



## Demande de prestation du vivant par l'assuré

### MALADIE OU BLESSURE ANTÉRIEURE :

a) Avez-vous déjà souffert d'une maladie ou blessure de ce genre?    Oui    Non

b) Si « **Oui** », indiquez

i) la date : \_\_\_\_\_

ii) le nom du médecin traitant : \_\_\_\_\_

### PRONOSTIC :

a) Un professionnel de la santé a-t-il indiqué que votre maladie est en phase terminale?    Oui    Non

b) Si « **Oui** », quelle espérance de vie vous a-t-on communiquée? \_\_\_\_\_

### NOM ET ADRESSE DE VOTRE OU DE VOS MÉDECINS :

**VEUILLEZ FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS SUR TOUS LES MÉDECINS CONSULTÉS AU COURS DES CINQ (5) DERNIÈRES ANNÉES.**

1. Nom			Date de la dernière consultation (JJ/MM/AAAA)
Adresse			Téléphone
Ville	Province	Code postal	Télécopieur
2. Nom			Date de la dernière consultation (JJ/MM/AAAA)
Adresse			Téléphone
Ville	Province	Code postal	Télécopieur
3. Nom			Date de la dernière consultation (JJ/MM/AAAA)
Adresse			Téléphone
Ville	Province	Code postal	Télécopieur

Dernière hospitalisation (le cas échéant)

a) Du : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_ au : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

b) Nom et adresse de l'hôpital : \_\_\_\_\_

## C Demande de prestation

Je demande le retrait du montant ci-dessous à partir de la valeur de fonds de ma police d'assurance vie universelle conformément aux dispositions du contrat.

Montant demandé \_\_\_\_\_ \$ ou maximum\* \_\_\_\_\_

\* Montant maximum = valeur totale du compte moins 3 déductions/primes mensuelles.

Nota : Si la police est assortie d'un capital-décès uniforme, le montant demandé sera déduit du capital assuré.

**D Avis de confidentialité**

---

Par « je » et « nous », on entend l'assuré et le propriétaire de la police.

**AVIS CONCERNANT LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire feront partie du dossier qu'ivari a ouvert et conserve à son siège social. Les renseignements dans votre dossier pourront être utilisés **aux fins de la conduite d'enquêtes et de l'analyse de toute demande de règlement**. ivari recueille, utilise et divulgue vos renseignements personnels, tel qu'il est décrit dans les sections du présent formulaire concernant l'autorisation de divulgation de renseignements personnels. Nous recueillons en outre des renseignements sur vous au moyen du présent formulaire, de tous formulaires et questionnaires supplémentaires, et à partir des **sources externes** suivantes.

Les médecins et autres praticiens et fournisseurs de soins médicaux et de soins de santé; les hôpitaux, les cliniques et autres établissements médicaux; les autres compagnies d'assurance et de réassurance; les agences d'enquête; le bureau des permis et immatriculations de toute juridiction; l'employeur; la commission des accidents du travail ou tout régime similaire; tout organisme gouvernemental et vos conseillers en assurance indépendants.

Ces renseignements personnels peuvent porter sur votre santé, votre caractère, votre réputation en général, vos caractéristiques personnelles, vos finances, votre crédit et votre mode de vie. Pour les besoins de l'enquête, il est possible qu'un représentant chargé d'établir de tels rapports communique avec vous en personne ou par téléphone. Pour en savoir plus sur le processus d'analyse de toute demande de règlement, veuillez nous écrire à : **Service des règlements**, ivari, 500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8.

Vos renseignements pourraient être communiqués à votre conseiller en assurance indépendant et aux agences générales déléguées, distributeurs et intermédiaires de marché et à leurs employés auxquels votre conseiller est associé, aux fins décrites ci-dessus.

