

Demande de modification de police

Avis de divulgation

Merci de continuer à faire affaire avec *ivari*.

Avant de soumettre la présente demande de modification de votre police, veuillez lire attentivement chacun des avis figurant sur cette page ainsi que toutes les autres pages du présent formulaire. Sur réception de la présente demande, nous évaluerons l'admissibilité de chaque personne assurée en fonction de l'assurance demandée, en nous basant sur les renseignements qui y sont fournis, sur toute déclaration y afférente, et sur les renseignements soumis antérieurement par vous relativement à l'assurance que vous détenez ou avez détenue auprès d'*ivari*. Les facteurs dont nous tenons compte dans l'évaluation des risques relativement à une demande d'assurance ou de modification d'une police incluent, sans s'y limiter, les antécédents médicaux, l'état physique, la profession et les loisirs, le mode de vie et la situation financière de la personne assurée. Dès que nous aurons défini le type de risque que représente chaque personne assurée, nous déterminerons si l'assurance ou la modification de police demandée peut être établie. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à communiquer avec votre conseiller en assurance indépendant ou à 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. 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. 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**. 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**.

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 présente demande relatives au MIB, Inc. et aux rapports d'enquête et dans l'Autorisation de divulgation de renseignements personnels qui se trouve à la page 25. Nous recueillons en outre des renseignements sur vous au moyen de la présente demande et de tous formulaires et questionnaires supplémentaires, comme il est décrit dans les sections précitées, et à partir des **sources externes** suivantes :

Votre dossier ouvert auprès d'*ivari*; 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 demande.

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.

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.

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.

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.

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 la présente demande 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 présente demande.

Sur réception de votre demande, *ivari* ajoutera vos renseignements personnels à votre dossier existant, 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**.

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 cette proposition d'assurance 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 cette demande ne vous oblige pas à traiter d'autres affaires avec *ivari*, le conseiller, le distributeur ou toute autre personne ou entité.

Instructions importantes pour le conseiller

Utiliser le présent formulaire pour toute modification visant une police d'assurance vie ou maladies graves, notamment toute demande :

- d'ajout d'assurés ou de couvertures (assurance temporaire et maladies graves seulement)
- de remise en vigueur
- de réduction ou d'élimination de la surprime ou de changement de la catégorie de risque
- de passage au taux non-fumeur
- d'ajout d'un avenant d'assurance d'enfants
- de changement de l'option de capital-décès
- d'augmentation du capital assuré
- de transformation avec tarification
- de changement du coût d'assurance
- de substitution d'une personne assurée
- de remplacement d'une police *ivari* en vigueur

Pour un traitement plus rapide :

1. Remettre l'avis de divulgation (page i) à **la ou aux personnes assurées**.
2. Indiquer le changement demandé à la page suivante et soumettre cette dernière avec la demande.
3. Soumettre TOUTES les pages de la *Demande de modification de police*, à l'exception de la page détachable (page i).
4. Soumettre une deuxième *Demande de modification de police* pour toute assurance vie temporaire ou maladies graves couvrant plus de deux personnes (autres que les enfants au titre d'un avenant d'assurance d'enfants).
5. Joindre les formulaires de divulgation pertinents pour toute demande de remplacement d'une police d'assurance, conformément aux lois provinciales.
6. Prendre note que si une évaluation est requise, des frais administratifs sont applicables pour chaque personne assurée à l'égard des changements du coût de l'assurance ou de l'option de capital-décès.
7. Remplir la section Antécédents d'assurance (page 6) pour les modifications suivantes : ajouts, remplacements, remises en vigueur et transformations avec tarification.
8. Obtenir la signature de tous les propriétaires même si la modification n'est demandée que pour une seule personne assurée.
9. Soumettre une preuve d'assurabilité pour toutes les personnes assurées dans le cas des polices conjointes payables au dernier décès, peu importe qui demande la modification.

Questions portant sur les antécédents médicaux

Lorsqu'un examen paramédical ou une entrevue téléphonique est exigé(e), la ou les personnes assurées n'ont pas à répondre aux questions 43 à 51 portant sur les antécédents médicaux.

Important – Remplacement ou transformation visant une police d'assurance vie universelle :

1. Noter que l'assurance vies multiples n'est pas offerte.
2. Soumettre une illustration signée et le *Supplément à la proposition d'assurance* dûment rempli dans le cas d'une transformation ou d'un remplacement.
3. Répondre à toutes les questions avec la mention **OBLIGATOIRE POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE**.
4. Si le propriétaire de la police est une entité (une personne morale, une entité non constituée en personne morale ou une fiducie), 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)

Demande de modification de police

Modification demandée

Indiquer la modification demandée et remplir les sections pertinentes.

TYPE DE MODIFICATION (COCHER TOUTES LES CASES QUI S'APPLIQUENT)	PERSONNE ASSURÉE		PAGES ET SECTIONS À REMPLIR	EXIGENCES ADDITIONNELLES	SANS LA PRÉSENCE DU CONSEILLER? OUI OU NON
	1	2			
Transformation avec augmentation du capital assuré ou transformation avec changement de la catégorie de risque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pages 1, 2, (3 si la personne assurée est un enfant), 4, 6 à 9 (sections 18 à 22), 14 à 21 (questions 33 à 51), 25 à 27	<ul style="list-style-type: none"> • Illustration signée et Supplément à la proposition d'assurance • Formulaire IP-LP1747FR si le propriétaire est une entité 	NON OUI si un examen paramédical est exigé NON si la prime est de 10 000 \$ et plus ou si la police est détenue par une entité
Remplacement de votre police en vigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pages 1, 2, (3 si la personne assurée est un enfant), 4, 6 à 8 (sections 18 à 21), 10 (section 23), 14 à 21 (questions 33 à 51), 25 à 27	<ul style="list-style-type: none"> • Illustration signée et Supplément à la proposition d'assurance • Remplacement/Déclaration de divulgation • Exigence(s) selon l'âge et le montant d'assurance • Formulaire IP-LP1747FR si le propriétaire est une entité 	OUI si on remplace par une Temporaire Pour l'assurance vie universelle, OUI si un examen paramédical est exigé. NON si la prime est de 10 000 \$ et plus ou si la police est détenue par une entité
Demande de taux non-fumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pages 1, 2, 4, 10 (section 24), 14 à 21 (questions 33 à 51), 25 à 27	<ul style="list-style-type: none"> • Urine/VIH 	OUI
Réduction ou élimination d'une surprime ou changement de la catégorie de risque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pages 1, 2, (3 si la personne assurée est un enfant), 4, 10 (section 25), 14 à 21 (questions 33 à 51), 25 à 27	<ul style="list-style-type: none"> • Questionnaire sur les loisirs ou les voyages pour les surprimes liées à ces activités (pages 13 à 18 ne sont pas nécessaires) 	OUI
Remise en vigueur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pages 1, 2, (3 si la personne assurée est un enfant), 4, 6 à 8 (sections 18 à 21), 11 (section 26), 14 à 21 (questions 33 à 51), 25 à 27	<ul style="list-style-type: none"> • Toutes les primes impayées pour acquitter la police à une date courante <p>Nota : Toutes les pages et sections doivent être remplies. La remise en vigueur ne peut être approuvée avec une exigence à la délivrance.</p>	NON
Changement du coût d'assurance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'il y a augmentation du montant net du risque, pages 1, 2, (3 si la personne assurée est un enfant), 4, 11 (section 27), 14 à 21 (questions 33 à 51), 25 à 27	<ul style="list-style-type: none"> • Frais administratifs de 150 \$ par personne assurée faisant l'objet d'une évaluation 	NON
Changement de l'option de capital-décès	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	S'il y a augmentation du montant net du risque, pages 1, 2, (3 si la personne assurée est un enfant), 4, 11 (section 28), 14 à 21 (questions 33 à 51), 25 à 27	<ul style="list-style-type: none"> • Frais administratifs de 150 \$ par personne assurée faisant l'objet d'une évaluation 	NON
Ajout d'un avenant/ d'une couverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pages 1, 2, (3 si la personne assurée est un enfant), 4, 6 à 8 (sections 18 à 21), 12 (sections 30 et 31), 14 à 21 (questions 33 à 51), 25 à 27 S'il s'agit d'un avenant d'assurance d'enfants, remplir la page 23 (questions 52 à 60)	<ul style="list-style-type: none"> • Exigence(s) selon l'âge et le montant d'assurance 	NON OUI si un examen paramédical est exigé.
Réduction du capital assuré/de la garantie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remplir la Demande de services (PS339FR) – Sections 1, 2 et signer à la section 12		s.o.
Résiliation d'un avenant ou d'une couverture	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Remplir la Demande de services (PS339FR) – Sections 1, 3 et signer à la section 12		s.o.

Demande de modification de police

Police n° _____

À REMPLIR DANS TOUS LES CAS

- PERSONNE ASSURÉE ACTUELLE
 NOUVELLE PERSONNE ASSURÉE (assurance vie temporaire ou maladies graves seulement)

PRINCIPAL OBJET DE L'ASSURANCE : OBLIGATOIRE POUR L'ASSURANCE VIE UNIVERSELLE

- Convention de rachat Assurance de la personne-clé Planification de la retraite Assurance maladies graves
 Planification successorale Assurance vie Partenariat Autre _____

1 Personne assurée 1 EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

M. M^{me} M^{lle} Autre _____

Prénom

Initiale du second 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) _____ Sexe à la naissance : Masculin Féminin Catégorie : Fumeur Non-fumeur
Pays et province de naissance : _____ Ancien nom ou nom de jeune fille : _____
N.A.S. : _____ – _____ (Ne fournir que si vous êtes le propriétaire et qu'il s'agit d'une demande d'assurance vie universelle)
Numéro de permis de conduire : _____ Province : _____

3 Adresse actuelle : (numéro et rue)

App. ou bur. : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone – domicile : _____ Cellulaire : _____ Téléphone – bureau : _____

- 4 Je comprends la langue de rédaction de la présente demande. Oui Non Dans **la négative**, les détails de la présente demande vous ont-ils été entièrement expliqués dans votre langue de préférence et les avez-vous entièrement compris? Oui Non

5 a) Quel est le statut de résident de la personne assurée?

 Citoyen(ne) canadien(ne) Résident(e) permanent(e)

Nombre d'années/de mois au Canada : _____ années _____ mois

 Employé(e) contractuel(le)
(Veuillez fournir une copie des permis de travail)

Nombre d'années/de mois au Canada : _____ années _____ mois

 Autre (Statut actuel)

Nombre d'années/de mois au Canada : _____ années _____ mois

Veuillez préciser : _____

b) Êtes-vous un(e) résident(e) canadien(ne) aux fins de l'impôt sur le revenu? Oui Non6 a) La personne assurée est-elle aux études? Oui Non Dans **l'affirmative**, est-elle aux études à temps plein à temps partiel?b) La personne assurée a-t-elle présentement un emploi? Oui NonDans **la négative**, veuillez préciser : _____

c) Nom de l'employeur : _____ Nombre d'années : _____

Adresse de l'employeur : _____

d) Profession : _____ Secteur d'activité* : _____

Adresse de l'employeur : _____

Fonctions : _____ Revenu annuel : _____ \$ Valeur nette totale : _____

Revenu canadien

Valeur nette canadienne

*Pour la liste des secteurs d'activités valables, visitez <https://ivari.ca/fr/outils-et-ressources/administration/> et effectuez une recherche du formulaire IP-LP1971FR.

