



Un pas de plus vers la tranquillité d'esprit

Proposition d'assurance
vie, santé et invalidité

 **Desjardins**
Assurances
Vie • Santé • Retraite

1, Complexe Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1E2
1 888 558-5525

200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2
1 888 558-5525

⚠ Informations importantes et directives

- 1- Assurez-vous que vous avez indiqué toute l'information requise dans la présente proposition d'assurance avant de la soumettre au siège social de Desjardins Assurances. Des renseignements manquants retarderont son traitement.
- 2- Veuillez utiliser cette proposition pour demander une assurance vie (traditionnelle ou universelle), invalidité, maladies graves ou soins de santé, ou pour demander une modification exigeant des preuves d'assurabilité.
Note : Une personne à assurer peut demander la protection SOLO Assurance salaire et/ou la protection SOLO Assurance proprio dans la même proposition. Si plus d'une personne à assurer demande la protection SOLO Assurance salaire et/ou la protection SOLO Assurance proprio, une proposition distincte doit alors être remplie pour chaque personne.
- 3- Veuillez **ne pas** utiliser cette proposition si vous demandez une modification à un contrat existant et que cette modification n'exige pas de preuves d'assurabilité.
- 4- Veuillez poser toutes les questions pertinentes de cette proposition à votre client et consigner complètement et précisément ses réponses.
De plus, assurez-vous que toutes les signatures requises figurent aux pages 32, 34, 35, 38, 39 et 41.
- 5- Veuillez écrire lisiblement et préférablement à l'encre noire afin de faciliter les photocopies. N'utilisez pas de guillemets de répétition ni de correcteur liquide. N'effacez pas. Si vous devez faire une correction, rayez l'erreur et demandez au client d'y apposer ses initiales .
- 6- **Assurez-vous que vous utilisez la version la plus récente du logiciel pour illustrer l'assurance choisie.** L'illustration doit être soumise avec la proposition. En ce qui concerne les protections d'assurance vie universelle et d'assurance vie avec participation, le document « Déclarations et signatures de l'illustration » doit aussi être signé par le preneur et soumis avec la proposition.
- 7- Vous devez remettre une copie de l'**Avis relatif au MIB, LLC** (pages 27 et 29):
 - à chaque personne à assurer âgée de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces autres que le Québec).
 - au parent, tuteur ou représentant légal de chaque personne à assurer âgée de **moins de 14 ans** (Québec) ou de **moins de 16 ans** (provinces autres que le Québec).
- 8- Utilisez la **section G - Instructions spéciales** (page 20) pour indiquer les demandes de « conservation de l'âge (*backdating*) ».
- 9- Si vous **ajoutez un ou des assurés à un contrat existant**, consultez l'aide-mémoire disponible sur **web**  (www.webi.ca).

Notes de couverture provisoire ou conditionnelle

Vous devez remettre ces notes de couverture au preneur **seulement si** :

- 1- Le formulaire a été rempli et signé (page 38) et que toutes les conditions sont satisfaites; **et**
- 2- La prime initiale est jointe à cette proposition.

Tables des matières

Partie 1

A - Informations générales	1
B - Bénéficiaires	4
C - Type et montant de l'assurance demandée	7
D - Modification majeure	7
E - Admissibilité	8

Partie 2

F - Déclaration d'assurabilité	11
G - Instructions spéciales	20

Partie 3

H - Paiement et prime	21
I - Demande de note de couverture provisoire en cas de décès (À remplir lorsqu'une assurance vie est demandée.).....	23
J - Demande de note de couverture provisoire en cas de maladie grave (À remplir lorsqu'une assurance maladies graves est demandée.).....	23
K - Demande de note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité (À remplir lorsqu'une assurance invalidité est demandée.).....	23
L - Avis relatif au MIB, LLC	27
M - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins	31
N - Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances	33
O - Autorisation relative à la divulgation de renseignements personnels complémentaires au représentant	35
P - Reçu pour la prime initiale - À remettre au preneur si les conditions s'appliquent.....	35
Q - Déclarations et autorisations	37
R - Consentement particulier	39
S - Informations et déclaration du représentant.....	41

Références

Annexe

¹ Cette section n'est obligatoire que si cette protection est demandée.

Numéro de contrat :

Affaires nouvelles Modification majeure

Référence : _____

Dossier de services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et de services complémentaires

A - Informations générales

A1 - Identification des personnes à assurer et des preneurs (Personnes physiques)

- Si vous demandez la protection Assurance vie - enfants ou si vous voulez assurer des enfants en vertu du produit SOLO Assurance soins de santé, les enfants à assurer doivent être indiqués à la **section F8** (page 18).
- Pour les demandes d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne, si la personne à assurer est aussi le preneur, veuillez remplir la **section A3 - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt** (page 2).

<input type="checkbox"/> Assuré 1 seulement		<input type="checkbox"/> Assuré 1 et preneur 1		<input type="checkbox"/> Assuré 2 seulement		<input type="checkbox"/> Assuré 2 et preneur 2	
Prénom				Prénom			
Nom				Nom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Statut <input type="checkbox"/> Privilégié (non fumeur) <input type="checkbox"/> Régulier (fumeur)		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Statut <input type="checkbox"/> Privilégié (non fumeur) <input type="checkbox"/> Régulier (fumeur)	
Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Lieu de naissance (pays)		Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Lieu de naissance (pays)	
⚠ Si votre lieu de naissance n'est pas au Canada, précisez la date d'arrivée au Canada (aaaa-mm-jj) : _____				⚠ Si votre lieu de naissance n'est pas au Canada, précisez la date d'arrivée au Canada (aaaa-mm-jj) : _____			
Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent (immigrant reçu) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent (immigrant reçu) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si non , précisez votre statut et répondez à la question ci-dessous : <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Résident temporaire avec permis de travail <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile <input type="checkbox"/> Autre : _____				Si non , précisez votre statut et répondez à la question ci-dessous : <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Résident temporaire avec permis de travail <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Avez-vous fait une demande de résidence permanente ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Avez-vous fait une demande de résidence permanente ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Adresse (N°, rue, app.)				Adresse (N°, rue, app.)			
Ville		Province		Ville		Province	
Code postal		Courriel		Code postal		Courriel	
Numéro de téléphone à 10 chiffres				Numéro de téléphone à 10 chiffres			
Rés. : _____		Cell. : _____		Rés. : _____		Cell. : _____	
Trav. : _____		poste : _____		Trav. : _____		poste : _____	
Employeur (nom et ville)				Employeur (nom et ville)			
Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)		Revenu annuel		Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)		Revenu annuel	
		\$				\$	
Est-ce que vous parlez et comprenez le français ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Est-ce que vous parlez et comprenez le français ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si non , indiquez la langue que vous parlez : _____				Si non , indiquez la langue que vous parlez : _____			
Qui vous explique le contenu de cette proposition dans votre langue ? (Note : Cette personne ne doit pas être un preneur ni un bénéficiaire identifié dans la proposition.) <input type="checkbox"/> Votre représentant <input type="checkbox"/> Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :				Qui vous explique le contenu de cette proposition dans votre langue ? (Note : Cette personne ne doit pas être un preneur ni un bénéficiaire identifié dans la proposition.) <input type="checkbox"/> Votre représentant <input type="checkbox"/> Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :			
Prénom		Nom		Lien avec vous		Prénom	
						Nom	
						Lien avec vous	

A - Informations générales (suite)
A2 - Identification d'un preneur qui n'est pas une personne à assurer

- S'il y a plus d'un preneur sans protection, veuillez fournir les renseignements personnels figurant ci-dessous dans la **section G - Instructions spéciales** (page 20).

Preneur – Personne physique

Prénom		Nom	
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Courriel	Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)
Adresse (N°, rue, app.) <input type="checkbox"/> même que l'Assuré 1			Ville
Province	Code postal	Est-ce que vous parlez et comprenez le français? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Numéro de téléphone à 10 chiffres		Si non , indiquez la langue que vous parlez: _____	
Rés. : _____	Cell. : _____	Qui vous explique le contenu de cette proposition dans votre langue? (Note : Cette personne ne doit pas être un preneur ni un bénéficiaire identifié dans la proposition.)	
		<input type="checkbox"/> Votre représentant <input type="checkbox"/> Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :	
Trav. : _____, poste : _____	Prénom	Nom	Lien avec vous

Preneur – Personne morale, fiducie ou autre entité (ex. : Priorité santé - affaires, SOLO Assurance proprio)

Remarque : Veuillez remplir le formulaire **08295F** pour tous les contrats d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne.

Numéro d'entreprise fédéral
(toutes les provinces et tous les territoires)

Numéro d'entreprise provincial
(Québec seulement)

Numéro de fiducie fédéral
(toutes les provinces et tous les territoires)

Numéro de fiducie provincial
(Québec seulement)

_____ ou _____ T _____ - _____ - _____

Important : S'il manque un numéro d'entreprise ou de fiducie, le preneur devra les fournir à Desjardins Assurances dans un délai de **90 jours**.

Nom de l'entreprise			
Adresse (N°, rue, app.)	Ville	Province	Code postal
Courriel	Numéro de téléphone à 10 chiffres _____, poste : _____		

L'entreprise exerce-t-elle des activités liées à l'industrie du cannabis (culture, transformation, vente ou autres activités connexes)? Oui Non

Si **oui** : Toute entreprise qui exerce des activités liées à l'industrie du cannabis doit détenir une **licence de Santé Canada**. Pour certaines de ces activités, une **licence de l'Agence du revenu du Canada** est aussi exigée.

Important : Vous devez nous fournir une copie de cette ou ces **licences valides** dans les **90 jours** qui suivent la signature de votre proposition. Sinon, nous ne pourrions pas analyser votre demande.

Identification du signataire autorisé

- Veuillez joindre le ou les documents donnant le pouvoir d'agir au signataire autorisé identifié ci-dessous (ex. : une procuration ou une résolution).

Prénom	Nom	Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)
Adresse (N°, rue, app.)		
Ville	Province	Code postal

A3 - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (Preneur – Personne physique)

À remplir pour toute demande d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne.

Si le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité, veuillez remplir le formulaire **08295F** pour la déclaration de résidence aux fins de l'impôt. Pour plus de détails, veuillez consulter la documentation sur [web](#).

Note : S'il y a plus de 2 preneurs, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous dans la **section G – Instructions spéciales** (page 20).

Cochez toutes les options qui s'appliquent à votre situation et fournissez tous les renseignements demandés. Si votre déclaration n'est pas remplie correctement, nous ne pourrions pas analyser votre demande d'assurance.

Preneur qui remplit la déclaration : <input type="checkbox"/> Preneur 1 identifié à la section A1 <input type="checkbox"/> Preneur identifié à la section A2	Preneur qui remplit la déclaration : <input type="checkbox"/> Preneur 2 identifié à la section A1 <input type="checkbox"/> Preneur identifié à la section A2
<input type="checkbox"/> Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.	<input type="checkbox"/> Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.
<input type="checkbox"/> Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen des États-Unis.	<input type="checkbox"/> Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen des États-Unis.
a) Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'identification fiscal (NIF) des États-Unis : _____	a) Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'identification fiscal (NIF) des États-Unis : _____
b) Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	b) Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____	c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

A - Informations générales (suite)
 Je suis résident d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.

a) Si vous cochez cette case, indiquez vos pays de résidence aux fins de l'impôt et vos numéros d'identification fiscaux (NIF).

Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF

 b) Si vous n'avez pas de NIF, expliquez pourquoi en cochant l'une des cases suivantes :

 Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu.

 Mon pays de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents.

 Autre raison (expliquez) : _____

c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

 Je suis résident d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.

a) Si vous cochez cette case, indiquez vos pays de résidence aux fins de l'impôt et vos numéros d'identification fiscaux (NIF).

Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF

 b) Si vous n'avez pas de NIF, expliquez pourquoi en cochant l'une des cases suivantes :

 Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu.

 Mon pays de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents.

 Autre raison (expliquez) : _____

c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

A4 - Vérification de l'identité du preneur (Personne physique)

Pour quel preneur vérifiez-vous l'identité ?

 Preneur 1 identifié à la section A1

 Preneur identifié à la section A2

 Carte d'assurance maladie*

 Carte de citoyenneté

 Passeport

 Autre carte-photo émise par un gouvernement

 Permis de conduire

* Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Lieu d'émission

Province, territoire ou État : _____

Pays : _____

 Date d'expiration (aaaa-mm-jj)
(un document expiré n'est pas valide)

 Date de vérification de la pièce d'identité
(aaaa-mm-jj)

Pour quel preneur vérifiez-vous l'identité ?

 Preneur 2 identifié à la section A1

 Preneur identifié à la section A2

 Carte d'assurance maladie*

 Carte de citoyenneté

 Passeport

 Autre carte-photo émise par un gouvernement

 Permis de conduire

* Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Lieu d'émission

Province, territoire ou État : _____

Pays : _____

 Date d'expiration (aaaa-mm-jj)
(un document expiré n'est pas valide)

 Date de vérification de la pièce d'identité
(aaaa-mm-jj)

Veillez remplir la section suivante si une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne est demandée.

Numéro de la pièce d'identité sélectionnée ci-dessus

Si vous vérifiez l'identité à distance, le preneur doit aussi présenter l'un des documents suivants pour confirmer son nom et son adresse :

 Facture de services publics

 Relevé des prestations de l'assurance-emploi

 Relevé de la sécurité de la vieillesse

 État des prestations du régime de pensions du Canada

 Relevé bancaire ou de carte de crédit (le relevé ne doit pas être émis par une caisse ou une entité du Mouvement Desjardins)

 Autre document provenant d'une source fiable qui comprend le nom et l'adresse du preneur : _____

Nom de l'émetteur

Numéro de compte ou de référence

Date d'émission (aaaa-mm-jj)

Numéro de la pièce d'identité sélectionnée ci-dessus

Si vous vérifiez l'identité à distance, le preneur doit aussi présenter l'un des documents suivants pour confirmer son nom et son adresse :

 Facture de services publics

 Relevé des prestations de l'assurance-emploi

 Relevé de la sécurité de la vieillesse

 État des prestations du régime de pensions du Canada

 Relevé bancaire ou de carte de crédit (le relevé ne doit pas être émis par une caisse ou une entité du Mouvement Desjardins)

 Autre document provenant d'une source fiable qui comprend le nom et l'adresse du preneur : _____

Nom de l'émetteur

Numéro de compte ou de référence

Date d'émission (aaaa-mm-jj)

A5 - Vérification de l'identité du signataire autorisé (Preneur – Personne morale, fiduciaire ou autre entité)
 **La vérification de l'identité du signataire autorisé doit s'effectuer dans le formulaire 08295F si une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne est demandée.**
 Carte d'assurance maladie*

 Carte de citoyenneté

 Passeport

 Autre carte-photo émise par un gouvernement

 Permis de conduire

* Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.

Lieu d'émission

Province, territoire ou État : _____

Pays : _____

 Date d'expiration (aaaa-mm-jj)
(un document expiré n'est pas valide)

 Date de vérification de la pièce d'identité
(aaaa-mm-jj)

A - Informations générales (suite)

A6 - Preneur subrogé

- Au décès d'un des preneurs, les droits et intérêts de ce preneur relativement au présent contrat seront transférés :

<input type="checkbox"/> au preneur survivant (s'applique seulement aux contrats comportant plus d'un preneur)		<input type="checkbox"/> au preneur subrogé nommé ci-dessous	
Prénom		Nom	
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Numéro de téléphone à 10 chiffres	
Adresse (N°, rue, app.) <input type="checkbox"/> même que l'Assuré 1		Ville	Province
			Code postal

A7 - Situation financière de l'entreprise

- À remplir si l'assurance choisie est considérée comme une assurance d'entreprise (ex. : partenariat, employé clé ou prêt à une entreprise).

i Assurance vie : si le total du montant d'assurance en vigueur, y compris le montant actuel demandé, **est supérieur à 500 000 \$**.

i Assurance maladies graves : si le total du montant d'assurance en vigueur, y compris le montant actuel demandé, **est supérieur à 250 000 \$**.

- Fournir les états financiers selon le montant d'assurance demandé.

Nature de l'entreprise	Pourcentage détenu par l'Assuré 1 %	Pourcentage détenu par l'Assuré 2 %
Informations sur l'entreprise du preneur	Dernière année	Avant-dernière année
Actif	\$	\$
Passif	\$	\$
Revenu net	\$	\$
Chiffre d'affaires	\$	\$
Valeur marchande	\$	\$
But de l'assurance :	Date de fin de l'exercice financier (aaaa-mm-jj) :	

Assurance sur la tête d'autres associés ou dirigeants (inclure l'assurance en vigueur ou en suspens)

Nom des associés ou dirigeants	% des actions	En vigueur	En suspens	Compagnie d'assurance
		\$	\$	
		\$	\$	

B - Bénéficiaires

B1 - Décès

- i** Pour un contrat comportant la protection Priorité santé - affaires, veuillez remplir la **section B4 - Priorité santé - affaires** (page 6) seulement.

Directive : Veuillez indiquer à qui doivent être versés tous les montants payables en cas de décès de la personne assurée en vertu de ce contrat.

Ex. : montant d'assurance vie, remboursement des primes, prestation de décès prévue dans une protection autre qu'une assurance vie.

- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.
- Veuillez utiliser la **section G - Instructions spéciales** (page 20) si vous avez besoin de plus d'espace.

Bénéficiaire(s) de l'Assuré 1	%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					

B - Bénéficiaires (suite)

Bénéficiaire(s) de l'Assuré 2	%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					

B2 - Désignation de bénéficiaires subrogés

- Si un bénéficiaire indiqué dans la **section B1 - Décès** (page 4) décède avant la personne assurée, le bénéficiaire subrogé indiqué ci-dessous remplace ce bénéficiaire.

Bénéficiaire de l'Assuré 1	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom		<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom				
Bénéficiaire de l'Assuré 2				
Prénom		<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom				

B3 - Maladies graves

 Pour un contrat comportant la protection Priorité santé - affaires, veuillez remplir la **section B4 - Priorité santé - affaires** (page 6) seulement.

Directive : Veuillez indiquer à qui doivent être versés tous les montants payables si la personne assurée souffre d'une maladie grave couverte en vertu d'une protection de ce contrat.

Ex. : montant d'assurance ou avance payable par une protection d'assurance maladies graves

- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.
- Veuillez utiliser la **section G - Instructions spéciales** (page 20) si vous avez besoin de plus d'espace.

Bénéficiaire(s) de l'Assuré 1	%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					
Bénéficiaire(s) de l'Assuré 2					
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					

B - Bénéficiaires (suite)
B4 - Priorité santé - affaires

Directive : Si le bénéficiaire de la **prestation de maladie grave** et de la **prestation de décès** est une personne morale, vous n'avez pas à indiquer le lien qui existe entre ce bénéficiaire et le preneur / l'assuré. **Toutefois**, si le bénéficiaire est une personne physique, veuillez indiquer, sous le nom du bénéficiaire, le lien qui existe entre ce bénéficiaire et le copreneur (personne physique), si le contrat est établi au Québec, ou l'assuré, si le contrat est établi dans une province autre que le Québec.

- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100%.
- Veuillez utiliser la **section G - Instructions spéciales** (page 20) si vous avez besoin de plus d'espace.

Prestation de maladie grave			Prestation de décès		
Bénéficiaire(s)	%	Statut	Bénéficiaire(s)	%	Statut
Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Prestation de santé

Bénéficiaire(s)	%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					

B5 - Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces autres que le Québec)

- Cette section peut être remplie pour les contrats qui sont établis à l'extérieur du Québec seulement.
- Si vous avez désigné un bénéficiaire mineur aux **sections B1 - Décès** (page 4) et **B3 - Maladies graves** (page 5), vous pouvez désigner un fiduciaire pour ce bénéficiaire.

Bénéficiaire(s) de l'Assuré 1	Fiduciaire	Date de naissance du fiduciaire (aaaa-mm-jj)	Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire	Sexe
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom	Nom			
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom	Nom			
Bénéficiaire(s) de l'Assuré 2				
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom	Nom			
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom	Nom			

C - Type et montant de l'assurance demandée

- L'illustration (tableau du siège social et exigences de sélection) doit être soumise avec la proposition.
- Pour les protections d'assurance vie universelle et d'assurance vie avec participation, le document « Déclarations et signatures de l'illustration » doit aussi être signé par le preneur et soumis avec la proposition.
- Pour les protections d'assurance invalidité SOLO, indiquez les périodes d'attente et d'indemnisation.

Assuré 1		Assuré 2	
Nom de la protection	Montant d'assurance	Nom de la protection	Montant d'assurance
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Protections complémentaires :		Protections complémentaires :	

- Individuelle
 Conjointe premier décès
 Conjointe dernier décès
 Conjointe dernier décès, libérée premier décès

Groupe affinité

La totalité (100 %) du fonds accumulé (assurance vie universelle) sera versée au moment du paiement de la prestation de décès prévue par la protection choisie (option par défaut).

Autres choix : 100 % au premier décès variable à chaque décès, précisez :

Choix de l'option de participation (pour la protection « Vie entière avec participation »)

- Supplément d'assurance - garanti à vie
 Bonifications d'assurance libérée
 Réduction de la prime annuelle
 Supplément d'assurance - garanti 10 ans
 Participations en dépôt
 Remise en argent

D - Modification majeure

- Pour les modifications figurant ci-dessous, veuillez remplir la **partie 2, section F - Déclaration d'assurabilité** (page 11) et toute section applicable des **parties 1 et 3**. (Si vous ajoutez un ou des assurés, veuillez consulter l'aide-mémoire disponible sur [web](#).)
- Pour toute demande de modification n'exigeant pas de preuves d'assurabilité, veuillez utiliser le formulaire **09219F**.
- Toute demande de modification majeure sera apportée de manière à conserver les droits acquis du contrat. Dans certaines situations, un nouveau contrat devra être établi.

Modifications possibles

Cochez la case appropriée pour toutes les protections, sauf pour les protections d'assurance invalidité SOLO.

- Ajout d'assuré(s) - Aide-mémoire disponible sur [web](#)
 Demande de taux privilégié
 Révision d'une surprime ou d'une exclusion
 Ajout de protection(s)
 Remplacement à l'intérieur d'un même contrat
 Remplacement partiel
 Autre :

Description des modifications demandées pour l'Assuré 1	Montant de l'assurance	
	De	À
Description des modifications demandées pour l'Assuré 2	Montant de l'assurance	
	De	À

Cochez la case appropriée uniquement pour les modifications aux protections d'assurance invalidité SOLO.

