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 demande 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 demande 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 demande 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 DEMANDE 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 1**	Signature de la **personne assurée 2**	Signature du **propriétaire 1**	Signature du **propriétaire 2**
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.		**Si celui-ci n'est pas une personne assurée**	**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 ci-dessous 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 1 : ◯ Oui ◯ Non **Personne assurée 2 :** ◯ Oui ◯ Non

Votre police ivari… en un clic!

Vous pouvez vous prévaloir, 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7, d'un accès sécurisé aux renseignements sur votre police d'assurance et de la possibilité de modifier votre couverture ou mettre à jour vos coordonnées. Vous n'avez qu'à vous inscrire sur le site **monivari.ca**.

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.

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

Demande de transformation

Numéro de la police actuelle : _____ Numéro de la nouvelle police : _____

○ Transformation intégrale ○ Transformation partielle

Nota :

- Pour une demande de transformation avec changement de la catégorie de risque ou augmentation du capital assuré, veuillez remplir le formulaire ***Demande de modification de police (LP386FR).***
- La date d'entrée en vigueur de la transformation sera la date d'anniversaire mensuel de la police la plus proche de la date de la demande.

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

1 Personne assurée actuelle 1

Prénom	Nom de famille

OBLIGATOIRE POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE

Document d'identification†	Numéro du document d'identification†	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 l'Ontario et du Manitoba), permis de conduire ou carte de majorité.

2 Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) _____

Profession : _____ Secteur d'activité* : _____

Âge actuel : _____ N.A.S. : _____ *(facultatif)*

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

3 Adresse résidentielle actuelle *(case postale et livraison générale non acceptées)*

Adresse			App./Bur.
Ville	Province/Territoire/État	Pays	Code postal/Code ZIP
Téléphone – domicile	Cellulaire	Téléphone – bureau	

4 Personne assurée actuelle 2

Prénom	Nom de famille

OBLIGATOIRE POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE

Document d'identification†	Numéro du document d'identification†	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 l'Ontario et du Manitoba), permis de conduire ou carte de majorité.

5 Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) _____

Profession : _____ Secteur d'activité* : _____

Âge actuel : _____ N.A.S. : _____ *(facultatif)*

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

6 Adresse résidentielle actuelle *(case postale et livraison générale non acceptées)*

Adresse			App./Bur.
Ville	Province/Territoire/État	Pays	Code postal/Code ZIP
Téléphone – domicile	Cellulaire	Téléphone – bureau	

GÉNÉRER ENREGISTRER IMPRIMER EFFACER

MC ivari et les logos ivari sont des marques de commerce d'ivari Holdings ULC. ivari est autorisée à utiliser ces marques.

7 Renseignements sur le propriétaire LE CONSEILLER DOIT VÉRIFIER L'IDENTITÉ DE TOUS LES PROPRIÉTAIRES

Nota :
- **Le ou les propriétaires actuels doivent signer la Déclaration à la page 7.**
- Pour changer le propriétaire, veuillez remplir le formulaire ***Avis de transfert de propriété pour les produits d'assurance (PS371FR)*.**
- S'il s'agit de la transformation d'un avenant d'assurance d'enfants, l'enfant dont la couverture fait l'objet de la transformation est automatiquement le propriétaire, à moins d'indication contraire à la section sur le propriétaire dans la présente demande.

a) **Sélectionnez le ou les propriétaires parmi les options suivantes :**

☐ Personne assurée 1 – Ne remplir la section 7 b) que s'il s'agit d'assurance vie universelle.

☐ Personne assurée 2 – Ne remplir la section 7 b) que s'il s'agit d'assurance vie universelle.

☐ Propriétaire(s) indiqué(s) ci-dessous :
- Particulier(s) autre(s) que la ou les personnes assurées – Remplir la section sur le propriétaire ci-dessous et la section 7 b) s'il s'agit d'assurance vie universelle.
- Personne morale, entité non constituée en personne morale ou fiducie – Remplir la section sur le propriétaire ci-dessous et, s'il s'agit d'assurance vie universelle, 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 ACTUEL 1 Nom légal (prénom, nom de famille et(ou) dénomination sociale de la personne morale ou de l'entité)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Lien avec la personne assurée	NAS *(facultatif)*
Profession	Secteur d'activité*	
Adresse résidentielle actuelle *(case postale et livraison générale non acceptées)*		App./Bur.
Ville	Province/Territoire/État	Pays	Code postal/Code ZIP
Téléphone – domicile	Cellulaire	Téléphone – bureau
Document d'identification†	Numéro du document d'identification†	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 l'Ontario et du Manitoba), permis de conduire ou carte de majorité.***
*Référez-vous à la ***Liste des secteurs d'activités et des professions valables (IP-LP1971FR).***

