

# Matériel à emporter

VEUILLEZ PRENDRE CONNAISSANCE DES AVIS SE TROUVANT À LA PAGE 2  
AVANT DE SOUMETTRE VOTRE PROPOSITION D'ASSURANCE ÉLECTRONIQUE.

## Matériel à emporter

# Autorisation du client

Police n° \_\_\_\_\_

### Personne à assurer 1

**EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

1 M. M<sup>me</sup> M<sup>lle</sup> Autre : \_\_\_\_\_  
Prénom Initialité du second prénom

Nom de famille \_\_\_\_\_

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

3 Nom du propriétaire, s'il n'est pas une personne à assurer

### Personne à assurer 2

**EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

1 M. M<sup>me</sup> M<sup>lle</sup> Autre : \_\_\_\_\_  
Prénom Initialité du second prénom

Nom de famille \_\_\_\_\_

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

3 Nom du propriétaire, s'il n'est pas une personne à assurer

## Confirmation et acceptation de la désignation du bénéficiaire

Je, le propriétaire, reconnais/Nous, les propriétaires, reconnaissons que j'ai/nous avons nommé un ou plusieurs bénéficiaires dans la proposition d'assurance électronique dont le numéro est indiqué ci-dessus « Police n° » pour recevoir les sommes payables en vertu de la police d'assurance susmentionnée, en cas de décès ou de maladie grave de la personne ou des personnes à assurer. Je confirme mon intention/Nous confirmons notre intention de désigner le ou les bénéficiaires nommés dans la proposition.

### AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Pour les besoins d'évaluation de ma/notre demande d'assurance, de prestation de services à l'égard de ma/notre police, de la conduite d'enquêtes et de l'analyse de toute demande de règlement, je, la personne à assurer, autorise et enjoint/nous, les personnes à assurer, autorisons et enjoignons tout médecin, praticien de la médecine, hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou établissement lié aux soins médicaux, toute compagnie d'assurance, le MIB, Inc., ou toute autre organisation, institution, association ou personne identifiée 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*, à ses représentants autorisés et à ses réassureurs, sur demande d'*ivari*, tous renseignements aux fins énoncées dans les avis. J'autorise/Nous autorisons *ivari* et ses réassureurs à transmettre un bref rapport sur ma/notre santé au MIB, Inc.

J'autorise/Nous autorisons également un représentant 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/Nous comprenons et acceptons que les épreuves incluent, le cas échéant et sans s'y limiter, des épreuves/examens 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. *ivari* peut communiquer les résultats de ces épreuves et examens au(x) médecin(s) de la personne à assurer visée.

### ACCUSÉ DE RÉCEPTION DU MATÉRIEL À EMPORTER

Je reconnais/Nous reconnaissons avoir reçu de mon/notre conseiller le matériel à emporter, qui comprend l'Avis relatif au MIB, Inc., l'Avis relatif aux rapports d'enquête et à la collecte de renseignements, l'Avis relatif à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels, la Divulgation de rémunération, les conditions de participation au programme de débits préautorisés (DPA) et, le cas échéant, l'Entente d'assurance provisoire.

### AUTORISATION RELATIVE À L'ASSURANCE PROVISOIRE DANS LE CADRE DE LA PROPOSITION ÉLECTRONIQUE

Je, le propriétaire et la personne à assurer, autorise/Nous, les propriétaires et les personnes à assurer, autorisons mon/notre conseiller en assurance indépendant inscrit dans la proposition électronique, à remplir la demande d'assurance provisoire et à la soumettre en mon/notre nom à *ivari* (conformément à ses procédures et à ses pratiques) avec le même effet que si j'avais/nous avons rempli et signé la demande d'assurance provisoire en personne. Je reconnais et accepte/Nous reconnaissons et acceptons que les réponses fournies dans la demande d'assurance provisoire sont véridiques, complètes et inscrites correctement au meilleur de ma/notre connaissance. Toute fausse déclaration dans la demande d'assurance provisoire rendra toute couverture y afférente nulle et non avenue.

Une photocopie ou une image de ces confirmations et acceptations et de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.