- Ajout d'un avenant
 Modification de la structure de prime de T65 à T10
 Augmentation de la période d'indemnisation
 Réduction de la période d'attente
 Augmentation de la rente mensuelle
 Relèvement de classe professionnelle
 Changement de classe professionnelle
 Révision d'une surprime ou d'une exclusion
 Demande de taux privilégié
 Autre : _____

E - Admissibilité
E1 - Admissibilité aux protections d'assurance invalidité SOLO

i Une personne à assurer peut demander la protection SOLO Assurance salaire et/ou la protection SOLO Assurance proprio dans cette section. Si plus d'une personne à assurer demande la protection SOLO Assurance salaire et/ou la protection SOLO Assurance proprio, une proposition distincte doit alors être remplie pour chaque personne.

- Pour SOLO Assurance salaire, veuillez répondre aux **questions 1 à 25**.
- Pour SOLO Assurance proprio, veuillez répondre aux **questions 1 à 18**. Si vous demandez un relèvement de la classe professionnelle, veuillez aussi répondre à la **question 19**.
- Pour SOLO Assurance soins de santé, veuillez remplir la **section E2** (page 10) seulement.

Personne qui sera preneur pour la protection SOLO Assurance proprio : **Preneur 1** identifié à la **section A1** **Preneur 2** identifié à la **section A1**
 Preneur identifié à la **section A2** (Personne physique) **Preneur** identifié à la **section A2** (Personne morale, fiducie ou autre entité)

Situation particulière

- 1- a) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte? Oui Non
 Si **oui**, indiquez la date à laquelle vous devez accoucher (aaaa-mm-jj): _____
- b) Êtes-vous en retrait préventif? Oui Non
 Si **oui**, vous n'êtes admissible qu'à SOLO Assurance proprio.
 Veuillez alors remplir la **section E1** en fonction de votre situation d'emploi préalable à votre retrait préventif.

- 2- Êtes-vous en congé parental? Oui Non
 Si **oui**, vous n'êtes admissible qu'à SOLO Assurance proprio.
 Veuillez alors remplir la **section E1** en fonction de votre situation d'emploi préalable à votre congé parental.

- 3- Êtes-vous admissible à des prestations :
- a) d'assurance-emploi? Oui Non
- b) d'une commission des accidents du travail - CNESST (auparavant la CSST) / CSPAAT / CSSIAT / WCB? Oui Non

Profil d'emploi

- 4- Profession ou métier _____ 5- Désignation professionnelle ou diplôme obtenu (niveau d'études) _____

- 6- Depuis quand exercez-vous cette profession ou ce métier (aaaa-mm-jj)? _____
 Si moins de 3 ans, indiquez votre emploi précédent: _____

- 7- **Fonctions et tâches** - Veuillez indiquer le % associé aux fonctions que vous occupez et **préciser les tâches** que vous effectuez pour chaque type de fonction dans la colonne « Tâches ».

Fonctions	Pourcentage	Tâches
a) Manuelles ou physiques		
b) Gestion ou travail de bureau		
c) Ventes		
d) Supervision		
e) Autres, précisez: _____		
TOTAL:	100 %	
f) Indiquez le pourcentage de temps consacré à des déplacements à l'extérieur de l'Amérique du Nord	%	

- 8- Nombre d'heures travaillées par semaine: _____

- 9- Nombre d'heures travaillées par semaine au cours des **4 dernières semaines**: _____

- 10- Nombre de semaines travaillées par année: _____ semaines/année

- 11- Travaillez-vous à domicile? Oui Non
 Si **oui**, répondez aux questions suivantes:
- a) Indiquez le pourcentage du travail que vous effectuez à domicile au cours d'une année: _____ %
- b) Si vous avez une clientèle, se rend-elle chaque semaine à votre domicile pour recevoir vos services? Oui Non
- c) Avez-vous touché un revenu annuel d'au moins 50 000 \$, **après déduction de vos dépenses d'emploi**, pour chacune des 2 dernières années? Oui Non
- 12- Occupez-vous un autre emploi à temps partiel ou à temps plein? Oui Non
 Si **oui**, veuillez indiquer:
- a) vos fonctions exactes: _____
- b) votre nombre d'heures travaillées par semaine: _____
- c) votre revenu annuel: _____ \$

- 13- Envisagez-vous de changer d'emploi au cours des **6 prochains mois**? Oui Non
 Si **oui**, veuillez indiquer pourquoi: _____

E - Admissibilité (suite)

E1 - Admissibilité aux protections d'assurance invalidité SOLO (suite)

Profil de l'entreprise ou de l'employeur

14- Nom de l'entreprise		15- Nature de l'entreprise	
16- Adresse (N°, rue, app.)		Ville	Province
			Code postal
17- Site Internet			

18- a) Depuis quand travaillez-vous pour cet employeur ou à votre propre compte (aaaa-mm-jj) ?

b) Veuillez indiquer votre situation d'emploi actuelle :

- Employé
 Travailleur autonome
 Propriétaire d'entreprise

c) Veuillez remplir le tableau suivant si vous êtes un travailleur autonome ou un propriétaire d'entreprise :

Nombre d'associés ou d'actionnaires :		Nombre d'employés à temps plein (à l'exclusion des propriétaires):	
Pourcentage des actions que vous détenez dans l'entreprise :	%	Nombre d'employés à temps partiel (à l'exclusion des propriétaires):	

Profil du revenu gagné annuel net assurable (revenu gagné après les dépenses, mais avant les impôts)

19- Revenu gagné selon votre situation d'emploi actuelle

a) <input type="checkbox"/> Employé Le revenu gagné correspond au montant déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : ligne 10100 plus ligne 10400, moins ligne 22900.	Salaire de l'année en cours	Salaire de l'année précédente	Salaire de l'avant-dernière année
	\$	\$	\$
b) <input type="checkbox"/> Travailleur autonome à commission c) <input type="checkbox"/> Travailleur autonome d) <input type="checkbox"/> Associé Le revenu gagné correspond au revenu net déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : lignes 13500 à 14300 - le revenu à ce jour est le revenu de l'année financière en cours.	Revenu à ce jour (année en cours)	Revenu total (dernière année)	Revenu total (avant-dernière année)
	\$	\$	\$
e) <input type="checkbox"/> Propriétaire d'une société par actions/compagnie (inc.) Le revenu gagné correspond au montant déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : ligne 10100 plus 10400, plus votre part des profits ou des pertes. Ce revenu exclut les revenus de retraite, les intérêts, les dividendes de toute source et tout autre revenu de placement, les revenus de location, les gains en capital, les droits d'auteur, les redevances et les pensions alimentaires touchées ainsi que toute rémunération différée et tout autre revenu qui ne sont pas reçus directement en retour d'un service fourni.		Dernière année	Avant-dernière année
	Salaire	\$	\$
	Profit ou (perte) de l'entreprise	\$	\$
	Total	\$	\$
Date de fin de l'exercice financier (aaaa-mm-jj) :			
f) <input type="checkbox"/> Producteur agricole reconnu Le revenu gagné inclut les dépenses d'amortissement.	Revenu de l'année en cours	Revenu de l'année précédente	Revenu de l'avant-dernière année
	\$	\$	\$

E - Admissibilité (suite)
E1 - Admissibilité aux protections d'assurance invalidité SOLO (suite)

20- Si vous travaillez à votre compte, votre revenu est-il fractionné aux fins de l'impôt? Oui Non
 Si **oui**, quel est le montant du fractionnement? _____ \$

21- Calculez vos revenus non professionnels de l'année dernière et estimez ceux de cette année.
 Est-ce que l'un d'eux dépasse le moindre des montants suivants : 30 000 \$ ou 15% de votre revenu déclaré à la **question 19**? Oui Non
 (Les revenus non professionnels sont des revenus provenant d'autres sources que votre emploi et que vous continuerez de recevoir même si vous êtes invalide, p. ex. : revenu de placement ou de location ou droits d'auteur.)
 Si **oui**, veuillez répondre à la **question 24** - Revenus non professionnels.

22- Votre valeur nette (actif moins passif) est-elle supérieure à 4 000 000 \$? Oui Non
 Si **oui**, veuillez répondre à la **question 25** - Valeur nette.

23- Demandez-vous la prestation garantie? Oui Non
 Si **oui**, des preuves financières sont requises pour déterminer l'admissibilité. Veuillez vous reporter au Guide du conseiller.

24- Revenus non professionnels (Les revenus non professionnels sont exclus du revenu gagné net assurable déclaré à la **question 19**.)

Profit net tiré de revenus locatifs	\$
Gains en capital	\$
Dividendes non professionnels	\$
Intérêts	\$
Autres (précisez)	\$
Total	\$

25- Valeur nette

Économies, liquidités, actions, obligations	\$
Avoir dans votre entreprise (à l'exclusion du fonds commercial)	\$
Biens immobiliers	\$
Autres (précisez)	\$
Total	\$

E2 - Admissibilité à SOLO Assurance soins de santé

Est-ce que la personne à assurer est :	Assuré 1	Assuré 2
a) couverte par le régime d'assurance maladie provincial?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) couverte par le régime d'assurance médicaments provincial? Si non , veuillez préciser la raison :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) une femme enceinte? Si oui , veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement (aaaa-mm-jj) : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

F - Déclaration d'assurabilité
F1 - Identification des personnes à assurer

- Si cette proposition a trait à plus de 2 personnes à assurer, utilisez une proposition additionnelle à leur égard.

Assuré 1				Assuré 2			
Prénom				Prénom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Taille cm pi po		Poids kg lb		Poids il y a un an kg lb		Poids il y a un an kg lb	
Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an				Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an			

F2 - Assurance en vigueur

-  Le traitement de cette proposition peut être retardé si cette section n'est pas remplie.

Protections d'assurance vie et maladies graves individuelles			Assuré 1	Assuré 2
Est-ce que la personne à assurer est présentement couverte par une protection d'assurance vie ou maladies graves (sauf une protection d'assurance collective)?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque protection d'assurance individuelle détenue auprès de Desjardins Assurances ou d'une autre compagnie. (N'indiquez pas les protections demandées dans cette proposition.)				
Assuré 1	Montant \$	Nom de la compagnie	But de l'assurance	
			Personnelle	Affaires
VIE			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MG			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assuré 2	Montant \$	Nom de la compagnie	But de l'assurance	
			Personnelle	Affaires
VIE			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MG			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protections d'assurance invalidité SOLO (SOLO Assurance salaire et SOLO Assurance proprio) Assuré 1 ou Assuré 2

Est-ce que la personne à assurer est présentement couverte par une protection d'assurance invalidité (y compris une protection d'assurance collective offerte par un employeur)? Oui Non

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque protection d'assurance invalidité détenue auprès de Desjardins Assurances ou d'une autre compagnie. (N'indiquez pas les protections demandées dans cette proposition.)

