrement d'entreprise.** DPRIÉTAIRE 2 – PARTICULIER			<u>.</u>		
Nom		Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)				
Veu	euillez cocher <b>« Oui »</b> ou <b>« Non »</b> aux trois énoncés suivants. Selon votre situation, il se peut que vous cochiez <b>« Oui »</b> à plus d'un ér					
a)	Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.		Oui N	on		
b)	Je suis résident ou un citoyen des États-Unis aux fins de l'impé	ôt	Oui N	on		
	Si vous cochez <b>« Oui »</b> à l'énoncé b), veuillez fournir votre numé					
	Le numéro d'identification fiscale des États-Unis, tel que défini d attribué par le gouvernement américain à un particulier ou à une d'administration des lois fiscales américaines. Il peut notamment d'identification de l'employeur (EIN) ou du numéro de sécurité se	e entité, qui est une personne américaine déterminée, t s'agir du numéro d'identification du contribuable (TIN	à des fins	S		
c)	Je suis résident d'un pays autre que le Canada ou les États-Un	is aux fins de l'impôt	Oui N	on		
	Si vous cochez <b>« Oui »</b> à l'énoncé c), veuillez indiquer le pays de	résidence aux fins de l'impôt et le numéro d'identifica	tion fiscal	e :		
	PAYS DE RÉSIDENCE FISCALE	NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE OU ÉQUIVALENT ACCEPTAE	BLE			
	Un numéro d'identification fiscal étranger, tel que défini dans les	ı s directives de l'ARC. est une combinaison unique de le	ttres ou c	de		

Un numéro d'identification fiscal étranger, tel que défini dans les directives de l'ARC, est une combinaison unique de lettres ou de chiffres attribuée par une juridiction à un particulier ou une entité à des fins d'administration de ses lois fiscales. Il peut notamment s'agir du numéro de sécurité sociale, du numéro d'assurance social non canadien, du numéro d'identification de citoyen, du numéro d'identification personnel, du numéro ou code de service, du numéro d'enregistrement de résident ou du numéro/code d'enregistrement d'entreprise.\*\*

<sup>\*\*</sup>Pour en savoir plus, veuillez consulter la rubrique Déclaration améliorée de renseignements sur les comptes financiers sur le site de l'ARC.

# Renseignements sur le bénéficiaire

#### PERSONNE ASSURÉE

Nom	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)

Si plus d'un bénéficiaire primaire est désigné, la répartition des sommes dues se fera en parts égales, à moins d'indication contraire (cela s'applique également aux bénéficiaires subsidiaires). Toute répartition des sommes dues **DOIT** être indiquée en pourcentages et non en dollars. Le total des quotes-parts de tous les bénéficiaires primaires et de tous les bénéficiaires subsidiaires doit correspondre respectivement à 100 %.

### Bénéficiaires primaires/subsidiaires :

- Tous les bénéficiaires sont réputés primaires à moins d'indication contraire.
- Si tous les bénéficiaires primaires prédécèdent la personne assurée, les sommes dues sont payables aux bénéficiaires subsidiaires, le cas échéant, sinon au propriétaire ou à sa succession.

#### Bénéficiaires irrévocables/révocables:

- Pour les propositions signées au Québec, la désignation du conjoint (par mariage ou union civile) du propriétaire comme bénéficiaire est irrévocable, à moins d'indication contraire.
- Toutes les autres désignations de bénéficiaire au Québec, et toutes les désignations de bénéficiaire pour les polices établies ailleurs au Canada, sont révocables, à moins d'indication contraire.
- La désignation d'un bénéficiaire à titre irrévocable vous enlève une part substantielle de liberté d'action en ce qui a trait à la police. Lorsqu'un bénéficiaire irrévocable est désigné, son consentement est exigé pour les transactions touchant la police (sauf certaines exceptions au Québec).
- Si une personne mineure ou atteinte d'une incapacité légale est désignée bénéficiaire irrévocable, elle ne peut donner son consentement.

## Bénéficiaires mineurs ou atteints d'une incapacité :

Si une personne mineure ou atteinte d'une incapacité légale est désignée bénéficiaire, il est recommandé de désigner un fiduciaire pour éviter une consignation au tribunal (ne s'applique pas au Québec).

#### 9 a) **BÉNÉFICIAIRE – Assurance vie**

Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les sommes dues sont payables au propriétaire ou à sa succession, s'il est décédé.

PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE OU NOM DE L'ENTITÉ	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	PRIMAIRE OU SUBSIDIAIRE*	RÉVOCABLE OU IRRÉVOCABLE	QUOTE- PART %	LIEN AVEC LA PERSONNE ASSURÉE (AVEC LE PROPRIÉTAIRE AU QUÉBEC)
		Primaire	Révocable		
		Subsidiaire*	Irrévocable		
		Primaire	Révocable		
		Subsidiaire*	Irrévocable		
		Primaire	Révocable		
		Subsidiaire*	Irrévocable		
		Primaire	Révocable		
		Subsidiaire*	Irrévocable		

<sup>\*</sup>Une désignation de bénéficiaire subsidiaire est toujours révocable.

En cas de désignation d'une personne mineure ou atteinte d'une incapacité légale, indiquez le nom du fiduciaire et son lien avec la personne assurée (ne s'applique pas au Québec) :

### b) **BÉNÉFICIAIRE – Assurance maladies graves**

Police d'assurance maladies graves ou avenant d'assurance maladies graves revêtant une police d'assurance vie

- Le bénéficiaire sera la personne assurée à moins d'indication contraire ci-dessous.
- Si la personne assurée est mineure ou atteinte d'une incapacité légale, le bénéficiaire est le propriétaire ou sa succession, s'il est décédé.

**Nota :** Pour une police d'assurance maladies graves, vous ne pouvez désigner un bénéficiaire que si la loi dans votre province vous permet de désigner un bénéficiaire au titre de la garantie de maladie grave et(ou) la garantie de dépistage précoce :

Prénom et nom de famille		Date de naiss	ance (JJ/MM/AAAA)
Lien avec la personne assurée (avec le propriétaire au Québec)	Ré	vocable	Irrévocable
Nom du fiduciaire et son lien avec la personne assurée, le cas échéant (ne s'applique pas au Québec)			

Garantie de maladie grave – Remboursement des primes au décès :

Les sommes dues sont payables au propriétaire ou à sa succession, s'il est décédé.

# Antécédents d'assurance

<b>0</b> a)	Avez-vous de l'assuran vigueur ou à l'étude au ci-dessous	ıprès d'ivari ou d'u	ine a	autre	comp	agnie	? Dans	l'affirmativ	<b>e</b> , veui	llez ren	nplir le tab	leau	Oui	Nor
	COMPAGNIE	MONTANT D'ASSURANCE			IME IRANCE		TICULIER OU ITREPRISE	ANNÉE D'ÉTABLISSEMENT	EN VIGUFUR	À L'ÉTUDE	REMPLACEMENT	NOM DE LA NOUV	VELLE COI	MPAGNII
			VIE	MG	Al	SLD P	E	DETABLISSEMENT	VIGOZOK					
		\$												
		\$												
		\$												
		\$												
		\$												
b)	L'assurance demandée dans la présente proposition remplacera-t-elle une police ou une couverture d'ivari en vigueur?  Dans <b>l'affirmative</b> , veuillez indiquer le numéro de police												Oui	Nor
	Le propriétaire demande-t-il à ivari de ne résilier cette police ou couverture qu'à la date d'entrée en vigueur de l'assurance demandée?												Oui	Nor
	(Le paiement de la prime de la police existante est exigé jusqu'à ce que la nouvelle police entre en vigueur. L'absence de paiement donnera lieu à la déchéance ou la résiliation de la couverture d'assurance et, par conséquent, l'incapacité d'offrir une remise en vigueur.)													
c)	Avez-vous déjà eu une d'assurance maladies g d'un refus, d'une surpr	graves, d'assuranc	e soi	ins d	e long	gue du	rée ou	d'assurance	invali	dité, qu	ii a fait l'ob	jet	Oui	Nor
	Dans <i>l'affirmative</i> , veu	iillez remplir le tab	leau	ı ci-d	essou	S.								
	COMPAGNI	COMPAGNIE		DATE (N	IM/AAAA	DATE (MM/AAAA)				DÉ	ÉTAILS			
										LIAILU				
											INIES			

# Couverture du régime

# ASSURANCE DEMANDÉE POUR LA PERSONNE ASSURÉE

				Date de naissance : (JJ	/MM/AAAA)
Veuillez remplir cette section s ASSURANCE VIE UNIVERSE			-	ssurance vie universelle (ne pas remplir le	reste de la page)
Veuillez remplir cette section s		de vise une	police d'a	ssurance vie temporaire :	
Capital assuré :	\$	10 ans	20 ans	30 ans avec OPTIONS Sélect	
Avenants d'assurance tempor	aire	Capital	assuré	Garanties additionnelles	Capital as
Avenant 10 ans	_	·	\$	Assurance d'enfants	·
Avenant 20 ans			\$	Décès ou mutilation par accident	
Avenant 30 ans				Exonération des primes	
(aux termes d'une police				Exonération des primes du payeur*	
Temporaire 30 seulement)	-		\$	*Veuillez inscrire le nom du parent ou d et répondre aux questions 10 et 14 à 1	
Avenant d'assurance maladies	graves*	Р	restation		Presta
Maladies graves Temporaire 4 affections	10 -		\$	Maladies graves Temporaire 10 – 25 affections	
Maladies graves Temporaire 4 affections	20 –		\$	Maladies graves Temporaire 20 – 25 affections	
*La garantie de maladie grave ne peut dépas Veuillez remplir cette section s ASSURANCE MALADIES GI	i la deman				
Prestation:	KAVES		Ś	Garanties additionnelles	
Maladies graves Temporaire	- 10 – 4 affe	ctions		Exonération des primes	
Maladies graves Temporaire				Exonération des primes du payeur*	
Maladies graves Temporaire			ctions		
Maladies graves Temporaire	10 – 25 aff	ections		*Veuillez inscrire le nom du parent ou d et répondre aux questions 10 et 14 à 1	
Maladies graves Temporaire				et reportare aux questions 10 et 14 à 1	
Maladies graves Temporaire	jusqu'à 65	ans – 25 aff	ections		
Couverture supplémentaire		Р	restation		Presta
Maladies graves Temporaire 4 affections	10 -		\$	Maladies graves Temporaire 10 – 25 affections	
Maladies graves Temporaire 4 affections	20 –		\$	Maladies graves Temporaire 20 – 25 affections	
Maladies graves Temporaire 65 ans – 4 affections	jusqu'à		Ś	Maladies graves Temporaire jusqu'à 65 ans – 25 affections	

**Nota :** La garantie de dépistage précoce et la couverture des maladies graves infantiles ne sont prévues que dans le cadre de l'assurance maladies graves couvrant 25 affections.