Demande de modification de police

7 Personne assurée 2 **EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE**

PERSONNE ASSURÉE ACTUELLE **NOUVELLE PERSONNE ASSURÉE** (assurance vie temporaire ou maladies graves seulement)
 M. M^{me} M^{lle} Autre _____

Prénom _____ Initiale du second 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.

8 Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) _____ Sexe à la naissance : Masculin Féminin Catégorie : Fumeur Non-fumeur
Pays et province de naissance : _____ Ancien nom ou nom de jeune fille : _____
N.A.S. : _____ – _____ (Ne fournir que si vous êtes le propriétaire et qu'il s'agit d'une demande d'assurance vie universelle)
Numéro de permis de conduire : _____ Province : _____

9 Adresse actuelle : (numéro et rue) _____ App. ou bur. : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Téléphone – domicile : _____ Cellulaire : _____ Téléphone – bureau : _____

10 Je comprends la langue de rédaction de la présente demande. Oui Non Dans **la négative**, les détails de la présente demande vous ont-ils été entièrement expliqués dans votre langue de préférence et les avez-vous entièrement compris? Oui Non

11 a) Quel est le statut de résident de la personne assurée?
 Citoyen(ne) canadien(ne)
 Résident(e) permanent(e) Nombre d'années/de mois au Canada : _____ années _____ mois
 Employé(e) contractuel(le) (Veuillez fournir une copie du permis de travail) Nombre d'années/de mois au Canada : _____ années _____ mois
 Autre (Statut actuel) Nombre d'années/de mois au Canada : _____ années _____ mois
Veuillez préciser : _____

b) Êtes-vous un(e) résident(e) canadien(ne) aux fins de l'impôt sur le revenu? Oui Non

12 a) La personne assurée est-elle aux études? Oui Non Dans **l'affirmative**, est-elle aux études à temps plein à temps partiel?

b) La personne assurée a-t-elle présentement un emploi? Oui Non

Dans **la négative**, veuillez préciser : _____

c) Nom de l'employeur : _____ Nombre d'années : _____

Adresse de l'employeur : _____

d) Profession : _____ Secteur d'activité* : _____

Adresse de l'employeur : _____

Fonctions : _____ Revenu annuel : _____ \$ Valeur nette totale : _____
Revenu canadien Valeur nette canadienne

*Pour la liste des secteurs d'activités valables, visitez <https://ivari.ca/fr/outils-et-ressources/administration/> et effectuez une recherche du formulaire IP-LP1971FR.

Enfants assurés – renseignements additionnels**L'ENFANT ASSURÉ A MOINS DE 16 ANS.***En plus des sections sur les personnes assurées (pages 1 et 2), veuillez remplir les sections suivantes pour les enfants.***13 Enfant assuré 1**Si la personne assurée a moins de 2 ans, est-elle née prématurément? Oui NonDans **l'affirmative**, veuillez fournir des détails : _____

_____La personne assurée vit-elle avec le propriétaire? Oui NonDans **la négative**, avec qui vit-elle? _____ Lien : _____

Revenu annuel du parent ou du tuteur légal : _____ \$

Montant total d'assurance vie (Vie) et d'assurance maladies graves (MG) sur la tête des deux parents ou du tuteur légal :

Parent 1 : Vie _____ \$ Parent 2 : Vie _____ \$ Tuteur légal : Vie _____ \$

MG _____ \$ MG _____ \$ MG _____ \$

La personne assurée a-t-elle des frères et sœurs? Oui NonDans **l'affirmative**, ses frères et sœurs ont-ils une police d'assurance vie ou maladies graves en vigueur ou à l'étude? Oui NonDans **l'affirmative**, veuillez indiquer le montant d'assurance vie ou maladies graves pour chacun de ses frères et sœurs.

Frère/Sœur 1 : _____ \$ Frère/Sœur 2 : _____ \$

Frère/Sœur 3 : _____ \$ Frère/Sœur 4 : _____ \$

Dans **la négative**, veuillez donner des détails : _____
_____**14 Enfant assuré 2**Si la personne assurée a moins de 2 ans, est-elle née prématurément? Oui NonDans **l'affirmative**, veuillez fournir des détails : _____

_____La personne assurée vit-elle avec le propriétaire? Oui NonDans **la négative**, avec qui vit-elle? _____ Lien : _____

Revenu annuel du parent ou du tuteur légal : _____ \$

Montant total d'assurance vie (Vie) et d'assurance maladies graves (MG) sur la tête des deux parents ou du tuteur légal :

Parent 1 : Vie _____ \$ Parent 2 : Vie _____ \$ Tuteur légal : Vie _____ \$

MG _____ \$ MG _____ \$ MG _____ \$

La personne assurée a-t-elle des frères et sœurs? Oui NonDans **l'affirmative**, ses frères et sœurs ont-ils une police d'assurance vie ou maladies graves en vigueur ou à l'étude? Oui NonDans **l'affirmative**, veuillez indiquer le montant d'assurance vie ou maladies graves pour chacun de ses frères et sœurs.

Frère/Sœur 1 : _____ \$ Frère/Sœur 2 : _____ \$

Frère/Sœur 3 : _____ \$ Frère/Sœur 4 : _____ \$

Dans **la négative**, veuillez donner des détails : _____

Demande de modification de police

15 Propriétaire actuel **LE CONSEILLER DOIT VÉRIFIER L'IDENTITÉ DE TOUS LES PROPRIÉTAIRES**

Le ou les propriétaires actuels doivent signer la Déclaration à la page 25.

Nota: Pour désigner un bénéficiaire ou modifier une désignation de bénéficiaire en vigueur, veuillez remplir le formulaire *Changement de bénéficiaire (PS367FR)*.

Pour changer le propriétaire, veuillez remplir le formulaire *Avis de transfert de propriété (PS371FR)*.

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

- Personne assurée 1 – Ne remplir la section 15 b) que s'il s'agit d'assurance vie universelle.
- Personne assurée 2 – Ne remplir la section 15 b) que s'il s'agit d'assurance vie universelle.
- Propriétaires indiqués ci-dessous :
 - Particulier(s) autre(s) que la ou les personnes assurées – Remplir la section sur le propriétaire ci-dessous et la section 15 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 1 Nom légal (prénom, initiale du second 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 (Ne fournir que si vous soumettez une demande d'assurance vie universelle)	
Profession		Secteur d'activité*	
Adresse actuelle (numéro et rue)			App./Bur.
Ville		Province	Code postal
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.

*Pour la liste des secteurs d'activités valables, visitez <https://ivari.ca/fr/outils-et-ressources/administration/> et effectuez une recherche du formulaire 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 2 Nom légal (prénom, initiale du second 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 (Ne fournir que si vous soumettez une demande d'assurance vie universelle)	
Profession		Secteur d'activité*	
Adresse actuelle (numéro et rue)			App./Bur.
Ville		Province	Code postal
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.

*Pour la liste des secteurs d'activités valables, visitez <https://ivari.ca/fr/outils-et-ressources/administration/> et effectuez une recherche du formulaire 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			
Déclaration de résidence aux fins de l'impôt		PROPRIÉTAIRE 1	PROPRIÉTAIRE 2
		OUI	NON
Veuillez cocher « Oui » ou « Non » aux trois énoncés suivants. Selon votre situation, il se peut que vous cochiez « Oui » à plus d'un énoncé.			
a)	Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b)	Je suis résident ou un citoyen des États-Unis aux fins de l'impôt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Veuillez fournir votre numéro d'identification fiscale (NIF) des États-Unis : Propriétaire 1 _____ Propriétaire 2 _____ Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous fait la demande?			
c)	Je suis résident d'un pays autre que le Canada et les États-Unis aux fins de l'impôt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Si vous cochez « Oui » à l'énoncé c), veuillez indiquer le pays de résidence aux fins de l'impôt et le NIF. Si vous n'avez pas de NIF à l'égard d'un pays donné, veuillez indiquer la raison en choisissant parmi les énoncés suivants : Raison 1 : Je soumettrai/J'ai déjà soumis une demande pour l'obtention d'un NIF. Raison 2 : Mon pays de résidence n'attribue pas de NIF à ses résidents. Raison 3 : Autre. Veuillez préciser.			
PROPRIÉTAIRE 1	PAYS DE RÉSIDENCE AUX FINS DE L'IMPÔT	NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE (NIF)	
	EN L'ABSENCE DE NIF, CHOISIR RAISON 1, 2 OU 3		
PROPRIÉTAIRE 2	PAYS DE RÉSIDENCE AUX FINS DE L'IMPÔT	NUMÉRO D'IDENTIFICATION FISCALE (NIF)	
	EN L'ABSENCE DE NIF, CHOISIR RAISON 1, 2 OU 3		

16 Consentement à recevoir des courriels – à remplir par le ou les propriétaires

La législation canadienne anti-pourriel régit l'envoi de courriels aux consommateurs. Pour s'y conformer, *ivari* est tenue d'obtenir votre consentement pour vous envoyer, par voie électronique, des messages sur vos polices, des renseignements sur ses produits, ainsi que du matériel de marketing.

En fournissant votre adresse de courriel ci-dessous, vous consentez à recevoir des messages électroniques commerciaux d'*ivari*, comme il est indiqué ci-dessus.

Courriel du propriétaire 1 : _____

Courriel du propriétaire 2 : _____

Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en communiquant avec comme suit :
 500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8 Téléphone : 1-800-846-5970 Télécopieur : 1-877-767-0477 (ou 416-883-5520)

17 Identification de personnes politiquement vulnérables ou de dirigeants d'une organisation internationale

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.

Antécédents d'assurance

REPLIR CETTE SECTION POUR LES AJOUTS, LES REMPLACEMENTS, LES REMISES EN VIGUEUR ET LES TRANSFORMATIONS AVEC TARIFICATION.

PERSONNE ASSURÉE 1	PERSONNE ASSURÉE 2
OUI NON	OUI NON

- 18** a) Avez-vous déjà eu une proposition, une remise en vigueur ou une modification d'une police d'assurance vie (Vie), d'assurance maladies graves (MG), d'assurance soins de longue durée (SLD) ou d'assurance invalidité (AI), qui a fait l'objet d'un refus, d'une surprime, d'un report, d'une annulation ou d'une modification quelconque?
- b) i) L'assurance demandée vient-elle remplacer ou modifier une police d'assurance vie ou maladies graves en vigueur?
- Dans **l'affirmative** pour l'assurance vie, veuillez joindre le Préavis de remplacement d'un contrat d'assurance de personnes ou le formulaire Remplacement/Déclaration de divulgation.
- ii) L'assurance demandée remplacera-t-elle une police ou une couverture d'*ivari* en vigueur?
- Dans **l'affirmative**, veuillez indiquer le numéro de police :
PERSONNE ASSURÉE 1 : _____ **PERSONNE ASSURÉE 2 :** _____
- iii) 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? (Pour assurer une couverture continue, le paiement de la prime de la police ou de la couverture existante est exigé jusqu'à ce que la nouvelle police ou couverture 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.)
- Nota :** Seul le propriétaire de la police susmentionnée a le droit de résilier la police ou la couverture existante. S'il y a un changement de propriété, vous devez soumettre une demande de transfert de propriété signée par le propriétaire initial de la police faisant l'objet du remplacement.
- c) Avez-vous de l'assurance vie, maladies graves, invalidité ou soins de longue durée en vigueur ou à l'étude auprès d'*ivari* ou d'une autre compagnie? Dans **l'affirmative**, veuillez remplir le tableau de la section 19. . . .
- Si vous avez répondu par **l'affirmative** aux questions 18 a), b) ou c), veuillez donner des précisions à la **section Remarques**.