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



Signature de la **PERSONNE À ASSURER 1**  
Signature de l'un des parents ou du tuteur légal, si la personne à assurer est mineure



Signature du payeur, s'il n'est pas une personne à assurer ou le propriétaire



Signature du **PROPRIÉTAIRE 1**, s'il n'est pas une personne à assurer



Témoin des signatures



Signature de la **PERSONNE À ASSURER 2**  
Signature de l'un des parents ou du tuteur légal, si la personne à assurer est mineure



Signature du **PROPRIÉTAIRE 2**, s'il n'est pas une personne à assurer

Nom et titre en caractères d'imprimerie du signataire autorisé, s'il s'agit d'une entité

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

**DÉTACHER CETTE PAGE ET RETOURNER À IVARI**

## Avis de divulgation

Merci de votre proposition d'assurance auprès d'*ivari*.

Les avis figurant dans le présent document font partie de la proposition d'assurance électronique que vous avez soumise auprès d'*ivari*.

Avant de soumettre votre proposition d'assurance électronique, assurez-vous de la lire attentivement et de bien comprendre l'intégralité de son contenu. Sur réception de votre proposition électronique, nous évaluerons l'admissibilité de chaque personne à assurer en nous basant sur les renseignements qui y sont fournis et sur ceux provenant d'autres sources et ayant notamment trait aux antécédents médicaux, à l'état physique, à la profession, au mode de vie et à la situation financière. Dès que nous aurons défini le niveau de risque que représente chaque personne à assurer, nous vous aviserons si l'assurance demandée peut être établie. Des questions? Veuillez communiquer avec votre conseiller en assurance indépendant ou nous écrire à : **Services aux clients, ivari, 500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8.**

### AVIS RELATIF AU MIB, INC.

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités en toute confidentialité. *ivari* ou ses réassureurs pourront, toutefois, faire un bref rapport au MIB, Inc. (anciennement Bureau des renseignements médicaux), 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, Inc. 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, Inc., à laquelle vous avez soumis une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement, le MIB, Inc. fournira à ladite compagnie les renseignements qu'il détient à votre sujet. Le MIB, Inc. reçoit des renseignements personnels dont la collecte, l'utilisation et la divulgation sont régies par la **Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques** (LPRPDE) et les lois provinciales.

Le MIB, Inc. consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne nettement sur les pratiques d'*ivari* 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, Inc. est lié par les lois américaines en matière de divulgation et ces renseignements peuvent être communiqués aux organismes américains responsables de l'application de la loi et de la sécurité nationale. Si vous avez des questions concernant l'engagement du MIB, Inc. à assurer la confidentialité de vos renseignements personnels, vous pouvez joindre son Service de protection de la vie privée à [privacy@mib.com](mailto:privacy@mib.com). Sur réception de votre demande, le MIB, Inc. vous communiquera les renseignements contenus dans votre dossier. Si vous doutez de l'exactitude de ces renseignements, vous pouvez demander qu'ils soient corrigés.

L'adresse du bureau d'information du MIB, Inc. est 330, avenue University, bureau 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7, et son téléphone est le 416-597-0590. *ivari* ou 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, Inc. en visitant le site [www.mib.com](http://www.mib.com).

### AVIS RELATIF AUX RAPPORTS D'ENQUÊTE ET À LA COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS

Dans le cadre de l'évaluation de votre proposition d'assurance et de l'analyse de toute demande de règlement, nous pourrions demander un rapport d'enquête ou un rapport de crédit à votre sujet. Ces rapports, le cas échéant, proviendront d'une agence de renseignements sur la consommation, d'une agence d'enquête ou d'une agence d'évaluation du crédit.

Ces renseignements personnels peuvent porter sur 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 ces rapports, veuillez écrire aux Services aux clients à l'adresse indiquée ci-dessus.