établissement de la police : courante (option par défaut) – Recorpour un âge moins élevé : Personne à de la prime  de cotée : de la prime de cotée : de initiale de de rerièvement du compte bancaire in unement de la délivrance (l'assurance ar chèque payable à ivari (joint) des futures : debit préautorisé (DPA) : mensue de La date de retrait correspondra à la Si vous préférez une autre date, ve Pour les polices d'assurance vie un la date d'entrée en vigueur de la primes sont payées jusqu'à la date  Ouvrir un nouveau compte DPA  Numéro de transit  Utiliser le compte DPA déjà ratta Infos bancaires à la délivrance	\$ Mode de p \$ payable : mmédiatement à la ce provisoire n'est p  el trimestriel a date d'effet de la p uillez indiquer un jo niverselle : au mom police, un double re e du prochain débit en utilisant les coor	paiement proposé : réception de la propose sas offerte avec cette de semestriel an police. pur entre le 1er et le 28 ment du règlement, si etrait est effectué sur t préautorisé. rdonnées bancaires s' mancière	osition option) nuel seulement : i la date de retrait i r le compte du cliei	indiqu	uée est postérieure à										
ne cotée :	\$ payable: mmédiatement à la ce provisoire n'est p  el trimestriel a date d'effet de la p uillez indiquer un jo niverselle: au mom police, un double re e du prochain débit en utilisant les coor	semestriel an police.  police.  pur entre le 1er et le 28 ment du règlement, si etrait est effectué sur t préautorisé.  rdonnées bancaires s	osition option) nuel seulement : i la date de retrait i r le compte du clier uivantes :	indiqu	uée est postérieure à										
ne initiale de	\$ payable: mmédiatement à la ce provisoire n'est p  el trimestriel a date d'effet de la p uillez indiquer un jo niverselle: au mom police, un double re e du prochain débit en utilisant les coor	semestriel an police.  police.  pur entre le 1er et le 28 ment du règlement, si etrait est effectué sur t préautorisé.  rdonnées bancaires s	osition option) nuel seulement : i la date de retrait i r le compte du clier uivantes :	indiqu	uée est postérieure à										
ne initiale de	\$ payable: mmédiatement à la ce provisoire n'est p  el trimestriel a date d'effet de la p uillez indiquer un jo niverselle: au mom police, un double re e du prochain débit en utilisant les coor	semestriel an police.  police.  pur entre le 1er et le 28 ment du règlement, si etrait est effectué sur t préautorisé.  rdonnées bancaires s	osition option) nuel seulement : i la date de retrait i r le compte du clier uivantes :	indiqu	uée est postérieure à										
ar prélèvement du compte bancaire in u moment de la délivrance (l'assurance ar chèque payable à ivari (joint) nes futures :  ébit préautorisé (DPA) : mensue La date de retrait correspondra à la Si vous préférez une autre date, ver Pour les polices d'assurance vie un la date d'entrée en vigueur de la primes sont payées jusqu'à la date Ouvrir un nouveau compte DPA Numéro de transit  Utiliser le compte DPA déjà ratta	mmédiatement à la ce provisoire n'est p  el trimestriel à date d'effet de la p uillez indiquer un jo niverselle : au mom police, un double re e du prochain débit en utilisant les coor	semestriel an police. pur entre le 1 <sup>er</sup> et le 28 nent du règlement, si etrait est effectué sur t préautorisé. rdonnées bancaires s	option)  nuel  seulement :  i la date de retrait i r le compte du cliei uivantes :	nt, de											
ébit préautorisé (DPA) : mensue La date de retrait correspondra à la Si vous préférez une autre date, ve Pour les polices d'assurance vie un la date d'entrée en vigueur de la p primes sont payées jusqu'à la date Ouvrir un nouveau compte DPA  Numéro de transit  Utiliser le compte DPA déjà ratta	a date d'effet de la puillez indiquer un joniverselle : au mombolice, un double re e du prochain débit en utilisant les cool	police. our entre le 1 <sup>er</sup> et le 28 nent du règlement, si etrait est effectué sui t préautorisé. rdonnées bancaires s	3 seulement : i la date de retrait i r le compte du cliei uivantes :	nt, de											
La date de retrait correspondra à la Si vous préférez une autre date, ve Pour les polices d'assurance vie ul la date d'entrée en vigueur de la primes sont payées jusqu'à la date Ouvrir un nouveau compte DPA Numéro de transit  Utiliser le compte DPA déjà ratta	a date d'effet de la puillez indiquer un joniverselle : au mombolice, un double re e du prochain débit en utilisant les cool	police. our entre le 1 <sup>er</sup> et le 28 nent du règlement, si etrait est effectué sui t préautorisé. rdonnées bancaires s	3 seulement : i la date de retrait i r le compte du cliei uivantes :	nt, de											
Numéro de transit  Utiliser le compte DPA déjà ratta	Numéro d'institution fin	nancière		npte											
Utiliser le compte DPA déjà ratta			Numero de con	прие											
	iché à la police d'iva	Likilian la consta DDA déià mattaché à la malina d'impéro d													
Facturation directe : annuelle semestrielle trimestrielle  Pour les polices d'assurance vie universelle : Veuillez indiquer la provenance de la prime/du dépôt :															
payeur <b>n'est pas</b> la personne assurée payeur : EUR – PARTICULIER du payeur	e, le propriétaire ou	ı le bénéficiaire, veuill	ez fournir les rense	ignen	nents suivants sur le										
de naissance (JJ/MM/AAAA)		Lien avec le propriétaire													
ssion		Secteur d'activité*													
se résidentielle actuelle (case postale et livraison géne	érale non acceptées)				App./Bur.										
	Province			Code	postal										
none – domicile	Cellulaire		Téléphone – bureau												
rez-vous à la Liste des secteurs d'activités et des pro	ofessions valables (IP-I P19	71FR)													
•															
mination sociale de la personne morale ou de l'entité															
		Secteur d'activité/Industr	ie												
vec le propriétaire		Lieu d'enregistrement (si	le tiers est une personne m	orale)											
vec le propriétaire ero d'enregistrement					App./Bur.										
oro d'enregistrement	non acceptées)		Code postal												
oro d'enregistrement	non acceptées)  Province														
_	nination sociale de la personne morale ou de l'entité vec le propriétaire	vec le propriétaire	ro d'enregistrement  Lieu d'enregistrement (si  Le du siège social (case postale et livraison générale non acceptées)	ro d'enregistrement  Lieu d'enregistrement (si le tiers est une personne morale et livraison générale non acceptées)	ro d'enregistrement  Lieu d'enregistrement (si le tiers est une personne morale)  de du siège social (case postale et livraison générale non acceptées)										

# Antécédents personnels

							•
С	FE	729	M	NF	<b>ASSI</b>	ID	FF

Nom	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)
Veuillez répondre aux questions 14 a) à 14 l) pour les personnes assurées de 16 ans ou plus.	

Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser la section Remarques.

## 14 TABAC/CANNABIS/DROGUES/ALCOOL

a)	Au cours des 24 derniers mois, avez-vous fait usage de l'un ou l'autre des produits de tabac ou de nicotine suivants : cigarettes, cigarillos, cigarette électronique (e-cigarette, vapoteuse), gommes/timbres à la nicotine ou tout autre produit de désaccoutumance au tabac, tabac à priser, noix de bétel, pipe, tabac à mâcher, chicha/narguilé (pipe à eau), pipe à usage spirituel, gros et petits cigares traditionnels, ou tabac sous n'importe quelle autre forme?											
	Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez répondre aux questions suivantes :  Avez-vous fumé ou fait usage au cours des 12 derniers mois?											
	Avez-vous fumé ou fait usage au cours des 13 à 24 derniers mois?											
	PRODUIT	QUANTITÉ			FRÉQUENCE			TOUT DERN				
			par jour	par semaine	par mois	par année	usage unique					
			par jour	par jour par semaine par mois par année usage unique								
	par jour par semaine par mois par année usage uniqu											
			par jour	par semaine	par mois	par année	usage unique					

b) Au cours des 24 derniers mois, avez-vous fait usage de cannabis (marijuana) sous quelque forme que ce soit? ..... Oui Non

Dans l'affirmative, combien en consommez-vous en moyenne et sous quelle forme?

FORME			UNITÉ DE MESURE	QUANTITÉ	TOUT DERNIER USAGE (JJ/MM/AAAA)			
	par jour	par semaine	par mois	par année	usage unique			
	par jour	par semaine	par mois	par année	usage unique			
	par jour	par semaine	par mois	par année	usage unique			

c) Au cours des 10 dernières années, avez-vous fait usage de droques telles que les amphétamines (ecstasy, speed), la cocaïne, les hallucinogènes (acide, LSD), les stupéfiants, les opiacés (héroïne, morphine), les stéroïdes anabolisants ou tout autre type non mentionné précédemment, autre que le cannabis (marijuana) sous quelque forme que ce soit?

Oui Non

PRODUIT	QUANTITÉ		FRÉQUENCE						
		par jour	par semaine	par mois	par année	usage unique			
		par jour	par semaine	par mois	par année	usage unique			
		par jour	par semaine	par mois	par année	usage unique			
		par jour	par semaine	par mois	par année	usage unique			

Avez-vous déjà i	reçu, c	ou vous	a-t-on	recomma	andé de	recevoir,	du counse	elling ou	des trait	ements	pour u	ısage		
de drogues?													Oui	Non

Dans *l'affirmative*, veuillez préciser la date du traitement : (JJ/MM/AAAA)

	sition d'assurance								ivar
nté	cédents personnels (suite)								
ERSO	NNE ASSURÉE								
m						Date	de naissance : (JJ/MM/	'AAAA)	
vous	s avez besoin de plus d'espace, ve	uillez utilis	er la sec	ction Remarc	ques.				
	Consommez-vous de l'alcool, tel de Dans <i>l'affirmative</i> , combien de b	que la bière	e, le vin d	ou les liqueui	rs?			. Oui	Nor
	ТҮРЕ	UNITÉ DE MESURE	QUANTITÉ			FRÉQUENCE			
				par jour	par semaine	par mois	par année	usage uniqu	ue_
				par jour	par semaine	par mois	par année	usage uniqu	ue_
				par jour	par semaine	par mois	par année	usage uniqu	ue_
	<b>DYAGES</b> Au cours des 12 prochains mois, p voyages ne dépassant pas 6 mois							. Oui	Nor
	Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez rempl				BUT DU VOYAGE	er de romor	DURÉE DU SÉJOUR	NOMBRE DE FO	
LO	DISIRS ET SPORTS								
g)	Au cours des 12 derniers mois, av							Oui	Nam
h)	Au cours des 12 derniers mois, a façon limitative, les arts martiaux	vez-vous pi c mixtes, les	ratiqué ı s sports	un sport dan de combat, t d'une falais	igereux ou extrê le saut en ski, le	me (y comp saut à l'élas	ris, mais non de tique, le saut		Non
	extrême, la course automobile, le le saut en chute libre, le parachu	tisme, le su	ırf aériei			la motoneig			
	le saut en chute libre, le parachu le ski hors-piste ou tout autre sp 12 prochains mois?	tisme, le su ort qui sort	ırf aérie de l'ord 	inaire) ou er	nvisagez-vous de	la motoneig e le faire au	cours des	. Oui	Nor
	le saut en chute libre, le parachu le ski hors-piste ou tout autre sp	tisme, le su ort qui sort  uer l'activité varticipez pl toute autre	urf aériei de l'ord  et donn us, les li	inaire) ou er  ner autant de eux, la fréqu	ovisagez-vous de détails que possence, le type et l	la motoneige le le faire au sible, comme es caractéris	cours dese la date de stiques, les	. Oui	Non
	le saut en chute libre, le parachu le ski hors-piste ou tout autre spr 12 prochains mois? Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez indiqu début, la date de fin, si vous n'y p accidents, les blessures, ainsi que	tisme, le su ort qui sort  uer l'activité varticipez pl toute autre	urf aériei de l'ord  et donn us, les li	inaire) ou er  ner autant de eux, la fréqu	ovisagez-vous de détails que possence, le type et l	la motoneige le le faire au sible, comme es caractéris	cours dese la date de stiques, les	. Oui	Nor