19 Assurance en vigueur

PERSONNE ASSURÉE 1	PERSONNE ASSURÉE 2	COMPAGNIE	MONTANT D'ASSURANCE	TYPE DU RÉGIME D'ASSURANCE				PARTICULIER OU ENTREPRISE		ANNÉE D'ÉTALBISSEMENT	REPLACEMENT	EN VIGUEUR	À L'ÉTUDE
				VIE	MG	AI	SLD	P	E				
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		\$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

REMARQUES – Détails des réponses **affirmatives**. Veuillez annexer les questionnaires pertinents dûment remplis, s'il y a lieu.

QUESTION N°	PERSONNE ASSURÉE N°	DÉTAILS

Renseignements financiers

20 Particulier

Remplir cette section si le montant d'assurance demandé est supérieur à 500 000 \$ pour l'assurance vie et à 150 000 \$ pour l'assurance maladies graves.

DETTE ACTUELLE

DONNÉES FINANCIÈRES CANADIENNES	PERSONNE ASSURÉE 1	PERSONNE ASSURÉE 2	PROPRIÉTAIRE (si le propriétaire n'est pas la personne assurée)
Hypothèque : (Montant dû à l'institution financière)	\$	\$	\$
Prêt personnel : (Montant dû à la banque)	\$	\$	\$
Prêt auto : (Montant dû à la banque)	\$	\$	\$
Marge de crédit : (Montant dû à la banque)	\$	\$	\$
Frais funéraires : (Ne devraient pas dépasser 35 000 \$)	\$	\$	\$
Autres dépenses : _____	\$	\$	\$

ACTIFS CANADIENS ACTUELS

DONNÉES FINANCIÈRES CANADIENNES	PERSONNE ASSURÉE 1	PERSONNE ASSURÉE 2	PROPRIÉTAIRE (si le propriétaire n'est pas la personne assurée)
Liquidités et épargnes	\$	\$	\$
Placement dans un régime d'épargne non enregistré	\$	\$	\$
Placement dans un régime d'épargne enregistré	\$	\$	\$
Compte d'épargne libre d'impôt (CELI)	\$	\$	\$
Autres placements : _____	\$	\$	\$

REVENU

DONNÉES FINANCIÈRES CANADIENNES	PERSONNE ASSURÉE 1	PERSONNE ASSURÉE 2	PROPRIÉTAIRE (si le propriétaire n'est pas la personne assurée)
Revenu annuel canadien actuel	\$	\$	\$

IMPORTANT : Si la couverture demandée dépasse le montant suggéré pour chacun des éléments énoncés, veuillez fournir des explications à la section Commentaires et une copie d'une preuve concrète du revenu, des actifs ou des placements.

PAIEMENT DE LA PRIME PRÉVUE (JUSTIFICATIF)

DONNÉES FINANCIÈRES CANADIENNES	PERSONNE ASSURÉE 1	PERSONNE ASSURÉE 2	PROPRIÉTAIRE (si le propriétaire n'est pas la personne assurée)
Prime prévue annuelle totale selon l'illustration	\$	\$	\$
<p>Pourcentage du dépôt de prime par rapport au revenu déclaré</p> <p>Formule : Prime annuelle ÷ revenu</p> <p>Le montant ne devrait pas dépasser le pourcentage suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si le revenu se situe entre 10 000 \$ et 20 000 \$, le montant ne devrait pas dépasser 7 % • Si le revenu se situe entre 21 000 \$ et 40 000 \$, le montant ne devrait pas dépasser 15 % • Si le revenu est supérieur à 41 000 \$, le montant ne devrait pas dépasser 20 % 	\$	\$	\$

Demande de modification de police

BESOINS FUTURS

DONNÉES FINANCIÈRES CANADIENNES	PERSONNE ASSURÉE 1	PERSONNE ASSURÉE 2	PROPRIÉTAIRE (si le propriétaire n'est pas la personne assurée)
Fonds d'urgence (Ils ne devraient pas dépasser 6 mois de revenu.)	\$	\$	\$
Frais de garde des enfants (Selon l'ARC, le maximum est de 19 000 \$ par année.)	\$	\$	\$
Fonds d'études Formule : Montant annuel x nombre d'années x nombre d'enfants Estimation annuelle par enfant : 5 000 \$ s'il réside à la maison et 12 000 \$ s'il réside à l'extérieur.	\$	\$	\$
Autres besoins futurs : _____	\$	\$	\$

21 Entreprise

Remplir cette section si le but de l'assurance est d'ordre commercial ou si le propriétaire ou le bénéficiaire est une personne morale, une entité non constituée en personne morale ou une fiducie.

a) Nom de l'entreprise : _____

b) Activité commerciale : _____

c) Détails financiers :

Actif : _____ \$	Passif/charges : _____ \$
Revenu : _____ \$	Valeur nette : _____ \$
Juste valeur marchande : _____ \$	Valeur comptable : _____ \$

d) Pourcentage de participation de la personne assurée dans l'entreprise :

PERSONNE ASSURÉE 1 _____ % **PERSONNE ASSURÉE 2** _____ %

e) Pourcentage de participation du propriétaire de la police ou du bénéficiaire dans l'entreprise.

Détails : _____

f) Y a-t-il d'autres associés, propriétaires et dirigeants? Dans **l'affirmative**, veuillez fournir leurs noms au complet et leur rôle dans l'entreprise et préciser s'ils sont ou seront assurés.

g) Assurance des autres associés de l'entreprise :

NOM, TITRE ET PROFESSION	ASSURANCE VIE		ASSURANCE MALADIES GRAVES		PARTICIPATION DANS L'ENTREPRISE (%)
	EN VIGUEUR	À L'ÉTUDE	EN VIGUEUR	À L'ÉTUDE	
	\$	\$	\$	\$	
	\$	\$	\$	\$	
	\$	\$	\$	\$	

États financiers : annexés à venir

Lettre explicative : annexée à venir

Commentaires : _____

Il est entendu et convenu que nous pourrions exiger, en plus de la section Antécédents médicaux de la présente demande dûment remplie, toute autre preuve d'assurabilité que nous jugeons nécessaire avant d'approuver la modification demandée.

Nota : Une transformation ou un remplacement entrera en vigueur à la date d'anniversaire mensuel de la police la plus proche de la date d'approbation de la police/couverture.

22 Transformation avec Changement de la catégorie de risque ou Augmentation de la couverture d'assurance

Veillez remplir cette section et répondre aux questions 18 à 21 et 33 à 51 si la personne assurée a au moins 16 ans. Si elle a moins de 16 ans, veuillez remplir cette section et répondre aux questions 18 à 21 et 37 à 51. Toutes les personnes assurées aux termes d'une couverture conjointe payable au dernier décès doivent satisfaire à ces exigences. **Nota :** Pour l'assurance vie universelle, veuillez soumettre une illustration signée et le *Supplément à la proposition d'assurance*.

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.

NOTES CONCERNANT LE CHANGEMENT DE PROPRIÉTÉ : S'il y a un changement de propriété, vous devez soumettre le formulaire *Avis de transfert de propriété pour les produits d'assurance* (PS371FR) signé par tous les propriétaires initiaux et par tous les nouveaux propriétaires, afin d'éviter que les propriétaires initiaux ne soient transférés à la nouvelle police.

PERSONNE ASSURÉE 1

Régime actuel devant être transformé	Capital assuré/ prestation actuel(le)	Nouveau capital assuré/ nouvelle prestation	Nouveau régime
<input type="checkbox"/> Régime de base	_____ \$	_____ \$	_____
<input type="checkbox"/> Avenant/couverture additionnelle	_____ \$	_____ \$	_____

PERSONNE ASSURÉE 2

Régime actuel devant être transformé	Capital assuré/ prestation actuel(le)	Nouveau capital assuré/ nouvelle prestation	Nouveau régime
<input type="checkbox"/> Régime de base	_____ \$	_____ \$	_____
<input type="checkbox"/> Avenant/couverture additionnelle	_____ \$	_____ \$	_____

- a) Si le nouveau capital assuré ou la 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?

PERSONNE ASSURÉE 1		PERSONNE ASSURÉE 2	
OUI	NON	OUI	NON
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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)

- b) Si vous êtes âgé de moins de 55 ans, désirez-vous transférer les avenants suivants à la nouvelle police (le cas échéant)?
- | | | | | |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Décès ou mutilation par accident (DMA)? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Exonération des primes? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Dans l'affirmative , êtes-vous capable d'accomplir toutes les fonctions de votre travail habituel? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
- (Nota : L'avenant Garantie en cas de décès par accident (GDA) ne peut être transféré.)
- 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)?
- | | | | | |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|

Prime cotée : _____ \$ Prime/dépôt initial(e) : _____ \$

Mode de paiement des primes/des dépôts :

annuel semestriel trimestriel DPA mensuel DPA trimestriel DPA semestriel DPA annuel

Veillez indiquer la provenance de la prime/du dépôt : _____

Demande de modification de police

23 Remplacement

Veillez remplir cette section et répondre aux questions 18 à 21 et 33 à 51 si la personne assurée a au moins 16 ans. Si elle a moins de 16 ans, veuillez remplir cette section et répondre aux questions 18 à 21 et 37 à 51. Toutes les personnes assurées aux termes d'une couverture conjointe payable au dernier décès doivent satisfaire à ces exigences. **Nota** : Pour l'assurance vie universelle, veuillez soumettre une illustration signée et le *Supplément à la proposition d'assurance*.

NOTES CONCERNANT LES DÉSIGNATIONS DE BÉNÉFICIAIRE : Le bénéficiaire de la police actuelle est transféré à la nouvelle police à moins que le formulaire *Changement de bénéficiaire* (PS367FR) ne soit soumis.

NOTES CONCERNANT LE CHANGEMENT DE PROPRIÉTÉ : S'il y a un changement de propriété, vous devez soumettre le formulaire *Avis de transfert de propriété pour les produits d'assurance* (PS371FR) signé par tous les propriétaires initiaux et par tous les nouveaux propriétaires, afin d'éviter que les propriétaires initiaux ne soient transférés à la nouvelle police.

Veillez joindre le le Préavis de remplacement d'un contrat d'assurance de personnes ou le formulaire Remplacement/Déclaration de divulgation.

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

PERSONNE ASSURÉE 1

Nom du régime actuel à remplacer : _____ Nom du nouveau régime : _____
Montant du capital assuré/
de la prestation actuel(le) : _____ \$ Nouveau montant de capital
assuré/de prestation : _____ \$

PERSONNE ASSURÉE 2

Nom du régime actuel à remplacer : _____ Nom du nouveau régime : _____
Montant du capital assuré/
de la prestation actuel(le) : _____ \$ Nouveau montant de capital
assuré/de prestation : _____ \$

Avenant(s)/couverture(s) additionnel(les) : _____ Montant : _____ \$

MODE DE PAIEMENT Prime/dépôt initial(e) _____ \$

Débit préautorisé : mensuel trimestriel semestriel annuel

Si le DPA est sélectionné, veuillez remplir et soumettre un nouveau 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.

Date de retrait désirée (entre le 1^{er} et le 28 seulement) : _____

Facturation directe : trimestrielle semestrielle annuelle

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

24 Demande de taux non-fumeur

Veillez remplir cette section, répondre aux questions 33 à 51 et **commander un échantillon d'urine (VIH)**.