Le propriétaire est-il un citoyen canadien ou un résident permanent (immigrant admis)? . . . . . ○ Oui ○ Non

Dans ***la négative***, veuillez fournir des détails sur le statut : _____

PROPRIÉTAIRE ACTUEL 2 Nom légal (prénom, nom de famille et(ou) dénomination sociale de la personne morale ou de l'entité)

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Lien avec la personne assurée	NAS *(facultatif)*
Profession	Secteur d'activité*	
Adresse résidentielle actuelle *(case postale et livraison générale non acceptées)*		App./Bur.
Ville	Province/Territoire/État	Pays	Code postal/Code ZIP
Téléphone – domicile	Cellulaire	Téléphone – bureau
Document d'identification†	Numéro du document d'identification†	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 l'Ontario et du Manitoba), permis de conduire ou carte de majorité.***
*Référez-vous à la ***Liste des secteurs d'activités et des professions valables (IP-LP1971FR).***

Le propriétaire est-il un citoyen canadien ou un résident permanent (immigrant admis)? . . . . . ○ Oui ○ Non

Dans ***la négative***, veuillez fournir des détails sur le statut : _____

b) **Déclaration de résidence aux fins de l'impôt**

Instructions :
- À remplir par le ou les propriétaires de police s'il s'agit d'assurance vie universelle.
- Si la personne assurée est aussi propriétaire de la police, on considérera que la personne assurée 1 est le propriétaire 1 et que la personne assurée 2 est le propriétaire 2 dans le tableau ci-dessous.

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.

Veuillez cocher ***« Oui »*** ou ***« Non »*** aux trois énoncés suivants. Selon votre situation, il se peut que vous cochiez ***« Oui »*** à plus d'un énoncé.

	PROPRIÉTAIRE 1		PROPRIÉTAIRE 2	
	OUI	NON	OUI	NON
a) **Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.**	○	○	○	○
b) **Je suis résident ou un citoyen des États-Unis aux fins de l'impôt.**	○	○	○	○

Si vous cochez ***« Oui »*** à l'énoncé b), veuillez fournir votre numéro d'identification fiscale des États-Unis :

Propriétaire 1 _____ Propriétaire 2 _____

Le numéro d'identification fiscale des États-Unis, tel que défini dans les directives de l'ARC, est un numéro unique à neuf chiffres, attribué par le gouvernement américain à un particulier ou à une entité, qui est une personne américaine déterminée, à des fins d'administration des lois fiscales américaines. Il peut notamment s'agir du numéro d'identification du contribuable (TIN), du numéro d'identification de l'employeur (EIN) ou du numéro de sécurité sociale (SSN).**

c) **Je suis résident d'un pays autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.**	○	○	○	○

Si vous cochez ***« Oui »*** à l'énoncé c), veuillez indiquer le pays de résidence aux fins de l'impôt et le numéro d'identification fiscale :

PROPRIÉTAIRE 1

PAYS DE RÉSIDENCE FISCALE	NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE OU ÉQUIVALENT ACCEPTABLE

PROPRIÉTAIRE 2

PAYS DE RÉSIDENCE FISCALE	NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE OU ÉQUIVALENT ACCEPTABLE

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.**

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

8 Identification de personnes politiquement vulnérables ou de dirigeants d'organisations internationales

OBLIGATOIRE POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE

Une prime et(ou) une somme forfaitaire de 100 000 $ ou plus 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 (IP-LP1165FR)*** et le soumettre avec la demande.

NOTES CONCERNANT LES DÉSIGNATIONS DE BÉNÉFICIAIRE :

Pour les polices d'assurance vie et maladies graves : Le bénéficiaire de votre police actuelle est transféré à la nouvelle police, à moins que le formulaire ***Changement de bénéficiaire (PS367FR)*** ne soit soumis.

Pour les avenants d'assurance maladies graves faisant l'objet d'une transformation en une police d'assurance maladies graves : Si vous avez désigné un bénéficiaire particulier au titre de l'avenant d'assurance maladies graves initial, il est transféré à la nouvelle police seulement si la loi dans votre province l'autorise. À défaut, le bénéficiaire de la garantie de maladie grave et de la garantie de dépistage précoce au titre de la nouvelle police est la personne assurée. Si cette dernière est mineure, le bénéficiaire est le propriétaire ou sa succession, s'il est décédé. La garantie de remboursement des primes au décès au titre de la nouvelle police est payable au propriétaire ou à sa succession, s'il est décédé.

9 Assurance

NOTA : POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE, VEUILLEZ SOUMETTRE UNE ILLUSTRATION SIGNÉE ET LE SUPPLÉMENT À LA PROPOSITION D'ASSURANCE.