### AVIS RELATIF À LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

*ivari* recueille, utilise et divulgue vos renseignements personnels tel qu'il est décrit dans les sections de la proposition électronique relatives au MIB, Inc. et aux rapports d'enquête et dans l'Autorisation de divulgation de renseignements personnels qui se trouve à la page Déclaration de la proposition électronique, ainsi qu'à la page Autorisation du client qui se trouve dans le présent Matériel à emporter. Nous recueillons en outre des renseignements sur vous au moyen de la proposition d'assurance électronique et de tous formulaires et questionnaires supplémentaires,

comme il est décrit dans les sections précitées, 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; le MIB, Inc. et les autres assureurs et réassureurs; les agences de renseignements sur la consommation, d'enquête et d'évaluation du crédit; le bureau des permis et immatriculations de toute juridiction; vos conseillers en assurance indépendants, y compris la section Rapport du conseiller en assurance indépendant de votre proposition d'assurance électronique.

Les renseignements recueillis auprès des sources précitées sont utilisés dans les **buts suivants : L'évaluation de votre demande d'assurance, la prestation de services à l'égard de votre police, la conduite d'enquêtes et l'analyse de toute demande de règlement.** Vos renseignements personnels pourraient être communiqués à votre conseiller en assurance indépendant et aux agences générales déléguées, aux distributeurs et aux intermédiaires de marché et à leurs employés auxquels votre conseiller est associé, aux fins déterminées ci-dessus.

Nous recueillons votre numéro d'assurance sociale (NAS) aux fins de déclaration de revenus auprès de l'Agence du revenu du Canada et Revenu Québec conformément aux lois fédérales et provinciales. Il faut noter toutefois que votre NAS pourrait être exigé aux fins du traitement de certaines transactions demandées au titre d'une police d'assurance vie universelle.

Il est possible que vos renseignements bancaires soient divulgués aux institutions financières responsables du traitement de vos débits préautorisés. Le cas échéant, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à vos bénéficiaires relativement à une demande de règlement.

Vos renseignements pourraient être utilisés, consignés et consultés de façon sécurisée dans d'autres pays selon les lois qui y sont applicables. Par exemple, les renseignements pourraient être divulgués en réponse à des demandes émanant de gouvernements, de tribunaux ou d'autorités chargés de l'application des lois de ces pays.

**Nous pouvons communiquer avec vous concernant d'autres produits et services d'assurance. Si nous faisons appel à un fournisseur de services de marketing pour communiquer avec vous, nous ne lui communiquons que votre nom, vos coordonnées et votre couverture d'assurance actuelle. Nous ne divulguons aucun renseignement d'ordre médical ou financier. *ivari* exige que des mesures soient prises par ses fournisseurs de services pour préserver la confidentialité des renseignements personnels en conformité avec ses pratiques en matière de protection de la vie privée et de sécurité et avec les lois applicables.**

**En signant et en soumettant votre proposition d'assurance électronique 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 la proposition d'assurance électronique.**

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.

Sur réception de votre proposition électronique, *ivari* ouvrira et conservera un dossier contenant vos renseignements personnels, auquel on pourra accéder à partir de son siège social. Votre dossier ne sera accessible qu'aux employés et représentants autorisés d'*ivari* responsables de l'administration de votre dossier, et qu'aux autres personnes autorisées par vous ou par la loi. Sous réserve des exceptions prévues par les lois applicables, vous pouvez accéder à votre dossier et demander des rectifications à vos renseignements personnels en soumettant une demande écrite au : Responsable de la protection des renseignements personnels, *ivari*, 500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8. Vos renseignements personnels seront recueillis, utilisés, divulgués, communiqués et traités selon ce qui est décrit dans les présentes, ou comme il est décrit au moment ou avant de recueillir, d'utiliser ou de divulguer ces renseignements, ou d'une autre façon permise par la loi. Pour passer en revue notre politique sur la protection de la vie privée, visitez notre site à [www.ivari.ca](http://www.ivari.ca).

### DIVULGATION DE RÉMUNÉRATION

Le produit d'assurance qui vous est offert est un produit d'*ivari*, une société autorisée à exercer ses activités dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. Le conseiller en assurance indépendant ou le distributeur sollicitant votre proposition d'assurance électronique est dûment autorisé à offrir des produits d'assurance. En tant que représentant d'*ivari*, il sera rémunéré par nous, une fois l'opération effectuée. Le fait de soumettre votre proposition d'assurance électronique ne vous oblige pas à traiter d'autres affaires avec *ivari*, le conseiller, le distributeur ou toute autre personne ou entité.