Si la personne à assurer est couverte par une protection de la MÉDIC Construction, veuillez indiquer la lettre du régime : _____

Protections d'assurance invalidité en vigueur	Émission du contrat (aaaa-mm-jj)	Rente mensuelle	Période d'attente	Période d'indemnisation	Imposable
Nom de la compagnie					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de protection <input type="checkbox"/> Assurance salaire individuelle <input type="checkbox"/> Assurance collective <input type="checkbox"/> Assurance crédit (ex. : SOLO Assurance proprio) <input type="checkbox"/> Assurance frais généraux <input type="checkbox"/> Assurance crédit (banque/caisse)					
Nom de la compagnie					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de protection <input type="checkbox"/> Assurance salaire individuelle <input type="checkbox"/> Assurance collective <input type="checkbox"/> Assurance crédit (ex. : SOLO Assurance proprio) <input type="checkbox"/> Assurance frais généraux <input type="checkbox"/> Assurance crédit (banque/caisse)					
Nom de la compagnie					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Type de protection <input type="checkbox"/> Assurance salaire individuelle <input type="checkbox"/> Assurance collective <input type="checkbox"/> Assurance crédit (ex. : SOLO Assurance proprio) <input type="checkbox"/> Assurance frais généraux <input type="checkbox"/> Assurance crédit (banque/caisse)					

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

F3 - Identification du médecin personnel

- Indiquez les coordonnées du médecin qui détient le dossier médical de chaque personne à assurer.

Assuré 1			Assuré 2 <input type="checkbox"/> Même que pour l'Assuré 1		
Nom du médecin			Nom du médecin		
Adresse (N°, rue, app.)			Adresse (N°, rue, app.)		
Ville	Province	Code postal	Ville	Province	Code postal
Numéro de téléphone à 10 chiffres	Date de la dernière consultation (aaaa-mm-jj)		Numéro de téléphone à 10 chiffres	Date de la dernière consultation (aaaa-mm-jj)	
Raison et résultats de la dernière consultation			Raison et résultats de la dernière consultation		

F4 - Examens demandés par le représentant

- Si vous n'avez pas demandé d'examens, n'indiquez rien dans cette section. À l'extérieur du Québec, veuillez fournir les exigences et remplir cette section.
- Lorsque vous demandez des examens relativement à un dossier Prestige, avisez la firme paramédicale et l'enquêteur qu'il s'agit d'un tel dossier.

Firme paramédicale

- Solutions d'assurance Dynacare ExamOne Autre :

Firme d'enquête

- Solutions d'assurance Dynacare (Keyfacts) Autre :

	Examen paramédical	Profil sanguin	ECG au repos	ECG à l'effort	Analyse d'urine	BVA	Rapport d'enquête	Autre
Assuré 1	<input type="checkbox"/>							
Assuré 2	<input type="checkbox"/>							

Numéro d'autorisation pour l'Assuré 1 (obligatoire) : _____

Numéro d'autorisation pour l'Assuré 2 (obligatoire) : _____

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
F5 - Questions obligatoires pour toutes les personnes à assurer

	Assuré 1	Assuré 2
1- Est-ce que la personne à assurer remplit cette proposition dans le but de remplacer une protection d'assurance vie, invalidité, maladies graves ou soins de longue durée établie par Desjardins Assurances ou une autre compagnie? Si oui , veuillez remplir un avis ou un préavis de remplacement.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Le ou les contrats suivants seront résiliés si cette proposition est acceptée:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

2- Est-ce que Desjardins Assurances ou une autre compagnie étudie présentement une ou des propositions d'assurance vie, invalidité ou maladies graves pour la personne à assurer? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

Type de protection	Assuré 1			Assuré 2		
	Montant à l'étude (inclure le montant demandé dans cette proposition)	Nom de la compagnie	Montant d'assurance <u>total</u> voulu après étude (toutes compagnies d'assurance confondues)	Montant à l'étude (inclure le montant demandé dans cette proposition)	Nom de la compagnie	Montant d'assurance <u>total</u> voulu après étude (toutes compagnies d'assurance confondues)
Vie						
Invalidité						
Maladies graves						

3- Au cours des 10 dernières années , est-ce que Desjardins Assurances ou une autre compagnie a refusé une proposition d'assurance vie, invalidité ou maladies graves soumise pour la personne à assurer? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

	Protection demandée	Année	Raison du refus
Assuré 1	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Maladies graves		
Assuré 2	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Maladies graves		

Cette question s'adresse aux personnes à assurer âgées de 17 ans ou plus.

4- Est-ce que la personne à assurer a, au cours des 12 derniers mois , fait usage de tabac ou de produits de nicotine sous quelque forme que ce soit (cigarette, cigarillo, cigare, pipe, cigarette électronique, gomme ou timbres de nicotine) ou de médication antitabagique? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

	Forme (si cigare, mentionnez la sorte)	Quantité	Fréquence de consommation		
Assuré 1			<input type="checkbox"/> Quotidienne	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Annuelle
Assuré 2			<input type="checkbox"/> Quotidienne	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Annuelle

Cette question s'adresse aux personnes à assurer âgées de 17 ans ou plus.

5- Est-ce que la personne à assurer est un ancien fumeur? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

	Date de cessation (aaaa-mm-jj)	Consommation quotidienne antérieure
Assuré 1		
Assuré 2		

Cette question s'adresse aux personnes à assurer âgées de 18 ans ou plus.

6- Au cours des 5 dernières années , est-ce que la personne à assurer a fait faillite? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

	Date de la faillite (aaaa-mm-jj)	Personnelle	Affaires	Date de la libération (aaaa-mm-jj)
Assuré 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assuré 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

Vous n'avez pas à remplir la **section F6** si une télé-entrevue ou un examen paramédical est requis pour la personne à assurer.

F6 - Questions supplémentaires

	Assuré 1	Assuré 2
7- a) Au cours des 2 dernières années , est-ce que la personne à assurer a pratiqué des activités comme l'aviation, le parachutisme, la plongée sous-marine, l'alpinisme, l'escalade, le ski hors-piste (y compris l'hélicoptère), les courses de véhicules à moteur (y compris les bateaux) ou tout autre sport dangereux ? Si oui , veuillez remplir le questionnaire approprié sur web . b) Au cours des 12 prochains mois, est-ce que la personne à assurer a l'intention de pratiquer des sports dangereux ? Si oui , veuillez remplir le questionnaire approprié sur web .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8- Au cours des 5 dernières années , est-ce que la personne à assurer a été reconnue coupable d'une infraction au Code criminel, y compris pour la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool ou la drogue ? (Répondre oui si la personne à assurer fait actuellement face à des accusations pour une infraction criminelle ou qu'elle est en attente d'un procès.) Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	Date de l'infraction (aaaa-mm)	Genre de délit	Date de l'infraction (aaaa-mm)	Genre de délit	Date de la récupération du permis de conduire (aaaa-mm)
Assuré 1					
Assuré 2					

9- Au cours des 5 dernières années , est-ce que la personne à assurer a été reconnue coupable d'une infraction au code de la route ou d'une infraction ayant entraîné la suspension ou le retrait de son permis de conduire ? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

	Date de l'infraction (aaaa-mm)	Genre de délit	Vitesse (km) au-dessus de la limite	Date de l'infraction (aaaa-mm)	Genre de délit	Vitesse (km) au-dessus de la limite	Date de la récupération du permis de conduire (aaaa-mm)
Assuré 1							
Assuré 2							

10- Au cours des 12 prochains mois , est-ce que la personne à assurer a l'intention de voyager, d'habiter ou de travailler ailleurs qu'au Canada ou aux États-Unis ? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

	Destination		Date du départ (aaaa-mm-jj)	Date du retour (aaaa-mm-jj)	Raison du voyage (ex. : loisir, affaires, éducation, famille ou vacances)
	Pays	Ville			
Assuré 1					
Assuré 2					

11- Est-ce que la personne à assurer a demandé ou touché des prestations d'invalidité en raison d'une maladie ou d'un accident ? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

	Nom de la compagnie	Date du début de l'invalidité (aaaa-mm-jj)	Raison de l'invalidité	Durée de l'invalidité
Assuré 1				
Assuré 2				

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
F6 - Questions supplémentaires (suite)

	Assuré 1	Assuré 2
12- Antécédents familiaux : Est-ce que la personne à assurer a, dans sa famille (père, mère, frères, soeurs), des antécédents de cancer, de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de cholestérol élevé, d'hypertension, de diabète, de maladie des reins, de sclérose en plaques, de maladie de Huntington, de polypose du côlon, de maladie du neurone moteur, de dystrophie musculaire, de maladie de Parkinson, de maladie d'Alzheimer, de fibrose kystique ou de toute autre maladie héréditaire ? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous. Veuillez indiquer l'emplacement de tout cancer à la section F9 - Explications (page 19).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Assuré 1	Maladie(s)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Soeurs					
Assuré 2	Maladie(s)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Soeurs					

13- Est-ce que la personne à assurer a déjà consulté un professionnel de la santé, reçu des traitements ou subi une opération ou des tests pour l'un ou l'autre des troubles suivants ? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous et fournir les détails pertinents à la section F9 - Explications (page 19).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

	Assuré			Assuré	
	1	2		1	2
Accident vasculaire cérébral (AVC), Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Névrite optique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie du système immunitaire, y compris le SIDA ou un test de VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer ou tumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression, anxiété, trouble d'adaptation ou autre trouble psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des oreilles (incluant la surdité, mais excluant les otites)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dystrophie musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie, convulsions, étourdissement ou perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des vaisseaux sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épuisement professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des yeux (incluant la cécité, mais excluant la myopie et la presbytie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie (cholestérol élevé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du neurone moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles gastro-intestinaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertriglycéridémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble déficitaire de l'attention ou hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles musculosquelettiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cérébraux ou neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies transmises sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles pulmonaires (incluant l'apnée du sommeil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles rénaux ou de la vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toute autre maladie non mentionnée ci-dessus :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
F6 - Questions supplémentaires (suite)

	Assuré 1	Assuré 2
14- Est-ce que la personne à assurer a, à l'exception de ce qui est indiqué à la question 13 : a) consulté un médecin, un chiropraticien, un physiothérapeute, un psychologue ou un autre professionnel de la santé pour tout désordre physique ou mental non mentionné ou prend des médicaments ? Si oui , veuillez fournir les détails pertinents et le dosage de tout médicament, s'il y a lieu, à la section F9 - Explications (page 19). b) subi un électrocardiogramme, une radiographie, une mammographie, un électromyogramme, un scan (TACO), une résonance magnétique, des analyses de sang ou d'autres tests diagnostiques ou subi une opération ou été hospitalisée ? Si oui , veuillez fournir les détails pertinents à la section F9 - Explications (page 19).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15- Est-ce que la personne à assurer a souffert ou souffre de symptômes ou de malaises ou a des signes pour lesquels elle n'a pas encore consulté un médecin ou a été avisée de subir des tests ou une opération qui n'ont pas encore été effectués ou est en attente des résultats ? Si oui , veuillez fournir les détails pertinents à la section F9 - Explications (page 19).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16- Au cours des 5 dernières années , est-ce que la personne à assurer a subi ou été avisée de subir des analyses de laboratoire afin de détecter la présence du virus du SIDA, ou d'anticorps au virus du SIDA ? Si oui , veuillez fournir les détails pertinents à la section F9 - Explications (page 19).	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17- Est-ce que la personne à assurer fait ou a déjà fait usage de drogues ou de narcotiques sans ordonnance médicale ? Si oui , veuillez remplir le questionnaire sur l'usage de drogues disponible sur web .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
18- a) Est-ce que la personne à assurer fait ou a déjà fait usage de boissons alcoolisées ? Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous et indiquer la consommation hebdomadaire actuelle et celle des 3 dernières années , si elle est différente.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	Consommation hebdomadaire actuelle	Consommation hebdomadaire au cours des 3 dernières années
Assuré 1		
Assuré 2		

b) Est-ce que la personne à assurer a déjà suivi un traitement en raison de sa consommation d'alcool, s'est fait recommander un tel traitement, est membre d'un groupe d'appui, comme les Alcooliques anonymes, ou a été avisée de réduire sa consommation ? Si oui , veuillez remplir le questionnaire lié à la consommation d'alcool sur web .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
19- Au cours des 5 dernières années , est-ce que la personne à assurer a souffert de douleurs à la colonne cervicale, dorsale ou lombaire, ou a été traitée pour de telles douleurs ? Si oui , veuillez remplir le questionnaire relatif aux maux de dos sur web .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

20- Questions applicables à SOLO Assurance soins de santé seulement : Est-ce que la personne à assurer :	Assuré		Enfant			
	1	2	1	2	3	4
	a) a pris des médicaments pendant 20 jours consécutifs ou plus au cours des 2 dernières années ? b) prend ou a été avisée d'avoir recours à un médicament ou à un traitement pour une maladie chronique ou récurrente ou prévoit avoir recours à un médicament ou à un traitement au cours des 3 prochains mois ? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				

Note : Les médicaments utilisés pour le contrôle des naissances ou pour traiter des affections mineures comme le rhume ou la grippe ne doivent pas être pris en considération lorsque vous répondez à cette question.

