

## Demande d'exercice de l'option d'achat

Numéro de police \_\_\_\_\_ Personne assurée \_\_\_\_\_

Assurance invalidité en vigueur (inclure toute couverture collective, individuelle, etc.)

NOM DE LA COMPAGNIE	TYPE	MONTANT MENSUEL	PÉRIODE DE PRESTATIONS	DÉLAI DE CARENCE
				_____ jours
				_____ jours
				_____ jours

### À REMPLIR DANS TOUS LES CAS

Revenu annuel gagné (avant impôt) : \_\_\_\_\_ \$

Travailleur indépendant seulement – Revenu d'entreprise : \_\_\_\_\_ \$

Charges (soustraire) : \_\_\_\_\_ \$

Revenu gagné net : \_\_\_\_\_ \$

Revenu non gagné – source : \_\_\_\_\_ \$

Montant (annuel) : \_\_\_\_\_ \$

### VEUILLEZ JOINDRE UNE COPIE DE VOS DEUX DERNIÈRES DÉCLARATIONS DE REVENUS\*

\* Votre numéro d'assurance sociale (NAS) servira uniquement à la déclaration d'impôt, la tenue des dossiers et l'identification, lorsqu'il y a lieu. L'utilisation de votre NAS aux fins d'identification est facultative. Vous pouvez en tout temps retirer votre consentement à cet égard en contactant les Services aux clients d'ivari au numéro indiqué sur votre police. 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. Pour éviter tout retard à l'avenir, vous pouvez fournir votre NAS dès aujourd'hui.

Nouvelle police : \_\_\_\_\_ Période d'indemnisation : \_\_\_\_\_ (ne peut dépasser celle de la police de base)

Montant demandé en vertu de l'option : \_\_\_\_\_ \$ Délai de carence : \_\_\_\_\_ jours (ne peut être inférieur à celui de la police de base)

Je reconnais que mes réponses aux questions qui précèdent seront utilisées par ivari pour déterminer le taux de ma prime. Si lesdites réponses ne sont pas véridiques, complètes et correctement consignées, toute police établie en fonction du présent questionnaire pourrait être déclarée nulle et non avenue pour fausse déclaration ou fraude.

J'affirme que j'ai lu toutes les questions et réponses fournies dans ce questionnaire et que les déclarations et réponses qui précèdent sont, à ma connaissance, véridiques, complètes et correctement consignées. Je comprends et consens à ce que le présent questionnaire fasse partie intégrante de ma proposition d'assurance soumise auprès d'ivari.

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

\_\_\_\_\_  
 Signature de la personne assurée

\_\_\_\_\_  
 Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
 Signature du propriétaire, si autre que la personne assurée

\_\_\_\_\_  
 Signature du témoin

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

La politique d'ivari sur la protection de la vie privée, que vous pouvez consulter sur [ivari.ca](http://ivari.ca), décrit la façon dont nous traitons vos renseignements personnels, en votre qualité de personne assurée. Elle énonce également vos droits et les choix qui vous sont offerts.

En résumé :

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

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

**Si vous ne fournissez pas votre NAS ici, ivari devra l'obtenir avant de pouvoir traiter certaines transactions qui peuvent être demandées à l'avenir (conformément à la législation fiscale).** Si votre NAS est fourni, nous pourrions également l'utiliser si nécessaire aux fins décrites dans le présent **avis de confidentialité** ou dans notre politique sur la protection de la vie privée.

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

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

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

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

### CONSENTEMENT REQUIS POUR CE FORMULAIRE ET POUR LA POLICE

Les autorisations suivantes sont nécessaires lors de la soumission de ce formulaire à ivari :

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

\_\_\_\_\_  
Signature de la **personne assurée**



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



**Vous pouvez nous transmettre de manière instantanée et sécurisée vos formulaires remplis et signés en utilisant notre outil en ligne [Envoyer des documents](#) accessible sur [ivari.ca](http://ivari.ca).**

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