Proposition d'assurance ivari
Antécédents personnels (suite)

# PERSONNE ASSURÉE Nom Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) **ANTÉCÉDENTS DE CONDUITE** i) Au cours des 2 dernières années, avez-vous commis plus d'une infraction au code de la route, notamment excès de vitesse, distraction au volant, non-respect d'un arrêt obligatoire, refus de céder le passage, nonrespect des feux de circulation, non-port de la ceinture de sécurité, accident responsable mineur ou toute Oui Non Si vous avez répondu par *l'affirmative*, veuillez remplir le tableau suivant : INFRACTION DATE (JJ/MM/AAAA) DÉTAILS Au cours des 10 dernières années, avez-vous commis des infractions au code de la route, notamment refus de se soumettre à un alcootest, conduite en état d'ébriété (consommation d'alcool ou de droques), suspension de permis de conduire, conduite avec un permis suspendu, accident responsable majeur ou toute autre infraction majeure non mentionnée? ..... Oui Non Si vous avez répondu par l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant : INFRACTION DATE (JJ/MM/AAAA) **DÉTAILS** k) Au cours des 5 dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué?..... Oui Non Si vous avez répondu par l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant : INFRACTION DATE (JJ/MM/AAAA) DÉTAILS ANTÉCÉDENTS D'INFRACTIONS Au cours des 10 dernières années, avez-vous été condamné pour un acte criminel ou des opérations financières frauduleuses pour lesquels vous n'avez pas été gracié ou acquitté, ou faites-vous l'objet d'accusations en instance? ..... Oui Non Si vous avez répondu par *l'affirmative*, veuillez remplir le tableau suivant : DATE (JJ/MM/AAAA) STATUT DURÉE RAISON

# Antécédents médicaux

							•
С	FE	729	M	NF	<b>ASSI</b>	ID	FF

Non	1							Date de naissance : (JJ/MM/AAAA	)	
cor géi	nple nétic	ets. <b>ÉVITEZ</b> de fournir	ou de divulguer	des renseigneme	nts sur tout	test géné	étique que voi	ivari des renseignement us avez subi ou prévoye. fournir les renseigneme	z subir. L	In test
		s personnes assurée avez besoin de plus	•	•	•					
15	a)	Taille : p Au cours des 12 derr	niers mois, avez-v	ous perdu plus d	e 10 lb (5 kg	)			Oui	Non
		Dans <i>l'affirmative</i> , i	Perte de poids i) Raison : R	: lb ou Régime alimentair	kg e/Exercice	Trou	ıble médical			
	b)							de soins de santé? ment de soins de santé		Non
		Nom du médecin/de	e la clinique :							
		Adresse :								
		Date de la dernière d (Si inconnu, laisser e				•				
		Raison de la consulta	ation :							
		Résultats de la consu								
			és?			· • • • • • • • •			Oui	Non
		Dans <b>l'affirmative</b> , v	euillez fournir de	s détails :						

# État de santé

# PERSONNE ASSURÉE

ypertension artérielle: Avez-vous eu, avez-vous été informé ou avez-vous reçu un traitement pour pypertension artérielle?  ans l'affirmative, veuillez fournir des détails:  Date du diagnostic: (MM/AAAA)  Traitement: Régime alimentaire Exercice  Nom des médicaments et posologie:  Vos médicaments ou la posologie ont-ils changé au cours des 6 derniers mois?  Est-ce que la dernière lecture a été déclarée normale?  À quelle fréquence consultez-vous un médecin pour votre trouble médical?  Mensuellement Annuellement À l'occasion Jamais  Présentez-vous des symptômes, des complications ou êtes-vous en arrêt de travail ou en invalidité en raison de votre trouble médical?  Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails (essoufflement, toux chronique, fatigue chronique, faiblesse, re mobilité, engourdissement ou picotement, perte de la parole, perte de mémoire, problème de vision, grosseu étourdissements, douleurs abdominales, douleurs thoraciques ou autres symptômes).		
Date du diagnostic : (MM/AAAA)  Traitement : Régime alimentaire Exercice  Nom des médicaments et posologie :  Vos médicaments ou la posologie ont-ils changé au cours des 6 derniers mois?	Oui Oui	Nor Nor de la
Traitement : Régime alimentaire Exercice  Nom des médicaments et posologie :  Vos médicaments ou la posologie ont-ils changé au cours des 6 derniers mois?  Est-ce que la dernière lecture a été déclarée normale?  À quelle fréquence consultez-vous un médecin pour votre trouble médical?  Mensuellement Annuellement À l'occasion Jamais  Présentez-vous des symptômes, des complications ou êtes-vous en arrêt de travail ou en invalidité en raison de votre trouble médical?  Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des détails (essoufflement, toux chronique, fatigue chronique, faiblesse, re mobilité, engourdissement ou picotement, perte de la parole, perte de mémoire, problème de vision, grosseu	Oui Oui	Nor Nor de la
Nom des médicaments et posologie :  Vos médicaments ou la posologie ont-ils changé au cours des 6 derniers mois?	Oui Oui	Nor Nor de la
Vos médicaments ou la posologie ont-ils changé au cours des 6 derniers mois?  Est-ce que la dernière lecture a été déclarée normale?  À quelle fréquence consultez-vous un médecin pour votre trouble médical?  Mensuellement Annuellement À l'occasion Jamais  Présentez-vous des symptômes, des complications ou êtes-vous en arrêt de travail ou en invalidité en raison de votre trouble médical?  Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des détails (essoufflement, toux chronique, fatigue chronique, faiblesse, re mobilité, engourdissement ou picotement, perte de la parole, perte de mémoire, problème de vision, grosseu	Oui Oui	Nor Nor de la
Est-ce que la dernière lecture a été déclarée normale?  À quelle fréquence consultez-vous un médecin pour votre trouble médical?  Mensuellement Annuellement À l'occasion Jamais  Présentez-vous des symptômes, des complications ou êtes-vous en arrêt de travail ou en invalidité en raison de votre trouble médical?  Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des détails (essoufflement, toux chronique, fatigue chronique, faiblesse, re mobilité, engourdissement ou picotement, perte de la parole, perte de mémoire, problème de vision, grosseu	Oui Oui	Nor Nor de la
À quelle fréquence consultez-vous un médecin pour votre trouble médical?  Mensuellement Annuellement À l'occasion Jamais  Présentez-vous des symptômes, des complications ou êtes-vous en arrêt de travail ou en invalidité en raison de votre trouble médical?  Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des détails (essoufflement, toux chronique, fatigue chronique, faiblesse, re mobilité, engourdissement ou picotement, perte de la parole, perte de mémoire, problème de vision, grosseu	Oui estriction	Nor de la
Mensuellement Annuellement À l'occasion Jamais  Présentez-vous des symptômes, des complications ou êtes-vous en arrêt de travail ou en invalidité en raison de votre trouble médical?  Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des détails (essoufflement, toux chronique, fatigue chronique, faiblesse, re mobilité, engourdissement ou picotement, perte de la parole, perte de mémoire, problème de vision, grosseu	striction	de la
raison de votre trouble médical?	striction	de la
Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des détails (essoufflement, toux chronique, fatigue chronique, faiblesse, re mobilité, engourdissement ou picotement, perte de la parole, perte de mémoire, problème de vision, grosseu	striction	de la
mobilité, engourdissement ou picotement, perte de la parole, perte de mémoire, problème de vision, grosseu		
nolestérol : Avez-vous eu, avez-vous été informé ou avez-vous reçu un traitement pour le cholestérol?	Oui	Nor
ans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des détails :		
Date du diagnostic : (MM/AAAA)		
Traitement : Régime alimentaire Exercice		
Nom des médicaments et posologie :		
Vos médicaments ou la posologie ont-ils changé au cours des 6 derniers mois?	Oui	Nor
Est-ce que la dernière lecture a été déclarée normale?	Oui	Nor
À quelle fréquence consultez-vous un médecin pour votre trouble médical?  Mensuellement À l'occasion Jamais		
Présentez-vous des symptômes, des complications ou êtes-vous en arrêt de travail ou en invalidité en raison de votre trouble médical?	Oui	Nor
	Traitement : Régime alimentaire Exercice  Nom des médicaments et posologie :  Vos médicaments ou la posologie ont-ils changé au cours des 6 derniers mois?  Est-ce que la dernière lecture a été déclarée normale?  À quelle fréquence consultez-vous un médecin pour votre trouble médical?  Mensuellement Annuellement À l'occasion Jamais  Présentez-vous des symptômes, des complications ou êtes-vous en arrêt de travail ou en invalidité en raison de votre trouble médical?  Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des détails (essoufflement, toux chronique, fatigue chronique, faiblesse, re	Traitement : Régime alimentaire Exercice  Nom des médicaments et posologie :  Vos médicaments ou la posologie ont-ils changé au cours des 6 derniers mois?

## État de santé (suite)

### **PERSONNE ASSURÉE**

Nom

Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)

c) Maladie cardiaque: Avez-vous eu, avez-vous été informé ou avez-vous reçu un traitement pour crise cardiaque, angine, coronaropathie, rythme cardiaque irrégulier, palpitations, arythmie, souffle cardiaque, maladie valvulaire, maladie vasculaire périphérique, maladie cérébrovasculaire, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire, anévrisme, caillot sanguin, thrombose, cardiomyopathie, stimulateur cardiaque, toute autre maladie ou tout autre trouble du coeur, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire?

Oui Non

Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases pertinentes et remplir le *Questionnaire complémentaire sur l'état de santé* (LP-HS2126FR) pour chaque trouble médical :

Crise cardiaque Angine de poitrine Coronaropathie Rythme cardiaque irrégulier
Arythmie Souffle cardiaque Maladie valvulaire Maladie vasculaire périphérique

AVC Caillot sanguin Maladie cérébrovasculaire Stimulateur cardiaque
Palpitations Anévrisme Cardiomyopathie Accident ischémique transitoire

Toute autre maladie ou tout autre trouble du cœur, des vaisseaux sanguins ou du système circulatoire

d) **Cancer:** Avez-vous eu, avez-vous été informé ou avez-vous reçu un traitement pour un cancer de la prostate, du sein, du côlon, des reins, du poumon, du foie, des ovaires, du pancréas, de la peau, de la thyroïde, de l'utérus, de la vessie, une leucémie, un mélanome, un lymphome hodgkinien ou non hodgkinien, ou tout autre cancer?