Nom de la personne à assurer	Nom du médicament ou traitement	Affection traitée	Concentration et dose quotidienne du médicament	Coût mensuel	Durée de la période d'administration

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
F7 - Questions additionnelles – Assurance maladies graves pour enfant de moins de 16 ans

- Veuillez remplir cette section SEULEMENT si la personne à assurer identifiée à la **section A1** est un enfant de **moins de 16 ans** et qu'une assurance maladies graves est demandée.

Questions générales	Assuré 1	Assuré 2
---------------------	----------	----------

Si la personne à assurer **n'a pas de frères et soeurs**, passez à la question 24.

21- Combien de frères et de soeurs la personne à assurer a-t-elle ?		
22- Est-ce que tous les frères et soeurs de la personne à assurer sont présentement couverts par une protection d'assurance maladies graves ? Si non , veuillez expliquer pourquoi :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

23- Si tous les frères et soeurs de la personne à assurer sont présentement couverts par une protection d'assurance maladies graves, ont-ils tous le même montant d'assurance ? Si non , veuillez expliquer pourquoi :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

24- Est-ce que le père ou la mère de la personne à assurer est présentement couvert par une protection d'assurance maladies graves ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui , veuillez indiquer le montant d'assurance pour chaque parent :	Mère	\$
Si non , veuillez expliquer pourquoi :	Père	\$

Antécédents médicaux	Assuré 1	Assuré 2
25- La personne à assurer est-elle atteinte d'un des troubles suivants, a-t-elle fait l'objet d'un diagnostic d'un de ces troubles ou a-t-on identifié chez elle des symptômes d'un de ces troubles ? a) Handicap physique b) Sclérose latérale amyotrophique c) Fibrose kystique d) Déficience neurologique, y compris l'autisme, la paralysie cérébrale, l'hyperactivité, un trouble déficitaire de l'attention, un retard de développement ou le syndrome de Rett Si oui , veuillez fournir les détails pour chaque trouble de santé à la section F9 - Explications .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
26- Si la personne à assurer est âgée de moins d'un an , est-ce que la durée de la grossesse a été de moins de 36 semaines ? Si oui , veuillez expliquer pourquoi :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

F8 - Questionnaire relatif aux enfants à assurer

• À remplir **SEULEMENT** si les enfants doivent être assurés en vertu de la protection Assurance vie – enfants ou de SOLO Assurance soins de santé.

Enfant 1			Enfant 2		
Prénom			Prénom		
Nom à la naissance			Nom à la naissance		
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Taille cm pi po	Poids kg lb	Poids il y a un an kg lb	Taille cm pi po	Poids kg lb	Poids il y a un an kg lb
Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :			Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :		
Enfant 3			Enfant 4		
Prénom			Prénom		
Nom à la naissance			Nom à la naissance		
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Taille cm pi po	Poids kg lb	Poids il y a un an kg lb	Taille cm pi po	Poids kg lb	Poids il y a un an kg lb
Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :			Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :		

Demandes d'assurance précédentes pour les enfants

27- Au cours des **10 dernières années**, est-ce que Desjardins Assurances ou une autre compagnie a refusé une proposition d'assurance vie, soins de santé ou maladies graves soumise pour l'enfant à assurer?

Oui Non

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque enfant concerné.

	Protection demandée	Année	Raison du refus
Enfant 1	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Soins de santé <input type="checkbox"/> Maladies graves		
Enfant 2	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Soins de santé <input type="checkbox"/> Maladies graves		
Enfant 3	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Soins de santé <input type="checkbox"/> Maladies graves		
Enfant 4	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Soins de santé <input type="checkbox"/> Maladies graves		

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
Questions médicales pour les enfants à assurer

28- Est-ce qu'un des enfants à assurer a déjà consulté un professionnel de la santé, reçu des traitements ou subi une opération ou des tests pour l'un ou l'autre des troubles suivants ?

 Oui Non

 Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque enfant concerné et fournir les détails à la section **F9 - Explications**.

	Enfant					Enfant			
	1	2	3	4		1	2	3	4
Accident vasculaire cérébral (AVC), Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie du système immunitaire, y compris le SIDA ou un test de VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer ou tumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des oreilles (incluant la surdité, mais excluant les otites)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression, anxiété, trouble d'adaptation ou autre trouble psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des vaisseaux sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dystrophie musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des yeux (incluant la cécité, mais excluant la myopie et la presbytie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie, convulsions, étourdissement ou perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épuisement professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du neurone moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles gastro-intestinaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie (cholestérol élevé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble déficitaire de l'attention ou hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertriglycéridémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles musculosquelettiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cérébraux ou neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies transmises sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles pulmonaires (incluant l'asthme et l'apnée du sommeil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles rénaux ou de la vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Névrite optique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toute autre maladie non mentionnée ci-dessus :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F9 - Explications

N°	Nom de la personne ou de l'enfant à assurer	Maladie, diagnostic, opération, consultation, traitement, médicaments, dosage, résultats, date de la dernière crise d'épilepsie ou d'asthme ou autres renseignements importants	Date (aaaa-mm)	Durée	Nom et adresse des médecins, y compris la spécialité et les hôpitaux (précisez si la personne à assurer a été traitée à l'hôpital, en consultation externe ou au bureau du médecin)

G - Instructions spéciales

- Indiquez tout autre détail pertinent pour l'établissement du contrat, le paiement des primes ou la modification majeure.
-

H - Paiement et prime

H1 - Mode et méthode de paiement de prime

Mode	<input type="checkbox"/> Annuel _____ \$	<input type="checkbox"/> Semestriel _____ \$	<input type="checkbox"/> Mensuel _____ \$
Méthode	<input type="checkbox"/> Retrait direct (DPA) - Veillez remplir la section H2. <input type="checkbox"/> Chèque (facturation directe - non disponible pour la prime mensuelle)		
Requis si un nouveau contrat doit être émis			
Prime initiale	<input type="checkbox"/> À la livraison	<input type="checkbox"/> Chèque inclus avec cette demande	<input type="checkbox"/> Retrait direct (DPA) - Veillez remplir la section H2.
	<input type="checkbox"/> Affectation de valeurs de rachat du ou des numéros de contrat	N°: _____	N°: _____

H2 - Accord de débit préautorisé (DPA) À être fourni à la livraison

Remplissez cette section si la méthode de paiement choisie est « Retrait direct (DPA) » et faites signer le ou les titulaires du compte à la portion « Accord relatif au débit préautorisé (DPA) » de la section Q de la page 38.

⚠ IMPORTANT : Joindre un chèque personnel portant la mention « ANNULÉ » pour éviter toute erreur de transcription. Utiliser seulement un compte de chèques ou d'épargne avec opérations.

Titulaire du compte	Prénom	Nom	Numéro de téléphone à 10 chiffres	
	Adresse (N°, rue, app.)	Ville	Province	Code postal
Second titulaire (s'il y a lieu)	Prénom	Nom	Numéro de téléphone à 10 chiffres	
Coordonnées du compte	Nom et adresse de l'institution financière			
	Numéro d'institution	Numéro de transit	Numéro de compte	

Autorisation de retrait

J'autorise Desjardins Assurances et l'institution financière auprès de laquelle je détiens mon compte (ou toute autre institution financière que je pourrai désigner) à prélever, selon mes instructions, le montant indiqué ci-dessous à la fréquence demandée :

Mensuelle Semestrielle Annuelle

Date du retrait* (choisir entre le 1^{er} et le 28) : _____ **Montant de la prime :** _____ \$

*** Pour un contrat d'assurance vie universelle, la date de prélèvement correspondra à la date d'établissement du contrat.**

Numéro(s) de contrat	Montant(s) à retirer
	Total

Instructions spéciales (Vous pouvez utiliser cette section pour demander l'ouverture d'un compte Dépôt prime.)

Type d'accord DPA: Personnel / Individuel Entreprise

Renonciation

Je renonce à recevoir un avis écrit avant le premier débit et à tout autre avis confirmant des changements au débit décrit ci-dessus.

Changement ou annulation

J'informerai Desjardins Assurances de tout changement au présent accord dans les 10 jours ouvrables précédant la date prévue du prochain DPA.

Je peux annuler le présent accord à tout moment en envoyant un préavis à Desjardins Assurances dans les 10 jours ouvrables précédant la date prévue du prochain DPA.

Je peux obtenir un formulaire d'annulation ou plus d'information sur mon droit d'annulation d'un accord de DPA en m'adressant à mon institution financière ou en visitant le www.paiements.ca.

L'annulation du présent accord ne met pas fin aux obligations du preneur à l'égard de son ou de ses contrats.

Desjardins Assurances peut annuler l'accord de DPA en envoyant un préavis de 30 jours au preneur. L'annulation peut notamment être effectuée lorsque des débits préautorisés sont refusés par l'institution financière, et ce, quelle que soit la raison du refus.

Remboursement

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec cet accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.paiements.ca.

Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Je consens à ce que les renseignements personnels contenus dans le présent accord soient divulgués à l'institution financière de Desjardins Assurances et au preneur du ou des contrats payés par cet accord.



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

I - Demande de note de couverture provisoire en cas de décès (À remplir lorsqu'une assurance vie est demandée.)

Les personnes à assurer âgées de 31 jours à 65 ans, inclusivement, peuvent être admissibles à la protection en vertu de la note de couverture provisoire en cas de décès.