Toutes les personnes assurées aux termes d'une couverture conjointe payable au dernier décès doivent satisfaire à ces exigences.

PERSONNE ASSURÉE 1 **PERSONNE ASSURÉE 2**

Veillez indiquer toutes les polices devant être modifiées.

Numéro(s) de police : _____, _____, _____, _____

S'il s'agit d'un régime d'assurance vie universelle : Y a-t-il un changement de la prime ou du dépôt périodique projeté(e)? Oui Non

Dans **l'affirmative**, veuillez indiquer le montant de la nouvelle prime ou du nouveau dépôt périodique projeté(e)*
_____ \$ *Doit satisfaire au montant minimum du régime.

Numéro(s) de police : _____, _____, _____, _____

25 Réduction ou élimination de la surprime ou changement de la catégorie de risque

- Pour un réexamen d'une surprime liée au mode de vie (loisir et voyage) sur les **couvertures d'assurance vie**, veuillez remplir cette section et soumettre les questionnaires appropriés sur les loisirs ou les voyages.
- Pour tout autre réexamen de surprime ou changement de catégorie de risque, veuillez remplir cette section et répondre aux questions 33 à 51. Toutes les personnes assurées aux termes d'une couverture conjointe payable au dernier décès doivent satisfaire à ces exigences.

PERSONNE ASSURÉE 1 **PERSONNE ASSURÉE 2**

Veuillez indiquer toutes les polices devant être modifiées.

Numéro(s) de police : _____, _____, _____, _____

S'il s'agit d'un régime d'assurance vie universelle : Y a-t-il un changement de la prime ou du dépôt périodique projeté(e)? Oui Non

Dans **l'affirmative**, veuillez indiquer le montant de la nouvelle prime ou du nouveau dépôt périodique projeté(e)*
_____ \$ *Doit satisfaire au montant minimum du régime.

Numéro(s) de police : _____, _____, _____, _____

26 Remise en vigueur

Veuillez remplir cette section et répondre aux questions 18 à 21 et 33 à 51 si la personne assurée a au moins 16 ans. Si elle a moins de 16 ans, veuillez répondre aux questions 18 à 21 et 37 à 51. Le processus de remise en vigueur ne peut être entamé que si les réponses à TOUTES les questions sont fournies.

Numéro de la police tombée en déchéance : _____

Remettre la police en vigueur conformément à ses dispositions.

Les primes impayées jusqu'à ce jour de _____ \$ payables par :

chèque payable à *ivari* (joint)
ou

prélèvement du compte bancaire après approbation de la remise en vigueur (remplir le formulaire *Débit préautorisé pour les produits d'assurance* (PS375FR) – voir instructions ci-dessous)

Nota : *ivari* peut encaisser tout paiement sans porter atteinte à son droit de refuser la remise en vigueur de la police.

MODE DE PAIEMENT

Débit préautorisé : mensuel trimestriel semestriel annuel

Si le DPA est sélectionné, veuillez remplir et soumettre un nouveau 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.

Date de retrait désirée (entre le 1^{er} et le 28 seulement) : _____

Facturation directe : trimestrielle semestrielle annuelle

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

27 Changement du coût d'assurance

Une évaluation du risque est requise si le montant net du risque augmente suite au changement du coût d'assurance. Si une évaluation est requise, **veuillez soumettre les frais administratifs applicables** et répondre aux questions 33 à 51 si la personne assurée a au moins 16 ans ou, si elle a moins de 16 ans, répondre aux questions 37 à 51. Toutes les personnes assurées aux termes d'une couverture conjointe payable au dernier décès doivent satisfaire à ces exigences.

Numéro de la police actuelle : _____

Veuillez préciser le changement du coût d'assurance : _____

28 Changement de l'option de capital-décès

Une évaluation du risque est requise si le montant net du risque augmente suite au changement de l'option de capital-décès. Si une évaluation est requise, **veuillez soumettre les frais administratifs applicables** et répondre aux questions 33 à 51 si la personne assurée a au moins 16 ans ou, si elle a moins de 16 ans, répondre aux questions 37 à 51. Toutes les personnes assurées aux termes d'une couverture conjointe payable au dernier décès doivent satisfaire à ces exigences.

Numéro de la police actuelle : _____ Croissant à uniforme Uniforme à croissant

Demande de modification de police

29 Ajout d'un avenant ou d'une couverture pour

Ne cocher qu'une réponse : soit Personne assurée actuelle ou Nouvelle personne assurée.

- Personne assurée actuelle OU Nouvelle personne assurée (polices d'assurance vie temporaire ou maladies graves seulement)
- personne assurée 1 personne assurée 1
- personne assurée 2 personne assurée 2

Veillez fournir des détails sur la couverture ou l'avenant à la section 30 et(ou) la section 31. Si la personne assurée a au moins 16 ans, veuillez également répondre aux questions 18 à 21 et 33 à 51. Si elle a moins de 16 ans, veuillez répondre aux questions 18 à 21 et 37 à 51. Toutes les personnes assurées aux termes d'une couverture conjointe payable au dernier décès doivent satisfaire à ces exigences.

30 Assurance demandée pour la personne assurée 1

ASSURANCE VIE UNIVERSELLE Numéro de la police actuelle : _____

Montant de la couverture (couverture supplémentaire seulement) : _____ \$

En cas de transformation ou de remplacement d'une police d'assurance vie universelle, veuillez soumettre une illustration signée et accompagnée du *Supplément à la proposition d'assurance*.

Y a-t-il un changement de la prime ou du dépôt périodique projeté(e)? Oui Non

Dans **l'affirmative**, veuillez indiquer le montant de la nouvelle prime ou du nouveau dépôt périodique projeté(e)*

_____ \$ *Doit satisfaire au montant minimum du régime.

ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Avenants d'assurance temporaire	Capital assuré†	Garantie additionnelle
<input type="checkbox"/> Avenant 10 ans	_____ \$	<input type="checkbox"/> Avenant d'assurance d'enfants <small>Si vous soumettez une demande d'avenant d'assurance d'enfants, veuillez répondre aux questions 52 à 60 à la page 23, ainsi qu'aux questions 33 à 51 pour la personne assurée de base (parent).</small>
<input type="checkbox"/> Avenant 20 ans	_____ \$	
<input type="checkbox"/> Avenant 30 ans (Offert seulement aux termes d'une police Temporaire 30)	_____ \$	
<input type="checkbox"/> Autre _____	_____ \$	

Avenant d'assurance maladies graves***

	Prestation†		Prestation†
<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 10 – 4 affections	_____ \$	<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 10 – 25 affections	_____ \$
<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 20 – 4 affections	_____ \$	<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 20 – 25 affections	_____ \$
<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire jusqu'à 65 ans – 4 affections	_____ \$	<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire jusqu'à 65 ans – 25 affections	_____ \$

***La garantie de maladie grave ne peut dépasser le capital assuré total de l'assurance vie demandée et ne peut être ajoutée qu'aux régimes admissibles lorsqu'on fait la demande d'une couverture d'assurance vie.

ASSURANCE MALADIES GRAVES Numéro de la police actuelle : _____

Couverture additionnelle

	Prestation†		Prestation†
<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 10 – 4 affections	_____ \$	<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 10 – 25 affections	_____ \$
<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 20 – 4 affections	_____ \$	<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 20 – 25 affections	_____ \$
<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire jusqu'à 65 ans – 4 affections	_____ \$	<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire jusqu'à 65 ans – 25 affections	_____ \$

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. † Il s'agit du montant de la couverture/garantie supplémentaire demandée, et non du montant total d'assurance.

Notes concernant les désignations de bénéficiaire : Aux termes des polices d'assurance maladies graves, le bénéficiaire de la garantie de maladie grave et la garantie de dépistage précoce 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 est payable au propriétaire ou à sa succession, s'il est décédé. Si vous souhaitez désigner d'autres bénéficiaires pour l'assurance maladies graves, veuillez remplir le formulaire *Changement de bénéficiaire* (PS367FR).

31 Assurance demandée pour la personne assurée 2

ASSURANCE VIE UNIVERSELLE Numéro de la police actuelle : _____

Montant de la couverture (couverture supplémentaire seulement) : _____ \$

En cas de transformation ou de remplacement d'une police d'assurance vie universelle, veuillez soumettre une illustration signée et accompagnée du *Supplément à la proposition d'assurance*.

Y a-t-il un changement de la prime ou du dépôt périodique projeté(e)? Oui Non

Dans **l'affirmative**, veuillez indiquer le montant de la nouvelle prime ou du nouveau dépôt périodique projeté(e)*
 _____ \$ *Doit satisfaire au montant minimum du régime.

ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Avenants d'assurance temporaire	Capital assuré [†]	Garantie additionnelle
<input type="checkbox"/> Avenant 10 ans	_____ \$	<input type="checkbox"/> Avenant d'assurance d'enfants Si vous soumettez une demande d'avenant d'assurance d'enfants, veuillez répondre aux questions 52 à 60 à la page 23, ainsi qu'aux questions 33 à 51 pour la personne assurée de base (parent).
<input type="checkbox"/> Avenant 20 ans	_____ \$	
<input type="checkbox"/> Avenant 30 ans (Offert seulement aux termes d'une police Temporaire 30)	_____ \$	
<input type="checkbox"/> Autre _____	_____ \$	

Avenant d'assurance maladies graves***

	Prestation [†]		Prestation [†]
<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 10 – 4 affections	_____ \$	<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 10 – 25 affections	_____ \$
<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 20 – 4 affections	_____ \$	<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 20 – 25 affections	_____ \$
<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire jusqu'à 65 ans – 4 affections	_____ \$	<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire jusqu'à 65 ans – 25 affections	_____ \$

***La garantie de maladie grave ne peut dépasser le capital assuré total de l'assurance vie demandée et ne peut être ajoutée qu'aux régimes admissibles lorsqu'on fait la demande d'une couverture d'assurance vie.

ASSURANCE MALADIES GRAVES Numéro de la police actuelle : _____

Couverture additionnelle	Prestation [†]		Prestation [†]
<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 10 – 4 affections	_____ \$	<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 10 – 25 affections	_____ \$
<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 20 – 4 affections	_____ \$	<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire 20 – 25 affections	_____ \$
<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire jusqu'à 65 ans – 4 affections	_____ \$	<input type="checkbox"/> Maladies graves Temporaire jusqu'à 65 ans – 25 affections	_____ \$

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. [†] Il s'agit du montant de la couverture/garantie supplémentaire demandée, et non du montant total d'assurance.

Notes concernant les désignations de bénéficiaire : Aux termes des polices d'assurance maladies graves, le bénéficiaire de la garantie de maladie grave et la garantie de dépistage précoce 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 est payable au propriétaire ou à sa succession, s'il est décédé. Si vous souhaitez désigner d'autres bénéficiaires pour l'assurance maladies graves, veuillez remplir le formulaire *Changement de bénéficiaire* (PS367FR)

32 Autres changements ou remarques

Numéro de la police actuelle : _____

Antécédents personnels

INSTRUCTIONS Si la personne assurée a au moins 16 ans, veuillez répondre aux questions 33 à 36 et continuer à la page suivante.