Oui Non

Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases pertinentes et remplir le *Questionnaire complémentaire sur l'état de santé* (LP-HS2126FR) pour chaque trouble médical :

Prostate Sein Côlon Reins Poumon Foie Ovaires Pancréas Peau Thyroïde

Utérus Vessie Leucémie Mélanome Tout autre cancer

Lymphome hodgkinien ou non hodgkinien

Oui Non

Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases pertinentes et remplir le *Questionnaire complémentaire sur l'état de santé* (LP-HS2126FR) pour chaque trouble médical :

TesticulesSeinCôlonReinsPoumonFoieOvairesPancréasPeauThyroïde

Utérus Vessie Col de l'utérus Autre croissance bénigne ou non cancéreuse

**État de santé** (suite) **PERSONNE ASSURÉE** Nom Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) f) Diabète: Avez-vous eu, avez-vous été informé ou avez-vous reçu un traitement pour diabète de type 1 ou 2, intolérance au glucose, prédiabète, hyperglycémie, diabète gestationnel ou tout autre type de diabète? . . . . . Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails : i. Quelle description correspond à votre trouble médical actuel? Type 1 (diabète juvénile ou insulinodépendant) Type 2 (adulte) Actuellement : Êtes-vous actuellement enceinte?..... Diabète gestationnel: Antécédents ou Oui Non Intolérance au glucose ou prédiabète Type de diabète inconnu ou autre ii. Date du diagnosic : (MM/AAAA) iii. Type de traitement pour votre diabète : Régime alimentaire Médicaments par voie orale Insuline Aucun Oui Non Dans *l'affirmative*, veuillez indiquer la date de votre dernière hospitalisation : (MM/AAAA) Dans *l'affirmative*, veuillez indiquer la durée : v. Présentez-vous des symptômes, des complications ou êtes-vous en arrêt de travail ou en invalidité en raison de votre trouble médical?..... Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails (essoufflement, toux chronique, fatique chronique, faiblesse, restriction de la

mobilité, engourdissement ou picotement, perte de la parole, perte de mémoire, problème de vision, grosseur/gonflement,

étourdissements, douleurs abdominales, douleurs thoraciques ou autres symptômes).

# **État de santé** (suite) PERSONNE ASSURÉE Nom Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) q) Trouble thyroïdien: Avez-vous eu, avez-vous été informé ou avez-vous reçu un traitement pour un Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails : Êtes-vous au courant du diagnostic qui a été posé?..... Oui Non Autre Dans *l'affirmative* : Hypothyroïdie Hyperthyroïdie Goitre ii. Date du diagnostic : (MM/AAAA) iii. Avez-vous suivi un traitement, pris des médicaments, subi une intervention chirurgicale ou fait l'objet Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails, tels que la date, la chirurgie, la lésion excisée, les médicaments, la posologie, la durée, la fréquence, le suivi ou toute autre enquête : Oui Non Dans *la négative*, veuillez fournir des détails : v. Le trouble médical est-il sous contrôle? Oui Non Dans *l'affirmative*, depuis quand? (MM/AAAA) Dans *la négative*, veuillez fournir des détails sur votre trouble médical : Oui Non Dans *l'affirmative*, veuillez indiquer la date de votre dernière hospitalisation : (MM/AAAA) Dans *l'affirmative*, veuillez indiquer la durée :

vii. Présentez-vous des symptômes, des complications ou êtes-vous en arrêt de travail ou en invalidité en

étourdissements, douleurs abdominales, douleurs thoraciques ou autres symptômes).

Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails (essoufflement, toux chronique, fatigue chronique, faiblesse, restriction de la mobilité, engourdissement ou picotement, perte de la parole, perte de mémoire, problème de vision, grosseur/gonflement,

Oui

Non

Llal	ue s	santé (suite)					
ERSC	NNC	E ASSURÉE					
om					Date de naissance : (JJ/MM/AAA/	4)	
h)		ouble de l'anémie : Avez-vous eu traitement pour l'anémie?				Oui	Non
	Da	ns <b>l'affirmative</b> , veuillez fournir d	des détails :				
	i.	Votre trouble médical :					
	ii.	Date du diagnostic : (MM/AAAA)					
	iii.	Avez-vous suivi un traitement, p d'une enquête pour votre troub				Oui	Non
		Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez four ou toute autre enquête :	nir des détails, tels que la	date, les médicaments, l	a posologie, la durée, la fré	quence,	le suivi
	iv.	Avez-vous été hospitalisé en rai	son de ce trouble médica	al?		Oui	Non
		Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez indic					
		Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez indic				_	
	V.	Êtes-vous entièrement rétabli d				Oui	Non
	Dans <i>l'affirmative</i> , depuis quand? (MM/AAAA)						
		Dans <i>la négative</i> , veuillez fourn	ir des détails sur votre tro	ouble médical :			
	vi.	Présentez-vous des symptômes raison de votre trouble médical?				Oui	Non
		Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez four mobilité, engourdissement ou p étourdissements, douleurs abdo	icotement, perte de la pa	role, perte de mémoire,	problème de vision, grosse		
i)	reç thr ma Da <i>(LF</i>	tres troubles sanguins, glandula cu un traitement pour une hémoc combocytopénique idiopathique, aladie du sang, des glandes ou du ns l'affirmative, veuillez cocher le P-HS2126FR) pour chaque trouble	hromatose, une anomalion une hémophilie, une ané u système endocrinien? es cases pertinentes et re le médical:	e de la coagulation, une te emie à hématies falciform emplir le <b>Questionnaire c</b>	chalassémie, un purpura les ou toute autre omplémentaire sur l'état d	Oui <b>'e santé</b>	Non
		Anomalie de la coagulation Hémochromatose Autre maladie du sang, des gland	Thalassémie Hémophilie des ou du système endoc	Anémie à hématie	pénique idiopathique es falciformes		
j)	dé un ou Da	puble de santé mentale : Avez-vo pression, un trouble de l'humeur, trouble de l'alimentation, la schiz tout autre trouble mental, nerve ns <b>l'affirmative</b> , veuillez cocher le	l'anxiété, un trouble d'ar cophrénie, une psychose, ux ou de l'humeur? es cases pertinentes et re	nxiété généralisée, le stre des idées suicidaires ou	ss, un trouble bipolaire, des tentatives de suicide,	Oui <b>le santé</b>	Non
		P-HS2126FR) pour chaque troub					
		Trouble de l'humeur Trouble bipolaire	Dépression Trouble d'appliété de		nxiété		
		Trouble bipolaire Schizophrénie	Trouble d'anxiété ge Tentatives de suicid		ychose ress		
		Trouble de l'alimentation	Pensées ou des idé				

Tout autre trouble mental, nerveux ou de l'humeur

État	e santé (suite)		
PERSO	NNE ASSURÉE		
Nom	Date de naissance : (JJ/MM/AA	AA)	
k)	Trouble déficitaire de l'attention : Avez-vous eu, avez-vous été informé ou avez-vous reçu un traitement pour un trouble déficitaire de l'attention (TDA), un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) ou tout autre trouble déficitaire de l'attention?  Dans l'affirmative, veuillez cocher les cases pertinentes et remplir le Questionnaire complémentaire sur l'état (LP-HS2126FR) pour chaque trouble médical :	Oui	Non
	Trouble déficitaire de l'attention (TDA)  Tout autre trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)  Tout autre trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH)	I	
l)	Asthme: Avez-vous eu, avez-vous été informé ou avez-vous reçu un traitement pour l'asthme? i. Date du diagnostic : (MM/AAAA)	Oui	Non
	ii. Quelle est la fréquence de vos symptômes? Chaque jour Chaque semaine Chaque mois iii. Date de la dernière crise ou des derniers symptômes : (MM/AAAA) iv. Veuillez fournir le nom et la posologie des médicaments :	À l'occasior	
	v. Avez-vous passé des examens ou des tests pour votre trouble médical?		Non
	vi. Avez-vous été hospitalisé en raison de ce trouble médical?	Oui —	Non
	vii. Présentez-vous des symptômes, des complications ou êtes-vous en arrêt de travail ou en invalidité en raison de votre trouble médical?		
m)	Yeux, oreilles, nez, gorge, poumons ou système respiratoire: Avez-vous eu, avez-vous été informé ou avez-vous reçu un traitement pour apnée du sommeil, cécité ou cécité partielle, glaucome, surdité ou surdité partielle, acouphènes, tuberculose, pneumothorax, pneumonie, sarcoïdose, maladie pulmonaire kystique, abcès pulmonaire, bronchectasie, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) ou toute autre maladie ou tout autre trouble des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge, des poumons ou du système respiratoire?  Dans l'affirmative, veuillez cocher les cases pertinentes et remplir le Questionnaire complémentaire sur l'état (LP-HS2126FR) pour chaque trouble médical:	Oui <b>de santé</b>	Non

Apnée du sommeil

Pneumothorax (affaissement des poumons)

Abcès pulmonaire

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO)

Sarcoïdose

Cécité ou cécité partielle

Maladie pulmonaire kystique

Surdité ou surdité partielle

Bronchectasie

Autre maladie ou trouble des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge, des poumons ou du système respiratoire

## État de santé (suite)

### PERSONNE ASSURÉE

Nom Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)

Oui Non

Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases pertinentes et remplir le *Questionnaire complémentaire sur l'état de santé* (LP-HS2126FR) pour chaque trouble médical :

Mal de dos Blessure au dos Arthrite
Hernie discale Scoliose Goutte
Fracture Autre trouble du dos, des muscles ou des os

o) **Trouble gastro-intestinal ou hépatique :** Avez-vous eu, avez-vous été informé ou avez-vous reçu un traitement pour colite ulcéreuse, maladie de Crohn, pancréatite, hépatite, stéatose hépatique, maladie du foie, cirrhose, oesophage de Barrett, maladie coeliaque, hémorragie gastro-intestinale ou tout autre trouble gastro-intestinal ou hépatique?

Oui Non

Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases pertinentes et remplir le *Questionnaire complémentaire sur l'état de santé* (LP-HS2126FR) pour chaque trouble médical :

Colites ulcéreuses Maladie de Crohn Pancréatite Maladie hépatique alcoolique Hépatite Stéatose hépatique Maladie coeliaque Maladie hépatique non alcoolique

Cirrhose Oesophage de Barrett Saignement gastro-intestinal

Autre trouble gastro-intestinal ou hépatique

p) Reins, vessie et organes génitaux: Avez-vous eu, avez-vous été informé ou avez-vous reçu un traitement pour insuffisance rénale, maladie rénale chronique, polykystose rénale, néphrite, calcul rénal, infection des voies urinaires, anomalie dans l'urine, maladie sexuellement transmissible, problème/trouble des organes génitaux féminins, test PAP anormal, problème/trouble des organes génitaux masculins, taux anormal d'antigène prostatique spécifique (PSA), prostatite ou toute autre maladie ou tout autre trouble des reins, de la vessie ou des organes génitaux?