PERSONNE ASSURÉE 1

Régime actuel devant être transformé	Capital assuré/ prestation actuel(le)	Nouveau capital assuré/nouvelle prestation	Nouveau régime
☐ Régime de base	_____ $	_____ $	_____
☐ Avenant/couverture additionnelle	_____ $	_____ $	_____

PERSONNE ASSURÉE 2

Régime actuel devant être transformé	Capital assuré/ prestation actuel(le)	Nouveau capital assuré/nouvelle prestation	Nouveau régime
☐ Régime de base	_____ $	_____ $	_____
☐ Avenant/couverture additionnelle	_____ $	_____ $	_____

	PERSONNE ASSURÉE 1 OUI	PERSONNE ASSURÉE 1 NON	PERSONNE ASSURÉE 2 OUI	PERSONNE ASSURÉE 2 NON
a) Si le nouveau capital assuré/nouvelle prestation susmentionné(e) devant faire l'objet de la transformation est inférieur(e) au montant du capital assuré ou de la prestation actuel(le), le solde aux termes de la police actuelle doit-il être résilié?	○	○	○	○

Dans ***l'affirmative***, le montant sera résilié à la date d'entrée en vigueur de la nouvelle police.
Dans ***la négative***, quel montant doit demeurer en vigueur aux termes de la police actuelle?
(ne peut être inférieur au montant minimum du régime)

PERSONNE ASSURÉE 1 _____ $ **PERSONNE ASSURÉE 2** _____ $

b) Si vous êtes âgé de moins de 55 ans, désirez-vous transférer les avenants suivants à la nouvelle police (le cas échéant)? **Nota :** L'avenant Garantie en cas de décès par accident (GDA) ne peut être transféré.				
i) Décès ou mutilation par accident (DMA)	○	○	○	○
ii) Exonération des primes	○	○	○	○
Dans ***l'affirmative***, êtes-vous capable d'accomplir toutes les fonctions de votre travail habituel?	○	○	○	○
c) Si vous êtes âgé de moins de 65 ans, désirez-vous transférer l'Avenant d'assurance d'enfants à la nouvelle police (le cas échéant)?	○	○	○	○

10 Paiement

Prime cotée : _____ $

a) Prime initiale de _____ $ payable :

Cochez **UNE SEULE** option ci-dessous :

○ par chèque payable à ivari (joint)

ou

○ par prélèvement du compte bancaire actuel selon l'autorisation existante relative aux débits préautorisés (DPA).

b) Primes futures payables par :

○ **Débit préautorisé :** ○ mensuel ○ trimestriel ○ semestriel ○ annuel

La date de retrait correspondra à la date d'effet de la police. Si vous préférez une autre date, veuillez indiquer un jour entre le 1er et le 28 seulement : _____

Pour les polices d'assurance vie universelle : Au moment du règlement, si la date de retrait indiquée est postérieure à la date d'entrée en vigueur de la police, un double retrait est effectué sur le compte du client, de sorte que toutes les primes sont payées jusqu'à la date du prochain débit préautorisé.

○ Ouvrir un nouveau compte DPA

Nota : Pour fournir de nouveaux renseignements bancaires, veuillez remplir et soumettre le formulaire ***Débit préautorisé pour les produits d'assurance (PS375FR)***, accompagné d'un chèque nul préimprimé avec le nom du payeur ou d'une lettre d'instructions de la banque.

○ Utiliser le compte DPA déjà rattaché à la police actuelle

Nota : Si le payeur n'est pas la personne assurée, le propriétaire ou le bénéficiaire, veuillez remplir le ***Formulaire d'identification et de détermination de l'existence d'un tiers (IP-LP782FR)***, section 4 (Avis de confidentialité) et section 5 (Détermination de l'existence d'un tiers).

○ **Facturation directe :** ○ annuelle ○ semestrielle ○ trimestrielle

c) **Pour les polices d'assurance vie universelle :** Veuillez indiquer la provenance de la prime/du dépôt :

_____

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 :

(Prénom)	(Nom de famille)	ou (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 demande 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 demande 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 demande 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/le territoire/l'État de _____ le _____
(JJ/MM/AAAA)

_____ _____

Signature de la **PERSONNE ASSURÉE 1** Signature de la **PERSONNE ASSURÉE 2**

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.

Déclaration

En apposant ma signature, je confirme ce qui suit :

1. Je comprends la langue de rédaction de la présente demande. Si je ne la comprends pas, les détails de la demande 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 demande 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 demande 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 demande 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 demande 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 demande.
4. Toute police, toute modification ou tout intercalaire établi conformément à la présente demande 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 demande.
   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 demande 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 demande 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 demande 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 demande ou de toute police établie. Toutefois, ivari peut apporter certains changements à la présente demande, 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 demande 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 demande 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 demande 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 demande, et j'accepte les conditions qui y sont énoncées.