33 Avez-vous fumé ou fait usage de l'un ou l'autre des produits énoncés dans le tableau ci-dessous?

- | | | |
|---|---|---|
| | PERSONNE ASSURÉE 1 | PERSONNE ASSURÉE 2 |
| | OUI NON | OUI NON |
| a) au cours des 12 derniers mois? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| b) au cours des 24 derniers mois? | <input type="radio"/> <input type="radio"/> | <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

Si vous avez répondu par **l'affirmative** à a) ou b), veuillez remplir le tableau ci-dessous.

PERSONNE ASSURÉE 1

PRODUIT	QUANTITÉ	FRÉQUENCE
Cigarettes, cigarillos, cigarette électronique, timbres de nicotine, gomme Nicorette, tabac à priser, noix de bétel		<input type="radio"/> par jour <input type="radio"/> par semaine <input type="radio"/> par mois <input type="radio"/> par année <input type="radio"/> usage unique
Gros et petits cigares traditionnels, chicha/narguilé (pipe à eau), pipe à usage spirituel		<input type="radio"/> par jour <input type="radio"/> par semaine <input type="radio"/> par mois <input type="radio"/> par année <input type="radio"/> usage unique
Pipe, tabac à mâcher		<input type="radio"/> par jour <input type="radio"/> par semaine <input type="radio"/> par mois <input type="radio"/> par année <input type="radio"/> usage unique
Tout autre produit de désaccoutumance au tabac ou tabac sous n'importe quelle autre forme		<input type="radio"/> par jour <input type="radio"/> par semaine <input type="radio"/> par mois <input type="radio"/> par année <input type="radio"/> usage unique

PERSONNE ASSURÉE 2

PRODUIT	QUANTITÉ	FRÉQUENCE
Cigarettes, cigarillos, cigarette électronique, timbres de nicotine, gomme Nicorette, tabac à priser, noix de bétel		<input type="radio"/> par jour <input type="radio"/> par semaine <input type="radio"/> par mois <input type="radio"/> par année <input type="radio"/> usage unique
Gros et petits cigares traditionnels, chicha/narguilé (pipe à eau), pipe à usage spirituel		<input type="radio"/> par jour <input type="radio"/> par semaine <input type="radio"/> par mois <input type="radio"/> par année <input type="radio"/> usage unique
Pipe, tabac à mâcher		<input type="radio"/> par jour <input type="radio"/> par semaine <input type="radio"/> par mois <input type="radio"/> par année <input type="radio"/> usage unique
Tout autre produit de désaccoutumance au tabac ou tabac sous n'importe quelle autre forme		<input type="radio"/> par jour <input type="radio"/> par semaine <input type="radio"/> par mois <input type="radio"/> par année <input type="radio"/> usage unique

34 Avez-vous fait usage de marijuana ou de produits du cannabis ou de cannabinoïdes?

PERSONNE ASSURÉE 1	PERSONNE ASSURÉE 2
OUI NON	OUI NON
<input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/>

Dans **l'affirmative**, combien en consommez-vous en moyenne (remplir le tableau ci-dessous).

PERSONNE ASSURÉE 1

FRÉQUENCE	GRAMMES OU JOINTS	AUTRE
<input type="radio"/> Quotidienne		
<input type="radio"/> Hebdomadaire		
<input type="radio"/> Mensuelle		
<input type="radio"/> Annuelle		
<input type="radio"/> Usage unique		
<input type="radio"/> Aucun usage		

L'usage de la marijuana ou de produits du cannabis ou de cannabinoïdes a-t-il été prescrit par un médecin?

Oui Non

Dans **l'affirmative**, pour quel trouble médical?

PERSONNE ASSURÉE 2

FRÉQUENCE	GRAMMES OU JOINTS	AUTRE
<input type="radio"/> Quotidienne		
<input type="radio"/> Hebdomadaire		
<input type="radio"/> Mensuelle		
<input type="radio"/> Annuelle		
<input type="radio"/> Usage unique		
<input type="radio"/> Aucun usage		

L'usage de la marijuana ou de produits du cannabis ou de cannabinoïdes a-t-il été prescrit par un médecin?

Oui Non

Dans **l'affirmative**, pour quel trouble médical?

35 Avez-vous déjà fait usage de drogues autres que le cannabis (marijuana)? Dans **l'affirmative**, veuillez remplir le tableau ci-dessous. PERSONNE ASSURÉE 1
OUI NON PERSONNE ASSURÉE 2
OUI NON

PERSONNE ASSURÉE 1

TYPE	SUR UNE BASE RÉGULIÈRE	AU MOINS UNE FOIS AU COURS DES 2 DERNIÈRES ANNÉES	AU MOINS UNE FOIS AU COURS DES 3 À 5 DERNIÈRES ANNÉES	AU MOINS UNE FOIS AU COURS DES 5 À 10 DERNIÈRES ANNÉES	AU MOINS UNE FOIS IL Y A PLUS DE 10 ANS
Amphétamines (ecstasy, speed)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaïne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hallucinogènes (acide, LSD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiacés (héroïne, morphine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stéroïdes anabolisants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous reçu un traitement pour cet usage? Oui Non
 Dans **l'affirmative**, veuillez indiquer la date et la durée du traitement : _____

PERSONNE ASSURÉE 2

TYPE	SUR UNE BASE RÉGULIÈRE	AU MOINS UNE FOIS AU COURS DES 2 DERNIÈRES ANNÉES	AU MOINS UNE FOIS AU COURS DES 3 À 5 DERNIÈRES ANNÉES	AU MOINS UNE FOIS AU COURS DES 5 À 10 DERNIÈRES ANNÉES	AU MOINS UNE FOIS IL Y A PLUS DE 10 ANS
Amphétamines (ecstasy, speed)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaïne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hallucinogènes (acide, LSD)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiacés (héroïne, morphine)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stéroïdes anabolisants	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres : _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous reçu un traitement pour cet usage? Oui Non
 Dans **l'affirmative**, veuillez indiquer la date et la durée du traitement : _____

36 Consommez-vous de l'alcool? Dans **l'affirmative**, veuillez remplir le tableau ci-dessous. PERSONNE ASSURÉE 1
OUI NON PERSONNE ASSURÉE 2
OUI NON

PERSONNE ASSURÉE 1

En moyenne, combien de boissons alcoolisées consommez-vous par semaine?

TYPE	PLUS DE 50	DE 43 À 49	DE 36 À 42	DE 29 À 35	DE 22 À 28	DE 15 À 21	DE 8 À 14	DE 1 À 7
Bière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Combien d'unités d'alcool buvez-vous normalement lors d'une même occasion? _____
 Avez-vous déjà reçu, ou vous a-t-on recommandé de recevoir, du counselling ou des traitements pour abus d'alcool? Oui Non
 Dans **l'affirmative**, cochez les cases qui s'appliquent : On m'a recommandé de diminuer ma consommation ou d'obtenir du soutien
 J'ai demandé des conseils ou du counselling J'ai reçu un traitement ou du counselling

PERSONNE ASSURÉE 2

En moyenne, combien de boissons alcoolisées consommez-vous par semaine?

TYPE	PLUS DE 50	DE 43 À 49	DE 36 À 42	DE 29 À 35	DE 22 À 28	DE 15 À 21	DE 8 À 14	DE 1 À 7
Bière	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Combien d'unités d'alcool buvez-vous normalement lors d'une même occasion? _____
 Avez-vous déjà reçu, ou vous a-t-on recommandé de recevoir, du counselling ou des traitements pour abus d'alcool? Oui Non
 Dans **l'affirmative**, cochez les cases qui s'appliquent : On m'a recommandé de diminuer ma consommation ou d'obtenir du soutien
 J'ai demandé des conseils ou du counselling J'ai reçu un traitement ou du counselling

Antécédents personnels

INSTRUCTIONS

Veillez répondre aux questions 37 et 38 pour les personnes assurées de tous âges. Si un avenant d'assurance d'enfants est demandé, veuillez répondre aux questions 52 à 60 de la section Avenant d'assurance d'enfants.

VOYAGES

- 37** À l'exception des voyages ne dépassant pas 6 mois par an dans les pays d'Amérique du Nord, des Caraïbes ou de l'Union européenne, prévoyez-vous voyager ou résider à l'extérieur du Canada au cours des 12 prochains mois?
- Dans **l'affirmative**, veuillez préciser les pays, les villes, le but du voyage, la durée du séjour et le nombre de voyages prévus par année. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser la section Remarques ou remplir le questionnaire *Déplacements à l'étranger* (UW-FTQ399FR).

PERSONNE ASSURÉE 1	PERSONNE ASSURÉE 2
OUI NON	OUI NON

PERSONNE ASSURÉE 1

VILLE ET PAYS	BUT DU VOYAGE	DURÉE DU SÉJOUR	NOMBRE AU MOINS UNE FOIS PAR AN

PERSONNE ASSURÉE 2

VILLE ET PAYS	BUT DU VOYAGE	DURÉE DU SÉJOUR	NOMBRE AU MOINS UNE FOIS PAR AN

STYLE DE VIE ET LOISIRS

- 38** a) Portez-vous un bracelet d'activité physique mesurant les calories brûlées, le nombre de pas, le rythme cardiaque, les heures de sommeil, etc.?
- b) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous piloté un appareil autre qu'un avion d'une grande ligne aérienne commerciale ou envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois? Dans **l'affirmative**, veuillez remplir le *Questionnaire relatif à l'aviation* (UW-AVIQ312FR).
- c) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pratiqué un sport dangereux ou extrême (y compris, mais non de façon limitative, les arts martiaux mixtes, les sports de combat, le saut en ski, le saut à l'élastique, le saut extrême, la course automobile, le plongeon du haut d'une falaise, la plongée en scaphandre autonome, le saut en chute libre, le parachutisme, le surf aérien, le deltaplane, l'alpinisme, la motoneige hors-piste, le ski hors-piste) ou envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois? Dans **l'affirmative**, veuillez remplir le questionnaire pertinent.

PERSONNE ASSURÉE 1	PERSONNE ASSURÉE 2
OUI NON	OUI NON

Questions 38 d) à g) ne s'appliquent pas aux enfants (personnes assurées de moins de 16 ans).

- d) Au cours des 10 dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué?
- e) Au cours des 2 dernières années, avez-vous refusé de passer le test d'ivressomètre et(ou) eu deux infractions ou plus au code de la route?
- Si vous avez répondu par **l'affirmative** aux questions d) et e), veuillez fournir le numéro de permis de conduire ainsi que les raisons, les dates et les types d'infraction.

- f) Au cours des 10 dernières années, avez-vous été reconnu coupable d'un acte criminel ou de transactions frauduleuses ou avez-vous été accusé d'un acte criminel en instance? Dans **l'affirmative**, veuillez préciser les raisons, les dates et les types d'infraction.

- g) Au cours des 5 dernières années, avez-vous déclaré une faillite pour laquelle vous n'avez pas été libéré ou êtes-vous présentement en procédure de faillite? Dans **l'affirmative**, veuillez donner des détails

Antécédents médicaux **POUR LES PERSONNES ASSURÉES DE TOUS ÂGES**

INSTRUCTIONS

Lorsque vous répondez aux questions sur l'état de santé, **NE fournissez PAS de renseignements sur tout test génétique que vous avez subi ou prévoyez subir. Un test génétique est un test médical analysant l'ADN, l'ARN ou les chromosomes. Vous devez toutefois fournir les renseignements sur tout autre test médical. ASSUREZ-VOUS de répondre honnêtement à toutes les questions comme indiqué dans les avis de divulgation.**

PERSONNE ASSURÉE 1

39 Nom de la personne assurée : _____

Taille : _____ pi/po / cm Poids : _____ lb / kg

Changement de poids au cours des 12 derniers mois :

Aucun **ou** Perte : _____ Gain : _____

Raison de la perte/du gain de poids : _____

40 Consultez-vous un médecin de famille? Oui Non

Dans **l'affirmative**, veuillez donner le nom du médecin et de la clinique.