Oui Non

Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases pertinentes et remplir le *Questionnaire complémentaire sur l'état de santé* (LP-HS2126FR) pour chaque trouble médical :

Calcul rénal Insuffisance rénale Néphrite Infection des voies urinaires (IVU)

Polykystose rénale Vessie Test PAP anormal Prostatite Anomalie dans l'urine (sang, protéines ou autres) Maladie sexuellement transmissible

Problème ou trouble des organes génitaux féminins Problèmes/troubles des organes génitaux masculins

Taux anormal d'antigène prostatique spécifique (APS)

Autre maladie ou trouble des reins, de la vessie ou des organes génitaux

q) Affection neurologique et troubles cérébraux: Avez-vous eu, avez-vous été informé ou avez-vous reçu un traitement pour maladie d'Alzheimer, trouble du spectre de l'autisme, paralysie cérébrale, épilepsie, convulsions, trouble cognitif ou du développement, syndrome de Down (syndrome de la trisomie 21), sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maux de tête chroniques, traumatismes crâniens ou cérébraux, dystrophie musculaire, méningite, paralysie, névrite, neuropathie, maladie des motoneurones, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig) ou toute autre maladie ou tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux?

Oui Non

Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases pertinentes et remplir le *Questionnaire complémentaire sur l'état de santé* (LP-HS2126FR) pour chaque trouble médical :

Épilepsie Maladie d'Alzheimer Trouble du spectre de l'autisme Paralysie cérébrale Trouble cognitif ou du développement Dystrophie musculaire Sclérose en plaques **Paralysie** Traumatismes crâniens ou cérébraux Maladie des motoneurones Méningite Convulsions Neuropathie Maux de tête chroniques Maladie de Parkinson Névrite

Syndrome de Down (syndrome de la trisomie 21)

Sclérose latérale amyotrophique (SLA, ou maladie de Lou Gehrig) Autre maladie ou trouble du cerveau ou du système nerveux

PROPOSITION N° 23 LP257FR 4/25

**Proposition d'assurance** ivari **État de santé** (suite) PERSONNE ASSURÉE Nom Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) r) Système immunitaire: Avez-vous eu, avez-vous été informé ou avez-vous reçu un traitement pour lupus, virus de l'immunodéficience humaine (VIH), syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), résultats de tests indiquant une exposition au VIH, sclérodermie ou toute autre maladie ou tout autre trouble du Oui Non Dans l'affirmative, veuillez cocher les cases pertinentes et remplir le Questionnaire complémentaire sur l'état de santé (LP-HS2126FR) pour chaque trouble médical: Virus de l'immunodéficience humaine (VIH) Lupus Résultats de tests indiquant une exposition au virus VIH Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) Autre maladie ou trouble du système immunitaire Sclérodermie s) Prenez-vous des médicaments (à l'exclusion des vitamines, des suppléments et des contraceptifs) qui n'ont Oui Non Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant : MÉDECIN PRESCRIPTEUR, SI AUTRE QUE LE MÉDECIN DE FAMILLE POSOLOGIE MÉDICAMENT RAISON (NOM/ADRESSE/TÉLÉPHONE) Faites-vous l'objet d'une enquête médicale, êtes-vous en attente de résultats de tests ou vous a-t-on conseillé de subir un test diagnostique qui n'a pas encore été effectué ou dont vous n'avez pas encore reçu Oui Non Dans *l'affirmative*, veuillez fournir des détails : u) Au cours des 3 dernières années, avez-vous subi un test diagnostique tel qu'une échographie, une radiographie, une mammographie, une imagerie par résonance magnétique (IRM), une analyse de sang ou d'urine, une scanographie, une biopsie, un électrocardiogramme (ECG) ou tout autre test diagnostique? Veuillez ne pas inclure les tests effectués dans le cadre de programmes de dépistage gouvernementaux, les Oui Non Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant : DÉTAILS (DIAGNOSTIQUE, TRAITEMENT, MÉDICAMENTS, PARTIE DU CORPS TEST DIAGNOSTIQUE DATE (JJ/MM/AAAA) (ESTOMAC, GENOU, CERVEAU, ETC.) COMPLICATIONS, SUVI, ETC.)

**Proposition d'assurance** ivari **État de santé** (suite) PERSONNE ASSURÉE Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) Nom v) Présentez-vous des symptômes, des douleurs ou des problèmes, comme des douleurs abdominales, des faiblesses, des étourdissements, une fatigue ou des douleurs non spécifiées, ou des problèmes connexes, Oui Non Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant : PREMIÈRE APPARITION **DERNIÈRE APPARITION SYMPTÔMES** AUTRE DÉTAILS/TRAITEMENT (JJ/MM/AAAA) (JJ/MM/AAAA) w) Prévoyez-vous consulter un médecin ou un autre professionnel de la santé dans un avenir rapproché? . . . . . . Oui Non Dans *l'affirmative*, veuillez fournir des détails : x) Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez une maladie, une affection, une anomalie ou un trouble héréditaire qui n'a pas déjà été mentionné? ..... Oui Non Dans *l'affirmative*, veuillez fournir des détails : \_\_\_\_\_\_

y) Consultez-vous ou devez-vous consulter un médecin autre que ceux déjà mentionnés ou autre que votre

Dans *l'affirmative*, veuillez fournir des détails :

médecin de famille, une clinique ou un établissement de soins de santé qui ont déjà été indiqués? .....

Oui

Non

# Antécédents familiaux

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau suivant :

MEMBRE DE LA FAMILLE	MALADIE/TROUBLE	ÂGE AU DÉBUT DE LA MALADIE/DU TROUBLE	ÂGE SI VIVANT	ÂGE AU DÉCÈS	CAUSE DU DÉCÈS

# Avenant d'assurance d'enfants

NSTRUCTIONS Veuillez remplir cette section dans le cas d'une demande d'avenant d'assurance d'enfants pour un enfant âgé de 15 jours à 18 ans.

a)	Nom de l'enfant (prénom, nom de famille) : Sexe : Masculin Fém	ıinin
,	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) Taille : pi/po / cm Poids : lb / kg	
	Nom et adresse du médecin de famille :	
	Date de la dernière consultation chez votre médecin ou dans la clinique ou l'établissement de soins de santé (Si inconnu, laisser en blanc) : (MM/AAAA)	
	Raison de la consultation :	
	Résultats de la consultation :	
	Des suivis, une investigation ou une consultation auprès d'un autre professionnel ou spécialiste de la santé sont-ils recommandés?  Oui No	on
	Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des détails :	
b)	Nom de l'enfant (prénom, nom de famille) : Sexe : Masculin Fém	 inin
	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) Taille : pi/po / cm Poids : lb / kg	
	Nom et adresse du médecin de famille :	
	Date de la dernière consultation chez votre médecin ou dans la clinique ou l'établissement de soins de santé (Si inconnu, laisser en blanc) : (MM/AAAA)	
	Raison de la consultation :	
	Résultats de la consultation :	
	Des suivis, une investigation ou une consultation auprès d'un autre professionnel ou spécialiste de la santé sont-ils recommandés?  Oui No	on
	Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des détails :	
	Nom de l'enfant (prénom, nom de famille) : Sexe : Masculin Fém	ninin
	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) Taille : pi/po / cm Poids : lb / kg	
	Nom et adresse du médecin de famille :	
	Date de la dernière consultation chez votre médecin ou dans la clinique ou l'établissement de soins de santé (Si inconnu, laisser en blanc) : [MM/AAAA]	
	Raison de la consultation :	
	Résultats de la consultation :  Des suivis, une investigation ou une consultation auprès d'un autre professionnel ou spécialiste de la santé sont-ils recommandés?  Oui No	 on
	Résultats de la consultation :	on
d)	Résultats de la consultation :	
d)	Résultats de la consultation :	
d)	Résultats de la consultation :	
 d)	Résultats de la consultation :  Des suivis, une investigation ou une consultation auprès d'un autre professionnel ou spécialiste de la santé sont-ils recommandés?  Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails :  Nom de l'enfant (prénom, nom de famille) :  Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) Taille : pi/po / cm Poids : lb / kg	
<u>d</u> )	Résultats de la consultation :	
d)	Résultats de la consultation : Des suivis, une investigation ou une consultation auprès d'un autre professionnel ou spécialiste de la santé sont-ils recommandés? Oui No Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fournir des détails : Sexe : Masculin Fém Date de naissance : Taille : pi/po / cm Poids : lb / kg  Nom et adresse du médecin de famille : pate de la dernière consultation chez votre médecin ou dans la clinique ou l'établissement de soins de santé	
<u>d</u> )	Résultats de la consultation :  Des suivis, une investigation ou une consultation auprès d'un autre professionnel ou spécialiste de la santé sont-ils recommandés?  Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails :  Nom de l'enfant (prénom, nom de famille) :  Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)  Taille :  Date de la dernière consultation chez votre médecin ou dans la clinique ou l'établissement de soins de santé (Si inconnu, laisser en blanc) : (MM/AAAA)  Raison de la consultation :	ninin

ivari

# **Proposition d'assurance** Avenant d'assurance d'enfants (suite) S'applique aux enfants nommés à la section 18. Si vous répondez par l'affirmative à l'une des questions suivantes, veuillez préciser le nom de l'enfant et fournir des détails additionnels à la section Remarques. OUI NON OUI NON OUI NON OUI NON Y a-t-il déjà eu une assurance vie ou maladies graves refusée, reportée, offerte sous réserve de 20 L'enfant a-t-il déjà souffert d'une maladie, d'une déficience ou d'une blessure qui a nécessité un traitement, une chirurgie ou une hospitalisation?..... **21** L'enfant est-il né prématurément? Dans *l'affirmative*, veuillez indiquer le poids dans la section Remarques..... 22 L'enfant a-t-il consulté ou été traité par un médecin ou autre praticien pour une maladie du cœur, un cancer, une déficience mentale, le syndrome d'immunodéficience acquise ou a-t-il déjà reçu un résultat positif au test de dépistage du VIH ou présenté un retard du développement physique ou mental, qu'il s'agisse d'un trouble connu ou soupçonné? ..... 23 A-t-on déjà prescrit des médicaments ou conseillé de suivre un traitement ou de subir un test diagnostique à l'enfant, que cela ait été fait ou non?...... 24 L'enfant est-il un enfant non légal ou un enfant de la ou des personnes assurées dont l'adoption Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des détails.

# Remarques

Détails des réponses affirmatives. Veuillez annexer le ou les questionnaires pertinents dûment remplis, s'il y a lieu.

QUESTION N°	NOM DE LA PERSONNE ASSURÉE	DÉTAILS (dates, diagnostics, résultats des examens, noms des conseillers médicaux et des établissements médicaux et traitements.)

## Avis relatif à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels (Avis de confidentialité)

La politique d'ivari sur la protection de la vie privée, que vous pouvez consulter sur **ivari.ca**, décrit la façon dont nous traitons vos renseignements personnels, en votre qualité de **payeur.** Elle énonce également vos droits et les choix qui vous sont offerts.