### Entente d'assurance provisoire (« Entente »)

Police n° \_\_\_\_\_

IVARI N'EST PAS OBLIGÉE D'OFFRIR QUELCONQUE ASSURANCE EN VERTU DE L'ENTENTE D'ASSURANCE PROVISOIRE SI LES CONDITIONS DE CETTE DERNIÈRE NE SONT PAS TOUTES REMPLIES.

*ivari* fournira une assurance provisoire à chaque personne à assurer 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 électronique visant une couverture vie conjointe ou vies multiples, la présente Entente vise chaque personne à assurer séparément.

#### MODALITÉS ET CONDITIONS

##### 1. 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 à assurer, pourvu que toutes les conditions suivantes soient satisfaites :

- La personne à assurer a répondu « Non » à toutes les questions de la demande d'assurance provisoire.
- La demande d'assurance provisoire est remplie, signée et datée, et l'autorisation relative aux débits préautorisés permettant à *ivari* de prélever au moins le montant intégral d'une prime mensuelle modale, en fonction de la proposition électronique visant l'assurance vie et maladies graves, est soumise avec la proposition.
- Le paiement initial par débit préautorisé est honoré.

##### 2. PRESTATION

Sous réserve des modalités et conditions de la présente Entente, si la personne à assurer décède ou tombe gravement malade pendant que l'Entente est en vigueur, *ivari* versera au bénéficiaire désigné dans la proposition d'assurance électronique, 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 :

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

Si, au moment de la soumission de la proposition d'assurance électronique, une assurance provisoire est déjà en vigueur auprès d'*ivari* sur la tête de la personne à assurer, 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 sur la tête d'une personne à assurer 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 :

- 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* sur la tête de la personne à assurer.
- 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* sur la tête de la personne à assurer.

- La personne à assurer à l'égard de la couverture vie ou maladies graves a moins de 15 jours ou plus de 65 ans.
- Le décès de la personne à assurer est consécutif à un suicide ou une automutilation, qu'elle ait été saine d'esprit ou non;
- Le décès ou la maladie grave de la personne à assurer 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 drogues ou substances intoxicantes; ou
- Un fait essentiel n'a pas été divulgué ou a fait l'objet d'une fausse représentation dans la proposition d'assurance électronique 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 à assurer 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 à assurer 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 électronique 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 :

- 90 jours à partir de la date de signature de la proposition d'assurance;
- 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 à assurer 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
- 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.

Si dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date de votre proposition d'assurance électronique, 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, au 500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8.

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

Police n° \_\_\_\_\_

Si vous avez opté pour le paiement des primes d'assurance par débits préautorisés et que vous avez signé l'Autorisation du client relative aux débits préautorisés (DPA) (l'« autorisation ») contenue dans la proposition d'assurance électronique, veuillez noter que les signatures électroniques sont juridiquement aussi valables que les signatures manuscrites. Les modalités et conditions de participation au programme DPA sont énoncées ci-dessous.

### DATE D'EFFET

**Je reconnais et conviens/Nous reconnaissons et convenons** que l'autorisation dûment remplie dans la proposition d'assurance électronique prendra effet, à l'égard de toute police demandée, à la dernière des dates suivantes à survenir :

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

### CONDITIONS GÉNÉRALES

**Je reconnais et j'accepte/Nous reconnaissons et acceptons** également toutes les conditions suivantes :

- J'atteste/Nous attestons que tous les renseignements fournis relativement au compte DPA sont exacts. Je fournirai/Nous fournirons à *ivari* un spécimen de chèque préimprimé en cas de changement du compte DPA.
- 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 celle de la police.
- L'autorisation s'applique à toutes les polices visées dans la proposition d'assurance électronique et à la police établie, notamment tout renouvellement, toute transformation ou toute augmentation du coût de l'assurance, tel qu'il est indiqué dans le contrat.
- L'autorisation et toutes ses conditions sont sous réserve de toutes les modalités des polices visées.
- 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.
- Je consens/Nous consentons 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 l'autorisation contenue dans la proposition d'assurance électronique et conformément aux conditions y afférentes.