Nom du médecin/de la clinique : _____

Date de la dernière consultation : (JJ/MM/AAAA) _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Raison de la consultation : _____

PERSONNE ASSURÉE 2

41 Nom de la personne assurée : _____

Taille : _____ pi/po / cm Poids : _____ lb / kg

Changement de poids au cours des 12 derniers mois :

Aucun **ou** Perte : _____ Gain : _____

Raison de la perte/du gain de poids : _____

42 Consultez-vous un médecin de famille? Oui Non

Dans **l'affirmative**, veuillez donner le nom du médecin et de la clinique.

Nom du médecin/de la clinique : _____

Date de la dernière consultation : (JJ/MM/AAAA) _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Raison de la consultation : _____

Antécédents médicaux **POUR LES PERSONNES ASSURÉES DE TOUS ÂGES**

INSTRUCTIONS Si un examen paramédical ou une entrevue téléphonique est exigé(e), la ou les personnes assurées n'ont pas à répondre aux questions 43 à 51.

PERSONNE ASSURÉE 1

43 Avez-vous déjà eu ou vous êtes-vous déjà fait dire que vous aviez des troubles ou avez-vous déjà été traité ou conseillé en ce qui concerne:

a) **Coeur et système circulatoire :** Oui Non Dans **l'affirmative**, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- | | | | | | |
|------------------------------------|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Coeur | <input type="checkbox"/> Vaisseaux sanguins | <input type="checkbox"/> Palpitations | <input type="checkbox"/> Essoufflements | <input type="checkbox"/> Douleurs thoraciques | <input type="checkbox"/> Maladie vasculaire périphérique |
| <input type="checkbox"/> Angine | <input type="checkbox"/> Hypertension | <input type="checkbox"/> Crise cardiaque | <input type="checkbox"/> Fièvre rhumatismale | <input type="checkbox"/> Accident vasculaire cérébral (AVC) | <input type="checkbox"/> Accident ischémique transitoire (AIT) |
| <input type="checkbox"/> Pontage | <input type="checkbox"/> Mauvaise circulation | <input type="checkbox"/> ECG anormal | <input type="checkbox"/> Souffle cardiaque | <input type="checkbox"/> Angioplastie | <input type="checkbox"/> Malformation cardiaque congénitale |
| <input type="checkbox"/> Anévrisme | <input type="checkbox"/> Artériosclérose | <input type="checkbox"/> Poux irréguliers | <input type="checkbox"/> Caillot sanguin | <input type="checkbox"/> Taux élevés de cholestérol | |
- Toute autre maladie ou tout autre trouble des vaisseaux sanguins, du cœur ou du système circulatoire ou toute malformation cardiaque congénitale.

b) **Yeux, oreilles, nez, gorge, poumons, système respiratoire :** Oui Non Dans **l'affirmative**, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- | | | | | | | |
|----------------------------------|--|----------------------------------|--------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Poumons | <input type="checkbox"/> Essoufflements | <input type="checkbox"/> Gorge | <input type="checkbox"/> Sarcoïdose | <input type="checkbox"/> Toux persistante | <input type="checkbox"/> Autre trouble de la vue | <input type="checkbox"/> Maladie pulmonaire obstructive chronique |
| <input type="checkbox"/> Nez | <input type="checkbox"/> Emphysème | <input type="checkbox"/> Asthme | <input type="checkbox"/> Tuberculose | <input type="checkbox"/> Crachements de sang | <input type="checkbox"/> Apnée du sommeil | <input type="checkbox"/> Bronchite chronique |
| <input type="checkbox"/> Cécité | <input type="checkbox"/> Névrite optique | <input type="checkbox"/> Surdité | <input type="checkbox"/> Enrouements | <input type="checkbox"/> Fièvre persistante | | |
- Tout autre trouble ou toute autre maladie des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge, des poumons ou du système respiratoire.

c) **Système gastro-intestinal :** Oui Non Dans **l'affirmative**, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- | | | | | |
|--|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Organes digestifs | <input type="checkbox"/> Ulcère | <input type="checkbox"/> Indigestion récurrente | <input type="checkbox"/> Maladie coeliaque | <input type="checkbox"/> Diarrhée persistante ou chronique |
| <input type="checkbox"/> Colite ulcéreuse | <input type="checkbox"/> Colite | <input type="checkbox"/> Maladie de Crohn | <input type="checkbox"/> Hépatite | <input type="checkbox"/> Maladie intestinale inflammatoire |
| <input type="checkbox"/> Jaunisse | <input type="checkbox"/> Cirrhose du foie | <input type="checkbox"/> Problème gastro-intestinal | <input type="checkbox"/> Porteur du virus d'hépatite | <input type="checkbox"/> Saignement |
- Toute autre maladie ou tout autre trouble de la bouche, de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du pancréas, des intestins ou du rectum.

d) **Reins, vessie, et organes génitaux :** Oui Non Dans **l'affirmative**, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- | | | | | |
|--|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Reins | <input type="checkbox"/> Vessie | <input type="checkbox"/> Prostate | <input type="checkbox"/> Organes génitaux | <input type="checkbox"/> Maladies transmissibles sexuellement |
| <input type="checkbox"/> Néphrite | <input type="checkbox"/> Test de Pap anormal | <input type="checkbox"/> Organes urinaires | <input type="checkbox"/> Taux de sucre anormal | <input type="checkbox"/> Taux d'antigène prostatique spécifique (APS) élevé |
| <input type="checkbox"/> Sang dans l'urine | <input type="checkbox"/> Anomalie dans l'urine | <input type="checkbox"/> Taux de protéines anormal | <input type="checkbox"/> Toute autre maladie ou tout autre trouble | |

e) **Système nerveux et cerveau :** Oui Non Dans **l'affirmative**, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- | | | | | | |
|--|--|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Maux de tête chroniques | <input type="checkbox"/> Convulsions | <input type="checkbox"/> Fatigue chronique | <input type="checkbox"/> Perte de la parole | <input type="checkbox"/> Troubles héréditaires | <input type="checkbox"/> Maladie des motoneurones |
| <input type="checkbox"/> Perte de mémoire | <input type="checkbox"/> Maladie d'Alzheimer | <input type="checkbox"/> Coma | <input type="checkbox"/> Perte de sensation | <input type="checkbox"/> Dystrophie musculaire | <input type="checkbox"/> Blessures à la tête et au cerveau |
| <input type="checkbox"/> Faiblesse dans les extrémités | <input type="checkbox"/> Étourdissements | <input type="checkbox"/> Paralyse | <input type="checkbox"/> Neuropathie | <input type="checkbox"/> Sclérose en plaques | <input type="checkbox"/> Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig) |
| <input type="checkbox"/> Maladie de Parkinson | <input type="checkbox"/> Méningite | <input type="checkbox"/> Névrite | <input type="checkbox"/> Paralyse cérébrale | <input type="checkbox"/> Syndrome de Down | |
| <input type="checkbox"/> Perte d'équilibre | <input type="checkbox"/> Perte de conscience | <input type="checkbox"/> Épilepsie | <input type="checkbox"/> Engourdissements ou fourmillements | <input type="checkbox"/> Anomalie congénitale | |
- Toute autre maladie ou tout autre trouble cérébral ou du système nerveux

f) **Sang, système glandulaire et système endocrinien :** Oui Non Dans **l'affirmative**, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- | | | | | |
|--|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anémie | <input type="checkbox"/> Glandes hypertrophiées | <input type="checkbox"/> Diabète | <input type="checkbox"/> Glycémie anormale | <input type="checkbox"/> Troubles hormonaux |
| <input type="checkbox"/> Thyroïde | <input type="checkbox"/> Trouble de la glande surrénale | <input type="checkbox"/> Échographie anormale | <input type="checkbox"/> Tumeur | <input type="checkbox"/> Maladie du sein |
| <input type="checkbox"/> Mammographie anormale | <input type="checkbox"/> Trouble de la glande pituitaire | <input type="checkbox"/> Biopsie du sein | <input type="checkbox"/> Anémie persistante | <input type="checkbox"/> Hémophilie |
- Troubles du système endocrinien Toute autre maladie ou tout autre trouble des glandes et du sang

g) **Trouble nerveux, mental ou de l'humeur :** Oui Non Dans **l'affirmative**, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- | | | | | |
|---|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anxiété | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Surmenage | <input type="checkbox"/> Dépression | <input type="checkbox"/> Trouble bipolaire |
| <input type="checkbox"/> Schizophrénie | <input type="checkbox"/> Tentative de suicide | <input type="checkbox"/> Idéation de suicide | <input type="checkbox"/> Troubles du comportement | <input type="checkbox"/> Troubles alimentaires |
| <input type="checkbox"/> Troubles émotionnels | <input type="checkbox"/> Déficience cognitive | <input type="checkbox"/> Handicap lié au développement | <input type="checkbox"/> Trouble déficitaire de l'attention (TDA) | <input type="checkbox"/> Autisme |
- Toute autre maladie ou tout autre trouble psychologique ou psychiatrique

h) **Dos, muscles et os :** Oui Non Dans **l'affirmative**, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- | | | | | |
|------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arthrite | <input type="checkbox"/> Difformité | <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde | <input type="checkbox"/> Microtraumatismes répétés | <input type="checkbox"/> Toute autre maladie ou tout autre trouble du dos, des muscles, des os, des articulations, des membres, de la colonne vertébrale et autres conditions limitant la flexion ou exigeant du matériel adapté |
| <input type="checkbox"/> Paralysie | <input type="checkbox"/> Fibromyalgie | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Autres conditions limitant la flexion | |

i) **Système immunitaire :** Oui Non Dans **l'affirmative**, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Syndrome d'immunodéficience | <input type="checkbox"/> SIDA | <input type="checkbox"/> Résultats d'analyses indiquant une exposition au virus du SIDA (VIH) |
| <input type="checkbox"/> Lupus | <input type="checkbox"/> Sclérodémie | <input type="checkbox"/> Toute autre maladie ou tout autre trouble du système immunitaire |

j) **Tumeur ou croissance :** Oui Non Dans **l'affirmative**, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- | | | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Cancer | <input type="checkbox"/> Kyste | <input type="checkbox"/> Tumeur | <input type="checkbox"/> Lymphome | <input type="checkbox"/> Toute autre forme d'affection maligne, de croissance, de grosseur, de polype ou tout autre symptôme, traitement lié à toute tumeur, grosseur, croissance ou tout kyste ou cancer. |
| <input type="checkbox"/> Leucémie | <input type="checkbox"/> Polype | <input type="checkbox"/> Mélanome | | |

k) **Trouble cutané :** Oui Non Dans **l'affirmative**, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- | | | | | |
|------------------------------------|---|----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Psoriasis | <input type="checkbox"/> Lésions cutanées | <input type="checkbox"/> Ulcères | <input type="checkbox"/> Grain de beauté | <input type="checkbox"/> Syndrome du nævus dysplasique |
|------------------------------------|---|----------------------------------|--|--|
- Toute autre maladie ou tout autre trouble cutané(e)