#### ivari utilise vos renseignements personnels aux fins suivantes :

- La vérification de votre identité.
- L'administration de votre police et la prestation des services y afférents.
- La gestion des opérations commerciales nous permettant d'assurer le service de votre police.
- La conduite d'enquêtes et l'analyse des demandes de règlement.
- Le respect de nos obligations juridiques et réglementaires (telles que les déclarations fiscales et la conformité aux lois contre le blanchiment d'argent et le financement des activités terroristes, aux lois prudentielles et aux pratiques commerciales) et/ou de toute ordonnance juridique ou réglementaire (par exemple, une ordonnance d'un tribunal ou une citation à comparaître) à l'encontre d'ivari.

Le cas échéant, ivari peut communiquer vos renseignements personnels à des tiers de confiance, y compris les prestataires dont les services sont retenus pour l'aider à administrer ses polices, votre institution financière, votre conseiller en assurance indépendant et ses associés de soutien.

Il est possible que vos renseignements personnels soient transférés, conservés ou traités en dehors de votre juridiction et que les autorités de ces juridictions puissent y avoir accès.

Dans certains cas, vous avez le **droit de retirer votre consentement** à l'utilisation et à la communication de vos renseignements personnels. Vous avez également le **droit de consulter et de corriger** les renseignements que nous détenons à votre sujet, et **d'obtenir des informations sur toute décision entièrement automatisée** que nous prenons en utilisant vos renseignements. Vous pouvez envoyer votre demande écrite par la poste au **Responsable de la protection de la vie privée, ivari, 200-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7E9, ou par courriel à privacyoffice@ivari.ca**.

Vous pouvez consulter l'intégralité de notre politique sur la protection de la vie privée sur ivari.ca. Assurez-vous de la lire attentivement pour bien comprendre son contenu. Veuillez noter que nous pouvons mettre à jour cette politique de temps à autre.

#### CONSENTEMENT REQUIS POUR CETTE PROPOSITION ET POUR LA POLICE

Les autorisations suivantes sont nécessaires lors de la soumission de cette proposition à ivari :

- 1. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels, tel qu'il est décrit dans l'avis de confidentialité et dans la politique d'ivari sur la protection de la vie privée affichée sur ivari.ca.
- 2. J'autorise ivari à recueillir mes renseignements personnels auprès de tiers aux fins décrites dans sa politique sur la protection de la vie privée et conformément à celle-ci.

Signature du <b>payeur</b>		

### **AUTORISATION DU CLIENT RELATIVE AUX DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)**

J'autorise ivari à effectuer des prélèvements automatiques de mon compte bancaire auprès de l'institution financière identifiée dans la présente proposition, ou comme indiqué dans toute autre communication de ma part, pour l'entente d'assurance provisoire (si demandée) et les primes d'assurance qui sont dues à partir de la date de signature de la présente autorisation. Les montants prélevés peuvent varier en fonction des dispositions de mon contrat d'assurance, y compris à l'égard des primes de renouvellement et de transformation ou tel que l'exige l'administration de ma police.

Je renonce au préavis de 10 jours avant l'augmentation ou la diminution du montant du prélèvement ou le changement de la date à laquelle il est effectué.

Si la banque ou l'institution financière n'honore pas un prélèvement à la première présentation, ivari peut faire une deuxième tentative dans les 5 jours qui suivent. Elle se réserve toutefois le droit d'exiger un autre mode de paiement si le prélèvement n'est toujours pas effectué. Tous les prélèvements automatiques uniques seront traités comme des retraits personnels, tels qu'ils sont définis dans la Règle H-1 de l'Association canadiennes des paiements.

Cette entente peut être résiliée en tout temps par moi ou ivari sur préavis écrit de 10 jours. Je reconnais que la révocation de la présente autorisation peut entraîner la perte de ma couverture d'assurance, à moins qu'ivari ne reçoive le paiement par un autre moyen. Tout remboursement de prime dans le cadre de la présente autorisation se fera en faveur du propriétaire de la police.

J'atteste que toutes les signatures requises pour l'autorisation des prélèvements sont incluses dans la présente autorisation. J'autorise également l'institution financière à traiter ces prélèvements comme étant directement autorisés par moi. Je comprends et j'accepte toutes les conditions de participation au programme de débits préautorisés (DPA), que mon conseiller a passé en revue avec moi.

Je demande par la présente à ivari de procéder selon les instructions fournies à la section intitulée « Paiement » de la proposition d'assurance.

de demande par la presente a wan de proceder scionne	5 in structions rounnes	a la section mataice « l'alement » de la prop	osition a assarance.
Fait à (ville)	dans la province de		le
Signature du payeur		Signature du payeur	
Nom du payeur indiqué sur les relevés bancaires	<u> </u>	Nom du payeur indiqué sur les relevés bancai	ires
Signature du propriétaire 1, si ce n'est pas le payeur		Signature du propriétaire 2, si ce n'est pas le paye	ur

# Conditions de participation au programme de débits préautorisés (DPA)

### **DATE D'EFFET**

**Je reconnais et conviens** que l'Autorisation du client relative aux débits préautorisés (DPA) dûment remplie prendra effet, à l'égard de toute police demandée, à la dernière des dates suivantes à survenir :

- a) la date à laquelle l'autorisation est reçue au siège social d'ivari;
- b) la date à laquelle le montant intégral de la première prime de la police visée parvient au siège social d'ivari; et
- c) la date à laquelle la police objet de la proposition est pleinement mise en vigueur par ivari.

### **CONDITIONS GÉNÉRALES**

Je reconnais et j'accepte également toutes les conditions suivantes :

- a) J'atteste que tous les renseignements fournis relativement au compte DPA sont exacts. Je fournirai à ivari un nouveau spécimen de chèque préimprimé en cas de changement du compte DPA.
- b) Le montant à retirer du compte DPA est le total de tous les montants requis pour acquitter la prime de toutes les polices inscrites au verso et de la police établie conformément à la présente proposition.
- c) L'autorisation s'applique à toutes les polices inscrites au verso et à la police établie conformément à la présente proposition, notamment tout renouvellement, toute transformation ou toute augmentation du coût de l'assurance, tel qu'il est indiqué dans le contrat.
- d) L'autorisation et toutes ses conditions sont sous réserve de toutes les modalités des polices visées.
- e) Si ivari ne reçoit pas un versement de prime dans les délais prévus (en raison, par exemple, du rejet du DPA), elle fera une deuxième tentative dans les 5 jours ouvrables et si le versement n'est toujours pas honoré, ou pour toute autre raison, la police tombera en déchéance et sera frappée de nullité, à moins d'indication contraire dans la police.
- f) Je consens à la divulgation de tout renseignement personnel indiqué dans cette autorisation à l'institution financière désignée par ivari dans la mesure requise aux fins énoncées dans cette autorisation et conformément aux conditions y afférentes.

### **CESSATION**

L'autorisation ne prend fin qu'à la première des éventualités suivantes à survenir :

- a) un avis écrit de 10 jours est donné à cet effet à l'autre partie soit par moi ou par ivari, ou
- b) toutes les polices auxquelles s'applique l'autorisation ne sont plus en vigueur.

L'annulation de l'autorisation n'a aucune incidence sur vos droits aux termes des polices.

Toute annulation de l'entente de DPA ne change rien à l'entente qui existe entre moi et ivari en vertu de tout contrat de biens ou de services, du moment que des dispositions pour une autre forme de paiement sont prises.

Je reconnais et conviens également que : a) si l'autorisation prend fin, une prime modale par encaissement direct deviendra exigible pour toutes les polices auxquelles s'applique l'autorisation; et b) le montant et la fréquence de la prime payable en vertu de la police seront tels que précisés aux pages intitulées « DONNÉES DE LA POLICE/Tableau des prestations et des primes », jointes à la police, et peuvent dans certains cas être différents de ceux de la prime exigible conformément au programme DPA.

Je peux révoquer l'autorisation en tout temps, pourvu qu'un avis écrit soit reçu au moins 10 jours avant la date prévue du prochain paiement. Pour obtenir un exemplaire du formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler une entente de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter payments.ca. Certains droits de recours existent lorsqu'un débit n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, j'ai le droit au remboursement de tout débit non autorisé ou non conforme à l'autorisation. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou plus d'information sur les droits de recours, je peux contacter mon institution financière ou visiter payments.ca. De plus, je peux communiquer avec ivari pour obtenir des renseignements ou soumettre un recours à l'égard de tout DPA effectué par ivari, comme suit :

ivari

C.P. 4241, Station A Toronto (Ontario) M5W 5R3 Téléphone : 1-800-846-5970

Courriel: conversation@ivari.ca

## Polices regroupées

#### INSTRUCTIONS

Si vous souhaitez que cette police soit établie le même jour qu'une autre ou d'autres polices car il s'agit de la même famille ou pour des raisons de partenariat ou d'affaires, veuillez indiquer le nom des autres personnes assurées ci-dessous :

- Ne s'applique pas aux polices d'assurance vie revêtues d'un avenant d'assurance maladies graves ni aux polices d'assurance maladies graves.
- L'établissement de la police ne peut être retardé au-delà de 30 jours après son approbation.

Regroupement avec :		
		ou
(Prénom)	(Nom de famille)	(Numéro de police)
		ou
(Prénom)	(Nom de famille)	(Numéro de police)

# Divulgations – Renseignements importants sur les polices d'ivari

### VARIABILITÉ DU RENDEMENT DES POLICES D'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE

De nombreuses variables peuvent affecter le rendement d'une police d'assurance. Les taux d'intérêt et le rendement des marchés des valeurs mobilières peuvent connaître des fluctuations importantes et avoir un effet négatif ou positif sur les valeurs et les prestations non garanties de la police.

Les prestations et les valeurs présentées dans l'illustration ne sont pas garanties, étant donné qu'elles sont fondées sur des hypothèses qui peuvent changer. Elles ne sont ni une estimation ni une garantie du rendement futur de la police.

## **EXCLUSIONS ET LIMITATIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIES GRAVES**

La garantie de maladie grave prévoit, le cas échéant, des exclusions, une période de survie et une période moratoire. Référez-vous à la police pour en savoir plus.

### RÉMUNÉRATION DU CONSEILLER

Le produit d'assurance dont il est question dans la présente proposition est offert, souscrit et établi par ivari, une société autorisée à proposer des produits d'assurance dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. Le conseiller en assurance indépendant ou le distributeur sollicitant cette assurance est dûment autorisé à offrir des produits d'assurance. En tant que représentant d'ivari, il sera rémunéré par celle-ci, une fois l'opération effectuée. Le fait de soumettre cette proposition n'oblige pas le propriétaire ou la personne assurée à traiter d'autres affaires avec ivari, le conseiller, le distributeur ou toute autre personne ou entité.

#### CONSIDÉRATIONS FISCALES (RÉSERVÉ AUX PROPRIÉTAIRES)

Étant donné que les lois fiscales et les interprétations de l'ARC peuvent changer, ivari ne peut garantir le traitement fiscal de ses produits ni des prestations prévues dans ses contrats. Il vous incombe de déterminer comment ses lois s'appliquent à vous à tout moment. Veuillez consulter un conseiller juridique et/ou fiscal qualifié afin d'obtenir un avis adapté à votre situation.