Je soussigné(e), bénéficiaire irrévocable au titre de la police susmentionnée, comprends que le propriétaire a soumis une demande de modification ou de transformation de la police. J'ai pris connaissance du contenu de cette demande et je l'accepte.

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.

Fait à (ville) _____ dans la province/le territoire/l'État de _____ le _____ (JJ/MM/AAAA)

Signature de la **PERSONNE ASSURÉE 1** | Signature de la **PERSONNE ASSURÉE 2** | Signature du conseiller

Si la personne assurée est mineure, la signature du parent ou du tuteur légal qui signe la demande 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)**

Nom et titre en caractères d'imprimerie du signataire autorisé si le propriétaire est une entité

Nom et titre en caractères d'imprimerie du signataire autorisé si le propriétaire est une entité

Bénéficiaire irrévocable

Signature du cessionnaire **(timbre requis si le cessionnaire est une institution financière**

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

Rapport du conseiller en assurance indépendant

1. Les demandes devraient être remplies en présence du client. Avez-vous rempli la demande en présence de toutes les personnes assurées et tous les propriétaires? (La vidéoconférence n'est pas une alternative acceptable.)

   Conseiller 1 : ○ Oui ○ Non Dans ***la négative***, veuillez donner les raisons : _____

   Conseiller 2 : ○ Oui ○ Non Dans ***la négative***, veuillez donner les raisons : _____

   Conseiller 3 : ○ Oui ○ Non Dans ***la négative***, veuillez donner les raisons : _____

2. L'un des conseillers est-il la personne assurée, le propriétaire, le bénéficiaire ou le payeur aux termes de la police?

   Conseiller 1 : ○ Oui ○ Non

   Conseiller 2 : ○ Oui ○ Non

   Conseiller 3 : ○ Oui ○ Non

3. L'un des conseillers a-t-il un lien* avec la personne assurée, le propriétaire, le bénéficiaire ou le payeur?

   *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.

   Conseiller 1 : ○ Oui ○ Non Dans ***l'affirmative***, veuillez préciser : _____

   Conseiller 2 : ○ Oui ○ Non Dans ***l'affirmative***, veuillez préciser : _____

   Conseiller 3 : ○ Oui ○ Non Dans ***l'affirmative***, veuillez préciser : _____

4. En signant ci-dessous, je reconnais avoir divulgué par écrit au(x) propriétaire(s) de la police à établir dans le cadre de la présente demande, et consigné dans le dossier du client, lorsqu'il y a lieu, les renseignements suivants :
   a) Le nom de la ou des compagnies que je représente.
   b) Toute rémunération *(commissions ou salaire)* que je recevrai.
   c) Tout conflit d'intérêts que cette transaction pourrait engendrer.
   d) Ma conformité au Code d'éthique professionnelle d'ivari dans tous les aspects liés à cette souscription d'assurance.
   e) Le fait que j'ai l'autorisation d'exercer dans la province où réside le propriétaire.
   f) La nature de mes relations avec la ou les compagnies représentées.
   g) Son droit, en tant que consommateur, de demander plus d'informations.

Nota : La nouvelle police ne peut être antidatée pour utiliser un âge moins élevé si la transformation vise un avenant ou une couverture aux termes d'une police d'assurance vie universelle. Elle entrera en vigueur à la date d'anniversaire mensuel la plus proche de la date de la police. Si autorisé, âge moins élevé? ○ Oui ○ Non

_____

_____

_____

Courriel du conseiller : _____

Je déclare par les présentes qu'autant que je sache, les déclarations faites et les réponses données dans la présente demande sont véridiques, complètes et inscrites correctement et que je ne suis pas au courant d'informations supplémentaires essentielles à la demande de la ou des personnes assurées, sauf tel que précisé dans les remarques du conseiller. J'atteste avoir vérifié, le cas échéant, l'identité des personnes ayant présenté la demande en me reportant à des documents originaux valides. Je confirme que les renseignements figurant dans les présentes ont été transcrits correctement desdits documents. Je déclare avoir pris des mesures raisonnables pour déterminer si le ou les propriétaires agissent pour le compte d'un tiers.

Signé à (ville) _____ dans la province/le territoire/l'État de _____ le _____ (JJ/MM/AAAA)

_____ _____

Signature du conseiller Nom du conseiller

La personne ayant fait remplir la présente demande doit être indiquée ci-dessous en tant que Conseiller 1, 2 ou 3 et DOIT avoir son propre code de conseiller.

Nom du distributeur : _____ Code : _____

Nom du conseiller (1) : _____ Code de conseiller : _____ Quote-part : _____%

Nom du conseiller (2) : _____ Code de conseiller : _____ Quote-part : _____%

Nom du conseiller (3) : _____ Code de conseiller : _____ Quote-part : _____%

En cas de partage, qui est le conseiller de service? ○ **Conseiller 1** ○ **Conseiller 2** ○ **Conseiller 3**