○ PERSONNE ASSURÉE 2

44 Avez-vous eu ou vous êtes-vous déjà fait dire que vous aviez des troubles ou avez-vous déjà été traité ou conseillé en ce qui concerne :

a) **Coeur et système circulatoire :** ○ Oui ○ Non Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- Coeur Vaisseaux sanguins Palpitations Essoufflements Douleurs thoraciques Maladie vasculaire périphérique
 Angine Hypertension Crise cardiaque Fièvre rhumatismale Accident vasculaire cérébral (AVC) Accident ischémique transitoire (AIT)
 Pontage Mauvaise circulation ECG anormal Souffle cardiaque Angioplastie Malformation cardiaque congénitale
 Anévrisme Artériosclérose Poux irréguliers Caillot sanguin Taux élevés de cholestérol
 Toute autre maladie ou tout autre trouble des vaisseaux sanguins, du cœur ou du système circulatoire ou toute malformation cardiaque congénitale.

b) **Yeux, oreilles, nez, gorge, poumons, système respiratoire :** ○ Oui ○ Non Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- Poumons Essoufflements Gorge Sarcoïdose Toux persistante Autre trouble de la vue Maladie pulmonaire obstructive chronique
 Nez Emphysème Asthme Tuberculose Crachements de sang Apnée du sommeil Bronchite chronique
 Cécité Névrite optique Surdité Enrouements Fièvre persistante
 Tout autre trouble ou toute autre maladie des yeux, des oreilles, du nez, de la gorge, des poumons ou du système respiratoire.

c) **Système gastro-intestinal :** ○ Oui ○ Non Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- Organes digestifs Ulcère Indigestion récurrente Maladie coeliaque Diarrhée persistante ou chronique
 Colite ulcéreuse Colite Maladie de Crohn Hépatite Maladie intestinale inflammatoire
 Jaunisse Cirrhose du foie Problème gastro-intestinal Porteur du virus d'hépatite Saignement
 Toute autre maladie ou tout autre trouble de la bouche, de l'œsophage, de l'estomac, du foie, du pancréas, des intestins ou du rectum.

d) **Reins, vessie, et organes génitaux :** ○ Oui ○ Non Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- Reins Vessie Prostate Organes génitaux Maladies transmissibles sexuellement
 Néphrite Test de Pap anormal Organes urinaires Taux de sucre anormal Taux d'antigène prostatique spécifique (APS) élevé
 Sang dans l'urine Anomalie dans l'urine Taux de protéines anormal Toute autre maladie ou tout autre trouble

e) **Système nerveux et cerveau :** ○ Oui ○ Non Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- Maux de tête chroniques Convulsions Fatigue chronique Perte de la parole Troubles héréditaires Maladie des motoneurons
 Perte de mémoire Maladie d'Alzheimer Coma Perte de sensation Dystrophie musculaire Blessures à la tête et au cerveau
 Faiblesse dans les extrémités Étourdissements Paralyse Neuropathie Sclérose en plaques Sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig)
 Maladie de Parkinson Méningite Névrite Paralyse cérébrale Syndrome de Down
 Perte d'équilibre Perte de conscience Épilepsie Engourdissements ou fourmillements Anomalie congénitale
 Toute autre maladie ou tout autre trouble cérébral ou du système nerveux

f) **Sang, système glandulaire et système endocrinien :** ○ Oui ○ Non Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- Anémie Glandes hypertrophiées Diabète Glycémie anormale Troubles hormonaux
 Thyroïde Trouble de la glande surrénale Échographie anormale Tumeur Maladie du sein
 Mammographie anormale Trouble de la glande pituitaire Biopsie du sein Anémie persistante Hémophilie
 Troubles du système endocrinien Toute autre maladie ou tout autre trouble des glandes et du sang

g) **Trouble nerveux, mental ou de l'humeur :** ○ Oui ○ Non Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- Anxiété Stress Surmenage Dépression Trouble bipolaire
 Schizophrénie Tentative de suicide Idéation de suicide Troubles du comportement Troubles alimentaires
 Troubles émotionnels Déficience cognitive Handicap lié au développement Trouble déficitaire de l'attention (TDA) Autisme
 Toute autre maladie ou tout autre trouble psychologique ou psychiatrique

h) **Dos, muscles et os :** ○ Oui ○ Non Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- Arthrite Difformité Polyarthrite rhumatoïde Microtraumatismes répétés Toute autre maladie ou tout autre trouble du dos, des muscles, des os, des articulations, des membres, de la colonne vertébrale et autres conditions limitant la flexion ou exigeant du matériel adapté
 Paralyse Fibromyalgie Arthrose Autres conditions limitant la flexion

i) **Système immunitaire :** ○ Oui ○ Non Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- Syndrome d'immunodéficience SIDA Résultats d'analyses indiquant une exposition au virus du SIDA (VIH)
 Lupus Sclérodémie Toute autre maladie ou tout autre trouble du système immunitaire

j) **Tumeur ou croissance :** ○ Oui ○ Non Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- Cancer Kyste Tumeur Lymphome Toute autre forme d'affection maligne, de croissance, de grosseur, de polype ou tout autre symptôme, traitement lié à toute tumeur, grosseur, croissance ou tout kyste ou cancer.
 Leucémie Polype Mélanome

k) **Trouble cutané :** ○ Oui ○ Non Dans *l'affirmative*, veuillez cocher les cases appropriées et fournir des détails à la **section Remarques**.

- Psoriasis Lésions cutanées Ulcères Grain de beauté Syndrome du nævus dysplasique
 Toute autre maladie ou tout autre trouble cutané(e)

Antécédents familiaux **POUR LES PERSONNES ASSURÉES DE TOUS ÂGES**

- | | | <u>PERSONNE ASSURÉE 1</u> | | <u>PERSONNE ASSURÉE 2</u> | |
|--|-------|---------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| | | OUI | NON | OUI | NON |
| <p>51 a) Un membre de votre famille (vivant ou décédé) a-t-il déjà souffert ou souffre-t-il d'une maladie polykystique des reins, de la chorée de Huntington, d'une sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou-Gehrig)?</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.</p> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <p>b) Deux membres ou plus de votre famille (vivants ou décédés) ont-ils déjà souffert ou souffrent-ils d'une maladie du cœur, d'un accident vasculaire cérébral, d'un cancer (préciser le type), de diabète, d'une maladie des reins, d'une crise cardiaque, de sclérose en plaques, de la maladie d'Alzheimer ou de la maladie de Parkinson?</p> <p>Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.</p> | | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

PERSONNE ASSURÉE 1

MEMBRE DE LA FAMILLE	MALADIE/TROUBLE	ÂGE AU DÉBUT DE LA MALADIE/DU TROUBLE	ÂGE SI VIVANT	ÂGE AU DÉCÈS	CAUSE DU DÉCÈS
Père					
Mère					
Frère					
Frère					
Frère					
Sœur					
Sœur					
Sœur					

PERSONNE ASSURÉE 2

MEMBRE DE LA FAMILLE	MALADIE/TROUBLE	ÂGE AU DÉBUT DE LA MALADIE/DU TROUBLE	ÂGE SI VIVANT	ÂGE AU DÉCÈS	CAUSE DU DÉCÈS
Père					
Mère					
Frère					
Frère					
Frère					
Sœur					
Sœur					
Sœur					

Ajout d'un avenant d'assurance d'enfants

INSTRUCTIONS

Veillez 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. Il faudrait également répondre aux questions 33 à 51 pour l'assuré de base (le parent). Toutes les personnes assurées aux termes d'une couverture conjointe de base doivent satisfaire à ces exigences.

Capital assuré : _____ \$ De 5 000 \$ à 30 000 \$ (doit être par tranches de 5 000 \$)

- 52** a) Nom de l'enfant (prénom, nom de famille) : _____ Sexe : Masculin Féminin
Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) _____ Taille : _____ pi/po / cm Poids : _____ lb / kg
Nom et adresse du médecin de famille : _____
- b) Nom de l'enfant (prénom, nom de famille) : _____ Sexe : Masculin Féminin
Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) _____ Taille : _____ pi/po / cm Poids : _____ lb / kg
Nom et adresse du médecin de famille : _____
- c) Nom de l'enfant (prénom, nom de famille) : _____ Sexe : Masculin Féminin
Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) _____ Taille : _____ pi/po / cm Poids : _____ lb / kg
Nom et adresse du médecin de famille : _____
- d) Nom de l'enfant (prénom, nom de famille) : _____ Sexe : Masculin Féminin
Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) _____ Taille : _____ pi/po / cm Poids : _____ lb / kg
Nom et adresse du médecin de famille : _____

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.

S'applique aux enfants nommés à la section 52

	A		B		C		D	
	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI	NON
53 Parmi les enfants à assurer, y en a-t-il pour lesquels une assurance vie ou maladies graves a été refusée, reportée, offerte sous réserve de restrictions ou modifiée avec surprime?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
54 Parmi les enfants à assurer, y en a-t-il qui ont souffert d'une maladie, d'une déficience ou d'une blessure qui a nécessité un traitement, une chirurgie ou une hospitalisation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
55 Parmi les enfants à assurer, y en a-t-il qui sont nés prématurément? Dans l'affirmative , veuillez indiquer le poids à la naissance à la section Remarques.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
56 Parmi les enfants à assurer, y en a-t-il qui ont consulté ou été traités par un médecin ou autre praticien pour une maladie du cœur, un cancer, une déficience mentale, le syndrome d'immunodéficiência acquise ou un test positif du VIH ou un retard du développement physique ou mental, qu'il s'agisse de trouble connu ou soupçonné?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
57 A-t-on déjà prescrit des médicaments ou conseillé de suivre un traitement ou de subir un test diagnostique à l'un des enfants à assurer, que cela ait été fait ou non?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
58 Parmi les enfants à assurer, y en a-t-il qui ne sont pas des enfants légaux ou sont des enfants de la ou des personnes assurées dont l'adoption légale n'a pas encore été finalisée?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
59 Y a-t-il d'autres problèmes de santé qui n'ont pas été décrits ci-dessus?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
60 Parmi les enfants, y en a-t-il pour lesquels une couverture n'est pas demandée?							<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

REMARQUES – Détails des réponses **affirmatives**. Veuillez annexer les questionnaires pertinents dûment remplis, s'il y a lieu.

QUESTION N°	PERSONNE ASSURÉE N°	DÉTAILS (VEUILLEZ INDIQUER LES DATES, DIAGNOSTICS, RÉSULTATS DES EXAMENS, NOMS DES CONSEILLERS MÉDICAUX ET DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICAUX ET TRAITEMENTS.)

Reconnaissance et autorisation

Reconnaissance de la variabilité des polices VU

De nombreuses variables peuvent affecter le rendement d'une police. 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 des exclusions, une période de survie et une période moratoire. Référez-vous à la police pour en savoir plus.

Attestation du demandeur

En tant que demandeur(s) et propriétaire(s) indiqué(s) dans la présente *Demande de modification de police*, je reconnais/nous reconnaissons avoir passé en revue toutes les conditions de l'assurance demandée avec mon (nos) conseiller(s) en assurance indépendant(s) et avoir reçu des explications satisfaisantes.

Autorisation de divulguer de l'information à votre conseiller en assurance indépendant

En cochant « Oui » ci-dessous, vous nous autorisez à communiquer vos renseignements personnels à votre conseiller en assurance indépendant, qui pourra les utiliser pour vous parler de vos options d'assurance.