# Directives de la personne assurée quant à l'utilisation et la divulgation de ses renseignements personnels (« Directives de la personne assurée »)

En tant que personne assurée identifiée ci-dessous, je déclare avoir lu et bien compris le contenu de l'avis de confidentialité et de la politique d'ivari sur la protection de la vie privée affichée sur ivari.ca, et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels par ivari, ses employés, ses représentants autorisés responsables de l'administration de mon dossier (« ivari ») et ses réassureurs.

Pour les besoins de l'évaluation de ma proposition d'assurance et de tout formulaire soumis par la suite, l'administration de ma police et la prestation des services y afférents, la conduite d'enquêtes et l'analyse de toute demande de règlement, j'autorise et j'enjoins expressément :

- tout médecin et tout prestataire ou établissement de soins médicaux et de santé; tout établissement, toute agence et tout prestataire de services connexes; toute compagnie d'assurance; le MIB, LLC ainsi que toute autre entité ou personne identifiée dans **l'avis de confidentialité** ou la politique d'ivari sur la protection de la vie privée ayant ou pouvant éventuellement avoir en sa possession des renseignements sur moi ou sur ma santé, à divulguer ces renseignements à ivari sur demande de celle-ci; et
- un représentant autorisé d'ivari à faire effectuer les épreuves, examens, radiographies, électrocardiogrammes, bilans sanguins et analyses des urines qu'ivari pourrait exiger. Je comprends et j'accepte que les épreuves incluent, le cas échéant et sans s'y limiter, des épreuves pour maladie des reins, maladie du foie, maladie des os, facteurs de risque pour maladie cardiaque, SIDA ou preuve d'exposition au virus du SIDA, ainsi que la présence de médicaments, de drogues, de nicotine ou leurs métabolites, et qu'ivari peut communiquer les résultats de ces épreuves et examens à mes médecins.

Advenant mon décès, les bénéficiaires au titre de la police ont le droit de demander et de consentir en mon nom à la collecte et à l'utilisation de mes renseignements personnels par ivari et ses représentants autorisés auprès de tiers, dans le but de mener toute enquête dans le cadre de l'évaluation et du traitement de toute demande de règlement.

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

J'ai passé en revue et compris les Directives de la personne assurée et j'accepte les conditions qui y sont énoncées.

Fait à (ville)	dans la province de	le	(JJ/MM/AAAA)

Signature de la **PERSONNE ASSURÉE** 

Si la personne assurée est mineure, la signature du parent ou du tuteur légal qui signe la proposition au nom de cet enfant est requise.

PROPOSITION N° 33 LP257FR 4/25

### **Déclaration**

En apposant ma signature, je confirme ce qui suit :

1. Je comprends la langue de rédaction de la présente proposition. Si je ne la comprends pas, les détails de la proposition m'ont été bien expliqués dans ma langue de préférence et je les comprends entièrement.

- 2. J'ai lu toutes les questions posées et toutes les réponses données dans la présente proposition et j'en comprends le sens et l'importance.
- 3. J'ai passé en revue toutes les conditions de l'assurance demandée avec mon conseiller en assurance indépendant et j'ai reçu des explications satisfaisantes.
- 4. Autant que je sache, les déclarations faites et les réponses données dans la présente proposition sont véridiques, complètes et inscrites correctement.
- 5. J'accepte d'aviser immédiatement ivari de toute erreur, toute omission ou tout changement dans les renseignements que je lui fournis.

#### **CONFIRMATION ET ACCEPTATION**

Je reconnais et conviens que :

- 1. La présente proposition comprend toutes les pages précédentes, tout supplément y afférent (s'il y a lieu), et toute autre déclaration soumise dans le cadre de la présente demande d'assurance. Tous ces renseignements constitueront la base de toute police ou couverture établie.
- 2. La présente proposition ne comprend aucune entente d'assurance provisoire.
- 3. Tout renseignement obtenu par un représentant d'ivari ne peut engager celle-ci, à moins qu'il ne soit énoncé par écrit dans la présente proposition.
- 4. Toute police, toute modification ou tout intercalaire établi conformément à la présente proposition ne prend effet que si toutes les conditions suivantes sont remplies :
  - a) Le montant intégral de la prime est reçu par ivari en vertu de la police à la date de la présente proposition.
  - b) La police est délivrée au propriétaire du vivant de toutes les personnes assurées en vertu de la police.
  - c) Toutes les déclarations faites et réponses données dans la présente proposition continuent d'être véridiques et complètes à la date de délivrance de la police.
  - d) L'assurabilité d'aucune des personnes assurées n'a changé entre la date à laquelle la proposition est remplie et la date à laquelle la police est délivrée au propriétaire. Ceci ne s'applique pas à toute transformation de police ou substitution de la temporaire ne nécessitant pas des preuves d'assurabilité.
- 5. Seuls le président conjointement avec un vice-président ou le secrétaire général d'ivari ont le pouvoir d'engager celle-ci ou d'effectuer quelque changement que ce soit à la présente proposition ou à toute police établie. ivari n'est liée par aucune promesse ni déclaration faite par toute autre personne. Aucun conseiller ni distributeur n'est autorisé à annuler ou à modifier l'une ou l'autre des conditions de la présente proposition ou de toute police établie. Toutefois, ivari peut apporter certains changements à la présente proposition, comme il est indiqué dans votre police. L'acceptation de la police par le propriétaire constitue l'approbation de ses conditions et la ratification de tout ajout, tout intercalaire ou toute modification.
- 6. Si la réponse à toute question dans la présente proposition est inexacte ou omise ou s'il y a fausse déclaration sur des faits importants ou déclaration frauduleuse, toute police établie sur la foi de la présente proposition peut être déclarée nulle et non avenue.
- 7. Toutes les primes doivent être payables à ivari.
- 8. J'accuse réception et je comprends pleinement le contenu des sections Rémunération du conseiller et Divulgations, le cas échéant.
- 9. En tant que propriétaire de la police, je reconnais avoir l'obligation, en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu*, d'aviser ivari de tout changement de mon statut de résidence aux fins de l'impôt. Je reconnais que les renseignements contenus dans cette proposition et l'information concernant ma police, mon contrat ou mon compte peuvent être transmis à l'Agence du revenu du Canada (ARC) ou à d'autres autorités fiscales.

J'ai passé en revue et compris le contenu des sections « Divulgations – Renseignements importants sur les polices d'ivari » et « Déclaration » de la présente proposition, et i'accepte les conditions qui y sont énoncées.

J'ai passé en revue toutes les conditions de satisfaisantes.	l'assurance demandée ave	ec mon conseiller en assurance indépendant	et j'ai reçu des explications
Fait à (ville)	dans la province de		lele
Signature de la <b>PERSONNE ASSURÉE</b> Si la personne assurée est mineure, la signature du par	rent ou du tuteur légal qui signe	la proposition au nom de cet enfant est requise.	
Signature du <b>PROPRIÉTAIRE 1</b> Si celui-ci n'est pas une personne assurée		Signature du <b>PROPRIÉTAIRE 2</b> Si celui-ci n'est pas une personne assurée	
Nom et titre en caractères d'imprimerie du signataire autorisé si le propriétaire est une entité		Nom et titre en caractères d'imprimerie propriétaire est une entité	du signataire autorisé si le
Signature du conseiller		_	

Si le propriétaire est une entité, la signature, le nom et le titre des signataires autorisés, tels qu'indiqués dans les statuts, sont requis.

				•11			• 1		1 .
ĸ.	ar	nor	t au	CONSEILLER	An	assurance	ınd	enenc	tant
×	up	יוטקי	t du	CONSCILLC	CII	assurance	IIIG	CPCIIC	ACTIC

1. Les propositions devraient être remplies en présence du client. Avez-vous rempli la proposition en présence de toutes les personnes assurées et tous les propriétaires? (La vidéoconférence n'est pas une alternative acceptable.)						
	Conseiller 1 :	Oui		•	·	
	Conseiller 2 :	Oui	Non			
	Conseiller 3 :	Oui	Non	Dans <i>la négative</i> , veuillez donn		
2.	L'un des conseil	lers est-i	l la per	sonne assurée, le propriétaire, le	·	
	Conseiller 1 :	Oui	Non		sometime ou to payour at	7. to
	Conseiller 2 :	Oui	Non			
	Conseiller 3 :	Oui	Non			
3.	L'un des conseil	lers a-t-i	l un lier	n* avec la personne assurée, le p	ropriétaire, le bénéficiaire ou	u le payeur?
	<ul> <li>L'un des conseillers a-t-il un lien* avec la personne assurée, le propriétaire, le bénéficiaire ou le payeur?</li> <li>*Par « lien », on entend un lien de parenté (par le sang, le mariage ou l'adoption), un lien d'amitié, un lien de créance, un lien de dépendance financière par rapport au conseiller ou un lien dans le cadre d'une société détenue et/ou contrôlée par le conseiller et/ou un membre de sa famille.</li> </ul>					
	Conseiller 1 :	Oui	Non	Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez fourr	nir des détails :	
	Conseiller 2 :	Oui				
	Conseiller 3 :	Oui	Non	Dans <i>l'affirmative</i> , veuillez four	nir des détails :	
	a) Le nom de la b) Toute rémur c) Tout conflit d d) Ma conform e) Le fait que j' f) La nature de g) Son droit, er narques du cons	a ou des nération ( d'intérêts ité au Co ai l'autor e mes rel n tant qu <b>eiller :</b> D	compa (commi s que ce ode d'él isation ations a e consc rétenez	e dossier du client, lorsqu'il y a lie gnies que je représente. ssions ou salaire) que je recevrai. ette transaction pourrait engendr thique professionnelle d'ivari dan d'exercer dans la province où rés avec la ou les compagnies représ ommateur, de demander plus d'ir -vous des renseignements sur les ent influer sur l'évaluation du risc	er. s tous les aspects liés à cett ide le propriétaire. entées. nformations. s habitudes, l'état de santé, l	e souscription d'assurance. les loisirs, les finances ou la réputation
	irrial du consaille	ır·				
son la p éch les rais	déclare par les pr t véridiques, com roposition de la d éant, l'identité de renseignements onnables pour de	résentes aplètes e ou des p es perso figurant étermine	qu'auta t inscrit ersonn nnes ay dans le er si le c	ant que je sache, les déclarations les correctement et que je ne sui les assurées, sauf tel que précisé vant présenté la proposition en m les présentes ont été transcrits cor les propriétaires agissent pour	faites et les réponses donne s pas au courant d'informati dans les remarques du cons le reportant à des documen rectement desdits documen le compte d'un tiers.	ées dans la présente proposition ons supplémentaires essentielles à eiller. J'atteste avoir vérifié, le cas ts originaux valides. Je confirme que its. Je déclare avoir pris des mesures
Fait	à (ville)					lele
Siar	ature du conseiller	-			Nom du conseiller	
Lap		fait sous	crire la			que Conseiller 1, 2 ou 3 et DOIT avoir
Nor	n du distributeur	·:				
Nor	n du conseiller (1	.):			Code de conseiller :	Quote-part % :
						Quote-part % :
Nor	n du conseiller (3	3):			Code de conseiller :	Quote-part % :
En	cas de partage, o	qui est le	conse	iller de service? Conseille	er 1 Conseiller 2	Conseiller 3

# Demande d'assurance provisoire

			HE	

Nom	Date de naissance : (JJ/MM/AAAA)

La ou les personnes assurées, nommées ci-après, doivent répondre à toutes les questions ci-dessous. Si elle est faite dans le cadre d'une proposition d'assurance conjointe ou vies multiples, la Demande d'assurance provisoire vise chaque personne assurée séparément, selon ce qui est indiqué ci-dessous.