Questions d'admissibilité	Assuré 1	Assuré 2
1- Au cours des 60 derniers mois , la personne à assurer a-t-elle consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour une crise cardiaque, une crise d'angine, un accident vasculaire cérébral, un cancer, le SIDA ou une autre infection par VIH, diagnostiqués ou soupçonnés, ou est-elle en attente d'un diagnostic ou de résultats suite à une consultation ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2- La personne à assurer a-t-elle déjà présenté une demande d'assurance vie qui a été refusée ou surprimée ou dont l'entrée en vigueur a été différée par Desjardins Assurances ou une autre compagnie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Chaque personne à assurer pouvant répondre **non** à toutes ces questions est admissible à la protection en vertu de la note de couverture provisoire en cas de décès. La note de couverture provisoire en cas de décès prend effet dès que les conditions qui y sont énoncées sont satisfaites. Le représentant doit en remettre une copie au preneur. Veuillez remplir et signer le reçu pour la prime initiale de la **section P** (page 35).

J - Demande de note de couverture provisoire en cas de maladie grave (À remplir lorsqu'une assurance maladies graves est demandée.)

Les personnes à assurer âgées de 31 jours à 65 ans, inclusivement, peuvent être admissibles à la protection en vertu de la note de couverture provisoire en cas de maladie grave.

Questions d'admissibilité	Assuré 1	Assuré 2
1- La personne à assurer a-t-elle déjà été traitée ou a-t-elle consulté un médecin ou ressenti des symptômes relativement à des problèmes cardiaques, neurologiques, des vaisseaux sanguins, une crise cardiaque soupçonnée, des douleurs thoraciques, le diabète, un cancer ou des tumeurs, un accident ischémique transitoire, un accident vasculaire cérébral, ou une maladie chronique des reins, une maladie du foie ou des poumons, la sclérose en plaques, la paralysie, la cécité, la surdité, la perte de la parole, la perte d'un membre, le coma, des brûlures graves, le SIDA ou autre infection par VIH ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2- Au cours des 2 dernières années , la personne à assurer a-t-elle consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé qui lui aurait conseillé de subir un examen, une épreuve diagnostique ou une intervention chirurgicale (pour un motif autre qu'une grossesse ou un accouchement) qui n'ont pas encore eu lieu ou dont les résultats n'ont pas été reçus, ou a-t-elle ressenti des symptômes pour lesquels une consultation n'a pas encore eu lieu ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3- Au cours des 90 derniers jours , la personne à assurer a-t-elle été admise ou a-t-elle reçu le conseil d'être admise dans un hôpital ou une clinique pour un motif autre qu'une grossesse ou un accouchement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4- Au cours des 2 dernières années , une proposition d'assurance vie, maladie, invalidité, maladies graves ou soins de longue durée pour la personne à assurer a-t-elle été surprimée, refusée ou modifiée de quelque façon que ce soit ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Chaque personne à assurer pouvant répondre **non** à toutes ces questions est admissible à la protection en vertu de la note de couverture provisoire en cas de maladie grave.

La note de couverture provisoire en cas de maladie grave prend effet dès que les conditions qui y sont énoncées sont satisfaites. Le représentant doit en remettre une copie au preneur. Veuillez remplir et signer le reçu pour la prime initiale de la **section P** (page 35).

K - Demande de note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité (À remplir lorsqu'une assurance invalidité est demandée.)

Les personnes à assurer âgées de 18 à 60 ans, inclusivement, peuvent être admissibles à la protection en vertu de la note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité.

Questions d'admissibilité	Assuré 1	Assuré 2
1- Au cours des 2 dernières années , la personne à assurer a-t-elle déjà été traitée ou a-t-elle consulté un médecin ou ressenti des symptômes relativement à des problèmes cardiaques, neurologiques, des vaisseaux sanguins, des douleurs thoraciques, le diabète, un cancer ou des tumeurs, un accident ischémique transitoire, un accident vasculaire cérébral, ou une maladie chronique des reins, une maladie du foie ou des poumons, la sclérose en plaques, la paralysie, des troubles de dos ou à la colonne vertébrale, une dépression, un épuisement (burnout), un trouble émotionnel, mental ou nerveux, le syndrome de fatigue chronique, le SIDA ou autre infection par VIH ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2- Au cours des 2 dernières années , la personne à assurer a-t-elle consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé qui lui aurait conseillé de subir un examen, une épreuve diagnostique ou une intervention chirurgicale (pour un motif autre qu'une grossesse ou un accouchement) qui n'ont pas encore eu lieu ou dont les résultats n'ont pas été reçus, ou a-t-elle ressenti des symptômes pour lesquels une consultation n'a pas encore eu lieu ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3- Au cours des 90 derniers jours , la personne à assurer a-t-elle été admise ou a-t-elle reçu le conseil d'être admise dans un hôpital ou une clinique pour un motif autre qu'une grossesse ou un accouchement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4- Au cours des 2 dernières années , une proposition d'assurance vie, maladie, invalidité, maladies graves ou soins de longue durée pour la personne à assurer a-t-elle été surprimée, refusée ou modifiée de quelque façon que ce soit ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5- La personne à assurer est-elle présentement incapable d'accomplir toute tâche de sa profession actuelle en raison d'une blessure ou d'une maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Chaque personne à assurer pouvant répondre **non** à toutes ces questions est admissible à la protection en vertu de la note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité.

Instruction au représentant : aucune personne n'est autorisée à accepter de paiement ou à émettre la présente note de couverture si la personne à assurer :

- 1- a répondu **oui** ou a omis de répondre à l'une des questions d'admissibilité ci-dessus; **ou**
- 2- a moins de 18 ans ou plus de 60 ans.

La note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité prend effet dès que les conditions qui y sont énoncées sont satisfaites. Le représentant doit en remettre une copie au preneur. Veuillez remplir et signer le reçu pour la prime initiale de la **section P** (page 35).



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Note de couverture provisoire en cas de décès

En vertu de la présente note de couverture provisoire en cas de décès, la protection garantissant un montant d'assurance en cas de décès de la ou des personnes à assurer entre en vigueur dès la signature de la proposition si les conditions suivantes sont respectées :

- 1- la personne à assurer est âgée de 31 jours à 65 ans, inclusivement, à la date de signature de la proposition;
- 2- la personne à assurer a répondu **non** aux questions d'admissibilité de la **section I** (page 23) de la proposition;
- 3- **paiement de la prime initiale** : au moment de la signature de la proposition, le preneur doit effectuer le paiement d'au moins une prime mensuelle (ou 1/20 de la prime unique) selon les protections demandées dans la présente proposition, mais n'est pas tenu d'excéder le montant payable d'une prime mensuelle pour une couverture de 1 000 000 \$. Desjardins Assurances impose une limite de 1 000 000 \$ pour la note de couverture provisoire en cas de décès qui ne peut être abolie même si la prime initiale payée est plus élevée que le paiement minimum exigé comme prime initiale. Si le paiement de la prime initiale n'est pas honoré, la présente note de couverture provisoire en cas de décès sera considérée comme n'ayant jamais été en vigueur;
- 4- **limite du montant d'assurance en cas de décès** : le montant d'assurance payable en cas de décès en vertu de l'ensemble des notes de couverture provisoires émises par Desjardins Assurances à l'égard de la même personne correspond au moins élevé du montant d'assurance demandé pour cette personne ou de 1 000 000 \$. S'il y a lieu, ce montant d'assurance sera réduit de toute avance versée au preneur à la suite de la soumission d'une demande de prestation d'assurance maladies graves.
- 5- dans le cas d'un **remplacement interne de police** : si la personne à assurer décède avant l'entrée en vigueur de la nouvelle police, Desjardins Assurances s'engage à verser au bénéficiaire le montant le plus avantageux entre le montant d'assurance payable en vertu de la police remplacée ou le montant d'assurance payable en vertu de la présente note de couverture provisoire.

À remettre au preneur si les conditions du recto et du verso de cette page s'appliquent. Sinon, veuillez laisser cette note dans la proposition.

Note de couverture provisoire en cas de maladie grave

En vertu de la présente note de couverture provisoire en cas de maladie grave, la protection garantissant une prestation de maladie grave pour la ou les personnes à assurer entre en vigueur dès la signature de la proposition si les conditions suivantes sont respectées :

- 1- la personne à assurer est âgée de 31 jours à 65 ans, inclusivement, à la date de signature de la proposition;
- 2- a personne à assurer a répondu non aux questions d'admissibilité de la **section J** (page 23) de la proposition;
- 3- **paiement de la prime initiale** : au moment de la signature de la proposition, le preneur doit effectuer le paiement d'au moins une prime mensuelle (ou 1/20 de la prime unique) selon les protections demandées dans la présente proposition, mais n'est pas tenu d'excéder le montant payable d'une prime mensuelle pour une couverture de 500 000 \$. Desjardins Assurances impose une limite de 500 000 \$ pour la note de couverture provisoire en cas de maladie grave qui ne peut être abolie même si la prime initiale payée est plus élevée que le paiement minimum exigé comme prime initiale. Si le paiement de la prime initiale n'est pas honoré, la présente note de couverture provisoire en cas de maladie grave sera considérée comme n'ayant jamais été en vigueur;
- 4- **limite du montant payable en cas de maladie grave** : le montant payable en cas de maladie grave pour l'ensemble des notes de couvertures provisoires émises par Desjardins Assurances à l'égard de la même personne correspond au moins élevé du montant d'assurance demandé pour cette personne ou de 500 000 \$.

LISTE DES TROUBLES DE SANTÉ COUVERTS : la présente note de couverture provisoire couvre la personne à assurer uniquement pour les troubles de santé suivants, si le diagnostic est posé après la date de signature de la proposition :

Accident vasculaire cérébral

Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrânienne, avec apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique et persistant pendant plus de 30 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. **Exclusion** : aucun montant ne sera payable pour un accident ischémique transitoire, un accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme ou un infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus.

Brûlures graves

Diagnostic formel de brûlures au 3^e degré affectant au moins 20% de la surface du corps.

Cécité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des 2 yeux attestée par une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les 2 yeux ou un champ visuel inférieur à 20 degrés dans les 2 yeux.

Coma

Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant cette période. **Exclusion** : aucun montant ne sera payable pour un coma médicalement provoqué, un coma résultant directement de la consommation d'alcool ou de drogues ou un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque

Diagnostic formel de la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde et qui sont accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes : des symptômes de crise cardiaque, des changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque, l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne. **Exclusions** : aucun montant ne sera payable au titre de la définition de « crise cardiaque » pour : une augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q; des changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus. De plus, aucun montant ne sera payable si la personne assurée décède dans les 30 jours qui suivent le diagnostic de crise cardiaque.

À remettre au preneur si les conditions du recto et du verso de cette page s'appliquent. Sinon, veuillez laisser cette note dans la proposition.