Ces renseignements sont notamment :

- Vos antécédents médicaux;
- Les résultats de tests médicaux et d'analyses de laboratoire obtenus de votre médecin ou effectués aux fins d'assurance;
- Vos antécédents de travail, votre situation financière, vos antécédents de consommation d'alcool ou d'autres drogues, votre dossier de conduite automobile et vos antécédents criminels;
- Tout autre élément pris en compte lors de l'évaluation de votre demande d'assurance.

Les renseignements ne seront communiqués qu'au conseiller en assurance indépendant nommé ci-dessous. Vous pouvez annuler cette autorisation en tout temps en nous appelant au 1-800-846-5970. Cette autorisation demeurera en vigueur 45 jours après l'établissement de la police ou l'envoi de la lettre de rejet de la demande d'assurance.

Nom du conseiller : _____ Code de conseiller : _____

La **PERSONNE ASSURÉE 1** consent-elle à la divulgation de renseignements la concernant? Oui Non

La **PERSONNE ASSURÉE 2** consent-elle à la divulgation de renseignements la concernant? Oui Non

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).

Regroupement avec :

(Prénom) _____ (Nom de famille) ou _____ (Numéro de police)

(Prénom) _____ (Nom de famille) ou _____ (Numéro de police)

Déclaration

Je déclare/Nous déclarons avoir lu toutes les questions posées et toutes les réponses données dans la présente demande et en avoir compris le sens et l'importance. **Autant que je sache/nous sachions, les déclarations faites et les réponses données dans la présente demande sont véridiques, complètes et inscrites correctement.**

CONFIRMATION ET ACCEPTATION

Je reconnais et conviens/Nous reconnaissons et convenons que :

- La présente demande comprend les pages i et 1 à 25, tout supplément y afférent (s'il y a lieu), et toute autre déclaration faite à son égard. Tous ces renseignements constitueront la base de toute police/couverture établie.
- La présente demande ne comprend aucune entente d'assurance provisoire.
- 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.
- La police établie conformément à la présente demande ne prend effet que si toutes les conditions suivantes sont remplies :
 - le montant intégral de la première prime est versé à *ivari* du vivant de toutes les personnes assurées en vertu de la police;
 - la police est délivrée au propriétaire du vivant de toutes les personnes assurées en vertu de la police;
 - 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; et
 - 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.
- Seuls le président conjointement avec un vice-président ou le secrétaire 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.
- 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.
- Toutes les primes doivent être payables à *ivari*.
- J'accuse/Nous accusons réception et je comprends/nous comprenons pleinement le contenu de la section intitulée Divulgence de rémunération, lorsqu'il y a lieu.
- De nouvelles règles fiscales régissant les polices d'assurance vie universelle sont en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2017. Si votre police a été établie avant 2017, son statut fiscal risque de changer si vous y apportez certaines modifications. Veuillez consulter votre conseiller pour bien comprendre l'incidence de ces modifications sur votre police.

AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'ai/Nous avons lu et je comprends/nous comprenons pleinement le contenu de l'Avis relatif au MIB, Inc., de l'Avis relatif aux rapports d'enquête et à la collecte de

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

Signer
ici

Signature de la **PERSONNE ASSURÉE 1**
Signature de l'un des parents ou du tuteur légal, si la personne assurée est mineure

Signer
ici

Signature du **PROPRIÉTAIRE 1**, si autre que la personne assurée

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

Signer
ici

Signature du bénéficiaire privilégié ou irrévocable actuel (le cas échéant)

Signer
ici

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.

renseignements et de l'Avis relatif à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels (appelés collectivement « les avis ») et je consens/nous consentons à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par *ivari* de mes/nos renseignements personnels aux fins déterminées dans ces avis et j'en prends/nous en prenons acte.

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 assurée, autorise et enjoins/nous, les personnes assurées, 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 assurée visée.

J'atteste/Nous attestons que les renseignements fournis dans la présente section sont véridiques et complets et m'engage/nous nous engageons à aviser immédiatement *ivari* de toute erreur, toute omission ou tout changement y afférent. En tant que propriétaire(s) de la police, je reconnais/nous reconnaissons que j'ai/nous avons l'obligation en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu d'aviser ivari* de tout changement de mon/notre statut de résidence aux fins de l'impôt. Je reconnais/Nous reconnaissons également que les renseignements contenus dans la présente section sur ma/notre police, mon/notre contrat ou mon/notre compte peuvent être transmis à l'Agence du revenu du Canada (ARC).

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

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.

Si vous ne désirez pas que vos renseignements personnels soient utilisés à cette fin, veuillez cocher ici ou nous écrire à : ivari, 500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8, à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels.

Signer
ici

Signature de la **PERSONNE ASSURÉE 2**
Signature de l'un des parents ou du tuteur légal, si la personne assurée est mineure

Signer
ici

Signature du **PROPRIÉTAIRE 2**, si autre que la personne assurée

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

Signer
ici

Témoin de la ou des signatures

Rapport du conseiller en assurance indépendant **DOIT ÊTRE REMPLI DANS TOUS LES CAS**

1. La section sur la détermination de l'existence d'un tiers doit être remplie pour toutes les demandes. Il est important de déployer tout effort raisonnable pour déterminer si le propriétaire agit pour le compte d'un tiers. La Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes comporte des exigences en matière de vérification de l'identité des clients, qui doit reposer sur certains documents. Elle exige en outre que l'existence de tiers, le cas échéant, soit établie et documentée. Lorsque j'ai demandé si le ou les propriétaires agissaient pour le compte d'un tiers, la personne ayant présenté la demande a répondu :
○ Non
○ Oui – Remplir et soumettre le Formulaire d'identification et de détermination de l'existence d'un tiers (IP-LP782FR).
○ Je ne parviens pas à déterminer, mais j'ai des motifs raisonnables de soupçonner l'existence d'un tiers.
Veuillez préciser (annexez une autre page si nécessaire) :

2. Avez-vous rempli la demande en présence de toutes les personnes assurées et tous les propriétaires? ○ Oui ○ Non
Dans la négative, veuillez donner les raisons : _____

La demande doit être remplie en présence de toutes les personnes assurées et tous les propriétaires pour une remise en vigueur, l'ajout ou l'augmentation d'une couverture, le changement du coût d'assurance ou de l'option de capital-décès avec tarification. Veuillez vous référer à la page « Modification demandée ».

3. Êtes-vous la personne assurée, le propriétaire ou le bénéficiaire de la police? CONSEILLER 1 CONSEILLER 2
○ Oui ○ Non ○ Oui ○ Non

4. Si vous avez un lien de parenté* avec la personne assurée, le propriétaire ou le bénéficiaire, veuillez préciser avec qui : _____

* Il peut s'agir d'un conjoint, d'un parent, d'un grand-parent, d'un frère ou d'une sœur, d'un enfant, d'un petit-enfant ou d'un beau-parent. Il peut également s'agir d'une société dans laquelle vous et/ou un membre de la famille détenez des intérêts.

- 5. En signant ci-dessous, je reconnais (nous reconnaissons) avoir divulgué, lorsqu'il y a lieu, les renseignements suivants au propriétaire de la police à établir dans le cadre de la présente demande :
a) Le nom de la ou des compagnies que je représente (nous représentons).
b) Toute rémunération (commissions ou salaire) que je recevrai (nous recevrons).
c) Tout conflit d'intérêts que cette transaction pourrait engendrer.
d) Ma/Notre conformité au Code d'éthique professionnelle d'ivari dans tous les aspects liés à cette souscription d'assurance.
e) Le fait que j'ai/nous avons l'autorisation d'exercer dans la province dans laquelle cette demande a été remplie.
f) La nature de mes/nos relations avec la ou les compagnies représentées.
g) Son droit, en tant que consommateur, de demander plus d'informations.

Remarques du conseiller :

Date d'effet future : (JJ/MM/AAAA) _____ Si autorisé, âge moins élevé? ○ Oui _____ ○ Non _____

Nota : Le remplacement ou la transformation d'un avenant ou d'une couverture aux termes d'une police d'assurance vie universelle sera en vigueur à la date d'anniversaire mensuel la plus proche de la date de la police. La nouvelle police ne peut être antidatée.

Avez-vous des renseignements sur les habitudes, la santé, les loisirs, les finances ou la réputation de chaque personne assurée qui pourraient influencer sur l'évaluation du risque? Dans l'affirmative, veuillez préciser ci-après.

Courriel du conseiller : _____

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

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

Signer ici Signature du conseiller Nom du conseiller

Signer ici Signature du conseiller Nom du conseiller

Signer ici Signature du maître de stage (s'il y a lieu) Nom du maître de stage

À remplir par le conseiller et le distributeur **DOIT ÊTRE REMPLI DANS TOUS LES CAS**

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

1. Personne-ressource du distributeur : _____ Nom et code du distributeur : _____
- Courriel – Personne-ressource du distributeur : _____ Téléphone – Personne-ressource du distributeur : _____
- Nom du conseiller/courtier délégué (1) : _____ Code de conseiller : _____ Quote-part : _____ %
- Nom de l'intermédiaire non rémunéré : _____ Code de conseiller : _____
- Nom du conseiller/courtier délégué (2) : _____ Code de conseiller : _____ Quote-part : _____ %
- Nom de l'intermédiaire non rémunéré : _____ Code de conseiller : _____
- Nom du conseiller/courtier délégué (3) : _____ Code de conseiller : _____ Quote-part : _____ %
- Nom de l'intermédiaire non rémunéré : _____ Code de conseiller : _____

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

2. Remarques du conseiller/distributeur :

3. Exigences de tarification demandées par le conseiller demandées par le distributeur

PERSONNE ASSURÉE 1

DEMANDÉ	AUPRÈS DE	FOURNI
<input type="checkbox"/> Ex. paramédical	_____	<input type="checkbox"/> Illustration signée
<input type="checkbox"/> Urine/VIH	_____	<input type="checkbox"/> Supplément à la proposition d'assurance signé
<input type="checkbox"/> Bil. sanguin/urine	_____	<input type="checkbox"/> Remplacement/Déclaration de divulgation
<input type="checkbox"/> ECG	_____	<input type="checkbox"/> États financiers
<input type="checkbox"/> ECG à l'effort	_____	<input type="checkbox"/> Questionnaires :
<input type="checkbox"/> Rapport d'enquête/BBR	_____	_____
<input type="checkbox"/> Entrevue téléphonique	_____	<input type="checkbox"/> Autre :
Meilleur moment pour vous joindre : _____		_____

PERSONNE ASSURÉE 2

DEMANDÉ	AUPRÈS DE	FOURNI
<input type="checkbox"/> Ex. paramédical	_____	<input type="checkbox"/> Illustration signée
<input type="checkbox"/> Urine/VIH	_____	<input type="checkbox"/> Supplément à la proposition d'assurance signé
<input type="checkbox"/> Bil. sanguin/urine	_____	<input type="checkbox"/> Remplacement/Déclaration de divulgation
<input type="checkbox"/> ECG	_____	<input type="checkbox"/> États financiers
<input type="checkbox"/> ECG à l'effort	_____	<input type="checkbox"/> Questionnaires :
<input type="checkbox"/> Rapport d'enquête/BBR	_____	_____
<input type="checkbox"/> Entrevue téléphonique	_____	<input type="checkbox"/> Autre :
Meilleur moment pour vous joindre : _____		_____



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

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

LP386FR 5/19

ivari.ca