Nota : L'assurance provisoire n'est pas offerte à la personne assurée si :

- a) elle a moins de 15 jours;
- b) elle a plus de 65 ans;
- c) la réponse à l'une des questions de la Demande d'assurance provisoire est omise ou est « affirmative »;
- d) au moment de la soumission de cette demande, une assurance vie provisoire de 2 000 000 \$CAN est déjà en vigueur auprès d'ivari à l'égard de la personne assurée;
- e) au moment de la soumission de cette demande, une assurance provisoire maladies graves de 500 000 \$CAN est déjà en viqueur auprès d'ivari à l'égard de la personne assurée;
- f) le premier versement est postdaté et(ou) n'est pas en règle; ou
- g) la couverture d'assurance demandée vient remplacer une couverture ou une police d'ivari en vigueur. Aucun conseiller n'est autorisé à annuler, à amender ou à modifier l'une ou l'autre des conditions de la Demande d'assurance provisoire ni de l'Entente d'assurance provisoire. Aucun représentant d'ivari n'est autorisé à fournir une assurance provisoire si l'un des énoncés susmentionnés est vrai.

La personne assurée a-t-elle :

a)	Déjà été traitée ou montré des signes de maladie d'Alzheimer, de maladie de Parkinson, de trouble cardiaque ou vasculaire, de douleur thoracique, d'accident vasculaire cérébral, d'accident ischémique transitoire (AIT), de perte de la parole, de perte de membres, de brûlures graves, de surdité, de cécité, de maladie des reins, du foie ou des poumons, de diabète, de sclérose en plaques, de paralysie, de coma, de cancer ou de tumeur, de SIDA ou d'infection VIH ou de tout autre trouble immunologique, de cardiopathie congénitale, de paralysie cérébrale, de fibrose kystique, de dystrophie musculaire ou de trouble de santé mentale, ou déjà demandé un traitement ou été traitée pour consommation d'alcool ou de drogue ou lui		
	a-t-on recommandé de réduire sa consommation?	Oui	Non
b)	Au cours des 6 derniers mois, été incapable d'exercer des activités régulières pendant une période de plus de 15 jours consécutifs pour cause de maladie ou blessure?	Oui	Non
c)	Au cours des 3 derniers mois, été admise ou lui a-t-on recommandé d'être admise dans un établissement de soins de santé, ou passé un test diagnostique (excluant tout test génétique) et(ou) une chirurgie recommandée ou effectuée (pour une raison autre qu'un accouchement normal)?	Oui	Non
d)	Déjà vu sa demande d'assurance vie ou maladies graves refusée ou reportée et(ou) sa police d'assurance vie ou maladies graves établie avec surprime ou modifiée de quelque façon?	Oui	Non

## **Déclaration**

Je déclare avoir lu toutes les questions, réponses et déclarations dans la Demande d'assurance provisoire, ainsi que toutes les modalités de l'Entente d'assurance provisoire et je comprends le sens et l'importance qui leur sont attribués. Je déclare également qu'autant que je sache, les réponses données dans cette demande sont véridiques, complètes et inscrites correctement. Je comprends et confirme que toute assurance sera fondée sur la Demande d'assurance provisoire et l'Entente d'assurance provisoire.

Fait à (ville)	dans la province	dele _	(JJ/MM/AAAA)
Signature de la <b>PERSONNE ASSURÉE</b> Si la personne assurée est mineure, la signature du parent ou d proposition au nom de cet enfant est requise.	lu tuteur légal qui signe la		
Signature du <b>PROPRIÉTAIRE 1</b> Si celui-ci n'est pas une personne assurée		Signature du <b>PROPRIÉTAIRE 2</b> Si celui-ci n'est pas une personne assurée	
Nom et titre en caractères d'imprimerie du signataire propriétaire est une entité	e autorisé si le	Nom et titre en caractères d'imprimerie du signata propriétaire est une entité	ire autorisé si le

# Entente d'assurance provisoire (« entente »)

ivari fournira une assurance provisoire à chaque personne assurée nommée dans la demande d'assurance provisoire contenue dans la proposition d'assurance électronique une fois toutes les conditions ci-dessous remplies. Si la demande est soumise en même temps qu'une proposition d'assurance visant une couverture vie conjointe ou vies multiples, la présente entente vise chaque personne assurée séparément.

#### **MODALITÉS ET CONDITIONS**

#### Date de prise d'effet

La présente entente entre en vigueur à la date à laquelle la demande d'assurance provisoire est remplie et signée par le propriétaire et la personne assurée, pourvu que toutes les conditions suivantes soient satisfaites :

- a) La personne assurée a répondu « Non » à toutes les questions de la demande d'assurance provisoire.
- b) La demande d'assurance provisoire est remplie, signée et datée, et au moins le montant intégral d'une prime mensuelle modale, en fonction de la proposition d'assurance vie et maladies graves, est soumise avec la proposition.
- c) Le paiement initial est honoré.

#### 2. Prestation

Sous réserve des modalités et conditions de la présente entente, si la personne assurée décède ou tombe gravement malade pendant que l'entente est en vigueur, ivari versera au bénéficiaire désigné dans la proposition d'assurance, sur réception d'une preuve du décès ou du diagnostic d'une maladie grave, jugée satisfaisante par ivari, une prestation de décès ou de maladie grave correspondant au moins élevé des montants suivants :

- a) le montant d'assurance vie ou maladies graves demandé dans la proposition;
- b) 2 000 000 \$CAN pour l'assurance vie;
- c) 500 000 \$CAN pour l'assurance maladies graves.

Si, au moment de la soumission de la proposition d'assurance, une assurance provisoire est déjà en vigueur auprès d'ivari à l'égard de la personne assurée, les montants énumérés aux points b) et c) ci-dessus seront réduits du montant de l'assurance provisoire (vie et maladies graves) déjà en vigueur. Aucune assurance provisoire n'est fournie aux termes de toute garantie additionnelle (décès par accident, exonération des primes, assurance d'enfants, exonération des primes du payeur, etc.).

#### 3. Limitations

Le montant total de l'assurance provisoire pouvant être en vigueur en même temps à l'égard d'une personne assurée ne peut dépasser 2 000 000 \$CAN pour l'assurance vie et 500 000 \$CAN pour l'assurance maladies graves.

La présente entente est sans effet dans les cas suivants :

- a) Au moment de la soumission de la demande d'assurance provisoire, une assurance vie provisoire de 2 000 000 \$CAN est déjà en vigueur auprès d'ivari à l'égard de la personne assurée.
  - Au moment de la soumission de la demande d'assurance provisoire, une assurance maladies graves provisoire de 500 000 \$CAN est déjà en vigueur auprès d'ivari à l'égard de la personne assurée.

- b) La personne assurée à l'égard de la couverture vie ou maladies graves a moins de 15 jours ou plus de 65 ans.
- c) Le décès de la personne assurée est consécutif à un suicide ou une automutilation, qu'elle ait été saine d'esprit ou non;
- d) Le décès ou la maladie grave de la personne assurée survient alors qu'elle commettait ou tentait de commettre un acte criminel, y compris, sans s'y limiter, la conduite d'un véhicule automobile sous l'influence de l'alcool ou d'une drogue, la prise de médicaments autres que ceux prescrits par un médecin, l'abus de médicaments ou usage de droques ou substances intoxicantes; ou
- e) Un fait essentiel n'a pas été divulgué ou a fait l'objet d'une fausse représentation dans la proposition d'assurance ou dans toute autre déclaration y afférente, ou dans la demande d'assurance provisoire.

Aucune prestation au titre de l'assurance maladies graves n'est versée si la personne assurée est diagnostiquée avec un cancer ou décède dans les 30 jours suivant le diagnostic d'une maladie grave couverte. Les dispositions, limitations et exclusions de notre contrat d'assurance maladies graves régissent toute assurance maladies graves fournie sur la base du reçu d'assurance provisoire.

Si la personne assurée n'est pas admissible à l'assurance provisoire en vertu des modalités de la présente entente, ivari affectera la prime reçue avec la proposition d'assurance au paiement de la première prime de la police. En l'absence d'une offre de police par ivari, cette prime vous sera retournée.

#### 4. Cessation

La couverture d'assurance prévue aux termes de l'entente prend fin à la première des dates suivantes à survenir :

- a) 90 jours à partir de la date de signature de la proposition d'assurance;
- b) La date à laquelle ivari transmet par voie électronique ou par la poste un avis à votre conseiller en assurance indépendant ou votre distributeur visant à informer le propriétaire et(ou) la ou les personnes assurées qu'ivari i) met fin à l'entente, ii) retire, annule, suspend ou refuse la proposition d'assurance ou iii) fait une contre-offre selon laquelle une police autre que la police demandée est offerte;
- La date à laquelle le propriétaire demande le retrait de la proposition d'assurance ou de l'assurance provisoire; ou
- d) la date à laquelle la police demandée est établie.

Sauf en cas de déclaration frauduleuse, nous rembourserons la prime lorsque l'entente est résiliée en vertu de l'alinéa a), b) i, ii et c). La présente entente prend fin à la date indiquée ci-dessus, que nous ayons remboursé ou pas la prime que vous avez versée avec la proposition d'assurance.

NOTA: AUCUN CONSEILLER NI DISTRIBUTEUR N'EST AUTORISÉ À ANNULER NI À MODIFIER LES MODALITÉS OU LES DISPOSITIONS DE LA DEMANDE D'ASSURANCE PROVISOIRE OU DE LA PRÉSENTE ENTENTE.

Reçu d'assurance provisoire	ILLEZ DÉTACHER ET REMETTRE AU PROPRIÉTAIRE SI LES NE PAS DÉTACHER SI AUCUNE ASSURA	CONDITIONS D'ASSURANCE PROVISOIRE SONT REMPLIES. INCE PROVISOIRE N'EST DEMANDÉE.
ivari accuse réception de la somme de	\$ qui correspond au mo	oins au montant intégral d'une prime
mensuelle modale conformément à la propos	sition d'assurance datée du	
soumise pour (nom au complet de la personn	ne assurée)	
Fait à (ville)	dans la province de	lele
Nom au complet du conseiller en caractères d'imp	DE L'ENTEN	LU N'OBLIGE PAS IVARI À OFFRIR UNE ASSURANCE EN VERTU ITE D'ASSURANCE PROVISOIRE SI LES CONDITIONS DE L'ENTENTE NE SONT PAS TOUTES REMPLIES.
Signature du conseiller		

Nota: Si dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de votre proposition, vous n'avez pas eu de nouvelles d'ivari à l'égard de l'assurance demandée, veuillez contacter votre conseiller en assurance indépendant ou ivari à son siège social: C.P. 4241, Station A, Toronto (Ontario) M5W 5R3. 1-800-846-5970.