Vos renseignements personnels pourraient être, en toute sécurité, utilisés, consignés et consultés dans d'autres pays et être assujettis à leurs lois. Par exemple, les renseignements pourraient être divulgués en réponse à des demandes des gouvernements, des tribunaux ou des autorités chargés de l'application des lois de ces pays.

Nous avons élaboré des procédures pour protéger vos renseignements personnels. Toutefois, en cas d'accès, de divulgation ou d'utilisation non autorisés, vous pourriez faire face aux risques suivants : vol d'identité, détérioration de votre cote de crédit, perte financière, embarras ou atteinte à votre réputation. Si nous estimons que vous êtes exposé à un risque réel de préjudice grave, nous veillerons à ce que notre Bureau de la protection de la vie privée vous en informe et vous suggère des mesures pour vous en prémunir.

En signant et en soumettant le présent formulaire en votre nom et/ou au nom de toute personne mineure, vous accordez votre consentement à la collecte, à la divulgation et à l'utilisation de vos renseignements personnels et/ou de ceux de la personne mineure, comme il est décrit plus haut et ailleurs dans le présent document.

Les détails de la Politique sur la protection la vie privée d'ivari se trouvent sur **ivari.ca**.

Vous pouvez refuser de consentir à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels. Toutefois, dans un tel cas, ivari pourrait ne pas être en mesure de fournir les services d'administration, ce qui pourrait retarder le traitement de la demande ou entraîner son rejet.

**E Déclaration, confirmation et autorisation**

Je déclare et conviens/Nous déclarons et convenons par les présentes que tous les énoncés et toutes les réponses fournis ci-dessus sont, pour autant que je sache/nous sachions, véridiques, complets et inscrits correctement et qu'ils constituent le fondement de la présente demande.

Je conviens et comprends/Nous convenons et comprenons que toute fausse déclaration faite dans la présente demande peut me/nous rendre responsable(s) envers ivari de tout versement effectué par cette dernière par suite de cette demande.

Je reconnais/Nous reconnaissons que la prestation du vivant de l'assuré peut, selon tous les faits, être imposable et qu'ivari me/nous recommande de consulter un conseiller fiscal pour plus de renseignements.

**Autorisation à l'assureur :** J'autorise/Nous autorisons l'assureur à recueillir, utiliser et divulguer mes/nos renseignements personnels (y compris les renseignements médicaux) à des fins liées à l'assurance.

**Autorisation de divulgation des renseignements personnels :** Pour les besoins de la conduite d'enquêtes et d'analyse de toute demande de règlement, j'autorise/nous autorisons toute personne, y compris sans toutefois s'y limiter, tout médecin ou tout fournisseur de soins de santé, tout hôpital ou tout autre établissement médical ou établissement lié aux soins médicaux, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout employeur, toute commission des accidents du travail ou tout autre régime similaire, tout organisme gouvernemental ou toute autre organisation, institution, association ou personne identifié dans les avis ayant ou pouvant éventuellement avoir en sa possession des renseignements sur moi/nous ou sur ma/notre santé, à divulguer à ivari, ses représentants autorisés et à ses réassureurs, sur demande d'ivari, tous renseignements aux fins énoncées dans les avis.

Cette autorisation n'a pas de date d'expiration. Elle demeure valide tant que je demande/nous demandons des prestations ou des services d'ivari. Je, soussigné(e), reconnais/Nous, soussigné(e)s, reconnaissons qu'une photocopie ou version électronique de la présente autorisation dûment signée par moi/nous est aussi valide que l'original.

Je, l'assuré et le propriétaire, reconnais/Nous, les assurés et les propriétaires, reconnaissons que la police sera modifiée pour inclure la modification relative à la prestation du vivant de l'assuré.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré

Date : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Adresse :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

Date : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Adresse :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du bénéficiaire irrévocable

Date : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Adresse :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

Date : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Adresse :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du propriétaire (s'il n'est pas l'assuré)

Date : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Adresse :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

Date : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Adresse :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8 • Téléphone : 1-800-846-5970