Note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité

En vertu de la présente note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité, la protection d'invalidité SOLO demandée pour la personne à assurer entre en vigueur à la date de prise d'effet si les conditions suivantes sont respectées :

- 1- la personne à assurer est âgée de 18 à 60 ans, inclusivement, à la date de signature de la proposition;
- 2- la personne à assurer a répondu **non** aux questions d'admissibilité de la **section K** (page 23) de la proposition;
- 3- **paiement de la prime initiale** : au moment de la signature de la proposition, le preneur doit effectuer le paiement d'au moins une prime mensuelle (ou 1/20 de la prime unique) selon les protections demandées dans la présente proposition, mais n'est pas tenu d'excéder le montant payable d'une prime mensuelle pour une couverture de 5 000 \$ de rente mensuelle d'invalidité. Desjardins Assurances impose une limite de 5 000 \$ de rente mensuelle d'invalidité pour la note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité qui ne peut être abolie même si la prime initiale payée est plus élevée que le paiement minimum exigé comme prime initiale. Si le paiement de la prime initiale n'est pas honoré, la présente note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité sera considérée comme n'ayant jamais été en vigueur;
- 4- **limite du montant payable en cas d'invalidité** : la présente note de couverture conditionnelle prévoit la même prestation que la protection d'invalidité SOLO demandée en tenant compte du montant de la rente mensuelle (maximum 5 000 \$ pour l'ensemble des notes de couverture conditionnelles émises par Desjardins Assurances à l'égard de la même personne), du délai d'attente et de la période de prestation, à la condition que, conformément aux directives et pratiques de tarification de Desjardins Assurances, la personne à assurer ait droit à cette protection, et ce, sans surprime et sans aucune exclusion, limitation, réduction, ou autres modifications. Si de telles modifications sont nécessaires à l'établissement du contrat, la prestation pour la présente note de couverture conditionnelle sera limitée à la protection d'invalidité SOLO modifiée à laquelle la personne à assurer aurait eu droit à la date de prise d'effet de cette note de couverture.

Définitions :

La **date de prise d'effet** de cette note de couverture conditionnelle correspond à la plus éloignée des 2 dates suivantes :

- 1- la date de signature de la proposition;
- 2- la date à laquelle l'examen paramédical, les examens médicaux et les tests supplémentaires exigés, conformément aux pratiques de tarification de Desjardins Assurances, ont été complétés.

La définition du mot **invalidité** correspond à celle indiquée dans le contrat de la protection d'invalidité SOLO demandée dans la présente proposition.

À remettre au preneur si les conditions du recto et du verso de cette page s'appliquent. Sinon, veuillez laisser cette note dans la proposition.

Note de couverture provisoire en cas de décès (suite)

Exclusions : aucun montant d'assurance ne sera payable en cas de décès de la personne assurée en vertu de la présente note de couverture provisoire :

- 1- s'il s'agit d'une demande de transformation d'une assurance vie collective;
- 2- si la personne à assurer se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non. Dans ce cas, l'obligation de Desjardins Assurances est limitée au seul remboursement de la prime initiale;
- 3- s'il s'agit de prestations supplémentaires prévues en vertu de la protection Mort, mutilation ou perte d'usage accidentelles.

Déclarations : toute déclaration faite par le preneur ou les personnes à assurer à l'appui de la demande d'assurance est contestable à l'égard de la présente note de couverture provisoire.

Fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire : l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire prend fin à la première des dates suivantes :

- 1- la date de prise d'effet du contrat demandé;
- 2- la date de prise d'effet d'un contrat différent de celui demandé et constituant une contre-offre de Desjardins Assurances au preneur;
- 3- la date à laquelle Desjardins Assurances envoie au preneur une lettre l'avisant de la fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire ou du rejet de sa demande d'assurance;
- 4- la 91^e journée après la date de signature de la proposition.

Aucun représentant de Desjardins Assurances n'est autorisé à modifier la présente note de couverture provisoire.

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Note de couverture provisoire en cas de maladie grave (suite)**Paralysie**

Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins 2 membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Perte de l'usage de la parole

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable si la perte d'usage de la parole résulte d'une cause psychiatrique.

Perte de membres

Diagnostic formel de la séparation complète de 2 membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut, par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Surdité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des 2 oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

Exclusions : aucun montant ne sera payable en vertu de la présente note de couverture provisoire si :

- 1- la personne assurée souffre d'un trouble de santé couvert par la présente note de couverture provisoire qui résulte directement ou indirectement : d'une blessure qu'elle s'inflige volontairement ou d'une tentative de suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non; de sa participation à un acte criminel ou à tout acte qui y est lié; d'une guerre, déclarée ou non, d'une émeute ou d'une révolution, qu'elle y ait pris part ou non; de la conduite d'un véhicule motorisé alors qu'elle est sous l'effet de la drogue ou que la concentration d'alcool dans son sang est égale ou supérieure à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang; de l'usage illégal ou illicite de toute drogue; de l'absorption ou de l'usage volontaire de toute substance toxique ou de tout type de gaz; de la consommation volontaire de médicaments obtenus sur ordonnance qui dépasse la posologie recommandée par un professionnel de la santé ou de médicaments obtenus sans ordonnance qui dépasse la posologie recommandée par le fabricant;
- 2- le trouble de santé couvert par la présente note de couverture provisoire est diagnostiqué après le décès de la personne assurée.

Déclarations : toute déclaration faite par le preneur ou les personnes à assurer à l'appui de la présente demande d'assurance maladies graves est contestable à l'égard de la présente note de couverture provisoire.

Fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire : l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire prend fin à la première des dates suivantes :

- 1- la date de prise d'effet du contrat demandé;
- 2- la date de prise d'effet d'un contrat différent de celui demandé et constituant une contre-offre de Desjardins Assurances au preneur;
- 3- la date à laquelle Desjardins Assurances envoie au preneur une lettre l'avisant de la fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire ou du rejet de sa demande d'assurance;
- 4- la 91^e journée après la date de signature de la proposition.

Aucun représentant de Desjardins Assurances n'est autorisé à modifier la présente note de couverture provisoire.

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité (suite)**Exclusions et limitations :**

- 1- Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente note de couverture conditionnelle s'il y a non-déclaration de faits importants ou s'il y a fausse déclaration dans la proposition ou à l'examen médical, s'il y a lieu.
- 2- La présente note de couverture conditionnelle est soumise également à toutes les conditions, exclusions et limitations décrites dans la protection d'invalidité SOLO demandée pour la personne à assurer.

Déclarations : toute déclaration faite par le preneur ou la personne à assurer à l'appui de la demande d'assurance pour invalidité est contestable à l'égard de la présente note de couverture conditionnelle.

Fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture conditionnelle : l'assurance en vertu de la présente note de couverture conditionnelle prend fin à la première des dates suivantes :

- 1- la date de prise d'effet du contrat demandé;
- 2- la date de prise d'effet du contrat différent de celui demandé et constituant une contre-offre de Desjardins Assurances au preneur;
- 3- la date à laquelle Desjardins Assurances envoie au preneur une lettre l'avisant de la fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture conditionnelle ou du rejet de sa demande d'assurance;
- 4- la 91^e journée après la date de signature de la proposition.

Aucun représentant de Desjardins Assurances n'est autorisé à modifier la présente note de couverture conditionnelle.

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

L - Avis relatif au MIB, LLC – À remettre à la personne à assurer 1

Qu'est-ce que le MIB, LLC ?

Le MIB, LLC (« MIB ») est un organisme qui permet l'échange d'information entre des compagnies d'assurance membres du MIB Group Inc. et exerçant leurs activités au Canada et aux États-Unis. Il gère une base de données qui contient les profils des clients de ces compagnies d'assurance.

Quelles informations échangeons-nous et pourquoi ?

Comme presque tous les assureurs qui offrent de l'assurance de personnes au Canada, Desjardins Assurances fait partie du MIB et peut échanger des informations vous concernant avec cet organisme.

Le MIB permet de confirmer que les informations fournies par les clients des compagnies d'assurance membres sont complètes et exactes.

Nous échangeons uniquement de l'information sur les éléments qui peuvent avoir une influence sérieuse sur votre santé ou votre espérance de vie, comme :

- les troubles médicaux importants
- la pratique d'un passe-temps dangereux
- un mauvais dossier de conduite
- la consommation d'alcool ou de drogues
- un dossier criminel

Ces informations deviennent alors disponibles pour les autres compagnies d'assurance membres. Le MIB conserve généralement ces informations pendant 7 ans.

À quels moments échangeons-nous ces informations ?

Quand nous recevons :

- une demande d'assurance vous concernant
- une réclamation

De plus, si une autre compagnie membre reçoit une demande d'assurance vous concernant dans les 2 ans après la soumission de la présente demande d'assurance, nous pourrions communiquer des renseignements au MIB à l'intention de cette autre compagnie.

Vos renseignements personnels sont bien protégés

Le MIB est tenu aux mêmes exigences de confidentialité des renseignements personnels que tout assureur au Canada. Il doit donc respecter les lois canadiennes et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Comme le MIB est basé aux États-Unis, vos renseignements pourraient être transférés à l'extérieur du Canada. Sachez que le MIB doit aussi respecter les lois des États-Unis en matière de protection des renseignements personnels.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la politique du MIB sur la protection de vos renseignements personnels en visitant le www.mib.com/privacy_policy.html (en anglais seulement).

Vous avez le droit de consulter vos renseignements et de les faire corriger au besoin

Vous devez contacter directement le MIB aux coordonnées suivantes :

- Par courriel canadadisclosure@mib.com
- Par téléphone 1 866 692-6901
- Par courrier
MIB, LLC
50 Braintree Hill Park, Suite 400
Braintree MA 02184-8734 USA
- Site Internet www.mib.com



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

L - Avis relatif au MIB, LLC – À remettre à la personne à assurer 2

Qu'est-ce que le MIB, LLC ?

Le MIB, LLC (« MIB ») est un organisme qui permet l'échange d'information entre des compagnies d'assurance membres du MIB Group Inc. et exerçant leurs activités au Canada et aux États-Unis. Il gère une base de données qui contient les profils des clients de ces compagnies d'assurance.

Quelles informations échangeons-nous et pourquoi ?

Comme presque tous les assureurs qui offrent de l'assurance de personnes au Canada, Desjardins Assurances fait partie du MIB et peut échanger des informations vous concernant avec cet organisme.

Le MIB permet de confirmer que les informations fournies par les clients des compagnies d'assurance membres sont complètes et exactes.

Nous échangeons uniquement de l'information sur les éléments qui peuvent avoir une influence sérieuse sur votre santé ou votre espérance de vie, comme :

- les troubles médicaux importants
- la pratique d'un passe-temps dangereux
- un mauvais dossier de conduite
- la consommation d'alcool ou de drogues
- un dossier criminel

Ces informations deviennent alors disponibles pour les autres compagnies d'assurance membres. Le MIB conserve généralement ces informations pendant 7 ans.

À quels moments échangeons-nous ces informations ?

Quand nous recevons :

- une demande d'assurance vous concernant
- une réclamation

De plus, si une autre compagnie membre reçoit une demande d'assurance vous concernant dans les 2 ans après la soumission de la présente demande d'assurance, nous pourrions communiquer des renseignements au MIB à l'intention de cette autre compagnie.

Vos renseignements personnels sont bien protégés

Le MIB est tenu aux mêmes exigences de confidentialité des renseignements personnels que tout assureur au Canada. Il doit donc respecter les lois canadiennes et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Comme le MIB est basé aux États-Unis, vos renseignements pourraient être transférés à l'extérieur du Canada. Sachez que le MIB doit aussi respecter les lois des États-Unis en matière de protection des renseignements personnels.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la politique du MIB sur la protection de vos renseignements personnels en visitant le www.mib.com/privacy_policy.html (en anglais seulement).