### CESSATION

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

- un avis écrit de 10 jours est donné à cet effet à l'autre partie soit par moi/par nous ou par *ivari*, **ou**
- 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/nous 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/Nous reconnaissons et convenons** 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/Nous pouvons 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/nous pouvons communiquer avec mon/notre institution financière ou visiter [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

**J'accepte/Nous acceptons que**, aux fins de la présente entente dans la proposition d'assurance électronique, tout débit préautorisé à partir de mon/notre compte soit traité comme un débit préautorisé personnel. Certains droits de recours existent lorsqu'un débit/paiement n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, j'ai/nous avons le droit au remboursement de tout débit non autorisé ou non conforme à l'autorisation. Pour plus d'information sur les droits de recours, je peux/nous pouvons contacter mon/notre institution financière ou visiter le site de l'Association canadienne des paiements à [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). De plus, je peux/nous pouvons communiquer avec *ivari* à l'adresse ou au numéro de téléphone ci-dessous, pour obtenir des renseignements ou soumettre un recours à l'égard de tout DPA effectué par *ivari*.

ivari

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

## Autorisation du client relative aux débits préautorisés (DPA)

Personne(s) à assurer : \_\_\_\_\_ Police n° \_\_\_\_\_

J'autorise/Nous autorisons *ivari* à effectuer les prélèvements automatiques à partir de mon/notre compte bancaire auprès de l'institution financière identifiée dans la proposition d'assurance électronique pour la police dont le numéro est cité ci-dessus (« Police n° ») selon le montant et la fréquence qui y sont indiqués aux fins de versement de primes pour les polices qui y sont énumérées, et pour toute police qui pourrait être établie aux termes de la proposition d'assurance électronique applicable (la « police », collectivement les « polices »), sauf que j'autorise et je demande/nous autorisons et demandons à *ivari* d'augmenter ou de diminuer le montant du débit en cas de besoin pour maintenir les polices en vigueur, notamment les primes de renouvellement et de transformation, qui pourraient augmenter ou diminuer conformément aux dispositions des polices. Je reconnais et conviens/ Nous reconnaissons et convenons que les primes/le coût de l'assurance, y compris les augmentations ou les diminutions des DPA, sont expressément énoncés dans le contrat d'assurance. Par conséquent, je n'ai besoin/nous n'avons besoin d'aucun autre avis de la part d'*ivari* à cet égard. **Je renonce/Nous renonçons 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.** Je demande/Nous demandons à *ivari* d'utiliser le montant du DPA d'abord pour maintenir toutes les polices en vigueur, et de l'affecter ensuite à chacune des polices en parts égales, à moins d'instructions contraires de ma/notre part.

J'atteste/Nous attestons que toutes les signatures requises pour l'autorisation des débits à partir du compte DPA sont incluses dans l'autorisation contenue dans la proposition électronique. J'autorise/Nous autorisons également l'institution financière et ses succursales à traiter ces débits comme étant autorisés par moi/par nous. Je comprends et accepte/Nous comprenons et acceptons également toutes les modalités et conditions imprimées à la page précédente, que mon conseiller a passé en revue avec moi. 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 canadienne des paiements. Cette entente peut être résiliée en tout temps par moi/nous ou *ivari* sur préavis écrit de 10 jours. Je reconnais/Nous reconnaissons 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.

**Date de retrait désirée pour la prime initiale/les DPA :**

La date de retrait désirée pour la prime initiale/les DPA sera la date inscrite dans la proposition d'assurance électronique.

**Mode de paiement des primes futures :**

Le mode de paiement sera celui que vous avez sélectionné dans la proposition d'assurance électronique.

La date de retrait sera la même que la date de la police, à moins que vous n'ayez indiqué une autre date de retrait dans la proposition d'assurance électronique.

**DÉTACHER CETTE PAGE ET REMETTRE AU(X) PROPOSANT(S)**



500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8