Vous avez le droit de consulter vos renseignements et de les faire corriger au besoin

Vous devez contacter directement le MIB aux coordonnées suivantes :

- Par courriel canadadisclosure@mib.com
- Par téléphone 1 866 692-6901
- Par courrier
MIB, LLC
50 Braintree Hill Park, Suite 400
Braintree MA 02184-8734 USA
- Site Internet www.mib.com



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

M - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins

-  Ce consentement concerne :
- chaque **preneur « personne physique »**
 - chaque **personne à assurer**

1. Gestion de vos renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite.

Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches.

2. Vos droits

Vous avez le droit :

- de consulter les renseignements personnels que le Mouvement Desjardins détient à votre sujet
- de faire corriger tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent

Pour savoir comment faire, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

3. Collecte ou transfert de vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada

Desjardins Assurances fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi recueillis et/ou transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays.

Vous pouvez trouver l'information sur nos politiques et pratiques en matière de collecte et de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en consultant la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez aussi obtenir cette information ou poser toute question à ce sujet en communiquant avec nous au 1 888 558-5525.

En signant cette section :

- vous reconnaissez avoir pris connaissance de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins, que vous pouvez consulter au www.desjardins.com/politique-confidentialite,
- vous autorisez le Mouvement Desjardins à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette politique et la réglementation applicable,
- vous comprenez et acceptez que le présent consentement a préséance sur tout autre consentement que vous avez signé par le passé,
- vous comprenez que le présent consentement sera valide aussi longtemps que vous aurez une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.



Veillez signer à la page suivante

M - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins (suite)_____
Signé à (ville, province)**Preneurs** **X** _____
Signature du preneur « personne physique » Date (aaaa-mm-jj)**Cochez l'option qui s'applique :**

-
- Preneur 1**
- identifié à la
- section A1**
- personne physique
-
-
- Preneur identifié à la
- section A2**
- personne physique

 X _____
Signature du second preneur « personne physique » Date (aaaa-mm-jj)**Cochez l'option qui s'applique :**

-
- Preneur 2**
- identifié à la
- section A1**
- personne physique
-
-
- Preneur identifié à la
- section A2**
- personne physique

Personnes à assurer âgées de 14 ans ou plus (Québec) ou de 16 ans ou plus (provinces autres que le Québec) **X** _____
Signature de la personne à assurer 1 Date (aaaa-mm-jj) **X** _____
Signature de la personne à assurer 2 Date (aaaa-mm-jj)**Protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants : enfants âgés de 14 ans ou plus (Québec) ou de 16 ans ou plus (provinces autres que le Québec)** **X** _____
Signature de l'enfant 1 Date (aaaa-mm-jj) **X** _____
Signature de l'enfant 2 Date (aaaa-mm-jj) **X** _____
Signature de l'enfant 3 Date (aaaa-mm-jj) **X** _____
Signature de l'enfant 4 Date (aaaa-mm-jj)**Si la personne à assurer a moins de 14 ans (Québec) ou moins de 16 ans (provinces autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.**Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces autres que le Québec)Signataire pour : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2
 Enfant 1 Enfant 2 Enfant 3 Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)_____
Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) **X** _____
Signature Date (aaaa-mm-jj)Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces autres que le Québec)Signataire pour : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2
 Enfant 1 Enfant 2 Enfant 3 Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)_____
Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) **X** _____
Signature Date (aaaa-mm-jj)

N - Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances

 Ce consentement concerne chaque **personne à assurer**.

1. Pourquoi Desjardins Assurances a besoin de votre consentement

Votre consentement nous permet de recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels nécessaires aux fins suivantes :

1. étudier une demande d'assurance de votre part
2. gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
3. traiter une réclamation

De plus, votre consentement nous permet de faire ce qui suit, au besoin :

- consulter un ancien dossier d'assurance que vous avez chez Desjardins Assurances, si c'est le cas
- demander un rapport d'enquête sur vous à une agence de renseignements personnels, si nécessaire
- communiquer au MIB, LLC un résumé de vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, après l'étude d'une demande d'assurance de votre part

Le MIB, LLC est un organisme qui gère une base de données permettant à des compagnies d'assurance au Canada et aux États-Unis de recueillir et partager de l'information sur leurs clients.

- communiquer à votre médecin tout renseignement médical obtenu à votre sujet pendant l'étude d'une demande d'assurance ou réclamation de votre part pour que l'information vous soit transmise
- communiquer à tout assureur ou réassureur tout renseignement pertinent (comme des résultats d'exams médicaux) pour leur permettre d'évaluer une demande d'assurance de votre part

En nous donnant votre consentement, vous autorisez également nos réassureurs à recueillir, utiliser et partager vos renseignements personnels de la même façon que nous. Nos réassureurs sont des compagnies qui nous assurent nous, Desjardins Assurances.

2. Àuprès de qui vos renseignements personnels sont-ils recueillis ou partagés ?

Vous donnez votre consentement pour la collecte et le partage des renseignements nécessaires auprès de vous, mais aussi auprès d'autres personnes et organisations. Ces personnes et organisations comprennent, entre autres :

- le MIB, LLC
- des professionnels ou professionnelles de la santé ou des établissements de santé (exemples : médecins, hôpitaux, cliniques)
- des fournisseurs de services de santé
- des firmes paramédicales
- des organismes publics ou parapublics
- d'autres assureurs que Desjardins Assurances
- des réassureurs
- votre employeur ou un ex-employeur
- le preneur (le ou la propriétaire du contrat d'assurance), si vous n'êtes pas cette personne
- toute autre composante de Desjardins, si elle est concernée par l'assurance
- une agence de renseignements personnels ou une agence d'investigation

3. Si cette demande concerne vos enfants

Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels nécessaires sur eux, s'ils sont âgés de moins de 14 ans au Québec, ou de moins de 16 ans ailleurs qu'au Québec.

En signant à la page suivante, vous autorisez Desjardins Assurances et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette section, la réglementation applicable et la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez consulter cette politique au www.desjardins.com/politique-confidentialite.

 **Veillez signer à la page suivante**

O - Autorisation relative à la divulgation de renseignements personnels complémentaires au représentant

Il n'est pas obligatoire de remplir cette section lorsque vous soumettez une proposition.

Remarque : L'emploi du terme « représentant » dans le présent document fait référence au représentant avec qui le preneur fait affaire.

Identification de la personne à assurer 1	Identification de la personne à assurer 2
Prénom et nom	Prénom et nom
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Date de naissance (aaaa-mm-jj)

1- J'autorise Desjardins Assurances à fournir à mon représentant et au personnel administratif de son centre financier des renseignements personnels complémentaires à ceux qu'elle leur transmettrait habituellement dans le cadre du processus d'évaluation de ma demande d'assurance. **Ces renseignements pourraient permettre à mon représentant de m'offrir une assurance mieux adaptée à ma situation et d'expliquer les décisions prises en matière de sélection.**

Par « renseignements personnels complémentaires », on entend, entre autres, des précisions sur :

- des résultats d'examen médicaux et d'épreuves de laboratoire;
 - ma santé, comme des maladies ou des troubles de santé particuliers (ex. : maladies mentales, maladies infectieuses, consommation de médicaments, de drogues ou d'alcool), des traitements reçus ou ma participation à des programmes de réhabilitation;
 - l'information découverte sur ma santé dans le cadre de l'évaluation de ma demande d'assurance, même si cette information m'était alors inconnue;
 - mes antécédents professionnels et ma situation financière;
 - une infraction au Code de la sécurité routière ou à d'autres lois similaires;
 - une infraction au Code criminel, etc.
- 2- En signant la présente autorisation, je reconnais que :
- j'en ai pris connaissance et que j'en comprends l'objet et la portée;
 - je permets à Desjardins Assurances de communiquer à mon représentant et au personnel administratif de son centre financier des renseignements personnels complémentaires à mon sujet;
 - Desjardins Assurances se réserve le droit de ne pas communiquer à mon représentant et au personnel administratif de son centre financier certains renseignements personnels complémentaires de nature hautement confidentielle;
 - je peux annuler cette autorisation en tout temps en appelant chez Desjardins Assurances, au **1 877 315-8484**;
 - cette autorisation demeurera valide jusqu'à 60 jours après la dernière des dates suivantes :

- la date à laquelle Desjardins Assurances établira un nouveau contrat d'assurance ou apportera une modification à un contrat existant;
- la date à laquelle Desjardins Assurances m'offrira d'établir un contrat d'assurance ou de modifier un contrat existant; ou
- la date à laquelle Desjardins Assurances m'enverra un avis d'annulation, de refus ou de report de ma demande d'assurance.

Les personnes suivantes ont pris connaissance de la présente autorisation avant de la signer :

- chaque personne à assurer âgée de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces autres que le Québec);
- chaque personne autorisée à signer au nom d'une personne à assurer âgée de **moins de 14 ans** (Québec) ou de **moins de 16 ans** (provinces autres que le Québec).

Personne à assurer de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces autres que le Québec)

X _____
Signature de la personne à assurer 1 Date (aaaa-mm-jj)

X _____
Signature de la personne à assurer 2 Date (aaaa-mm-jj)

Personne à assurer de **moins de 14 ans** (Québec) ou de **moins de 16 ans** (provinces autres que le Québec)

Pour cette personne, la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.

Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces autres que le Québec)

_____ X _____
Prénom et nom du signataire pour la personne à assurer 1 Signature Date (aaaa-mm-jj)
(en lettres majuscules)

_____ X _____
Prénom et nom du signataire pour la personne à assurer 2 Signature Date (aaaa-mm-jj)
(en lettres majuscules)

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original. Veuillez la retourner à Desjardins Assurances par télécopieur, au **1 800 941-4861**.

P - Reçu pour la prime initiale - À remettre au preneur si les conditions s'appliquent

Desjardins Assurances confirme avoir reçu de _____ la somme de _____ \$ par prélèvement automatique ou par chèque. Ce montant représente le total des primes initiales nécessaires pour que les notes de couverture en cas de décès, de maladie grave ou d'invalidité prennent effet, selon le cas.

X _____ X _____
Signature du représentant cochez si stagiaire Signature du superviseur (au Québec seulement) Date (aaaa-mm-jj)



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

Q - Déclarations et autorisations

- 1- Le preneur et les personnes à assurer déclarent que toutes les réponses figurant dans la présente proposition, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, sont véridiques et complètes, à leur connaissance. Il en va de même pour toute entrevue téléphonique ou autre relative aux déclarations d'assurabilité. Ils acceptent que Desjardins Assurances se serve de toutes ces réponses et déclarations comme base à l'établissement du ou des contrats.
- 2- Le preneur et les personnes à assurer s'engagent à aviser Desjardins Assurances de tout changement dans les conditions d'assurabilité des personnes à assurer avant la formation du contrat. Par « condition d'assurabilité », on entend toute situation qui peut influencer la décision de Desjardins Assurances, comme un changement dans l'état de santé, l'emploi, les habitudes de vie ou de consommation de tabac, un accident, une consultation, un examen ou un traitement par un professionnel de la santé, une recommandation de prendre un rendez-vous médical ou de demander une consultation avec un professionnel de la santé qui n'a pas encore eu lieu, un test médical ou une recommandation de subir un test médical qui n'a pas encore eu lieu, une infraction au Code de la sécurité routière ou à d'autres lois similaires, une infraction au Code criminel, un voyage à l'étranger ou la pratique de sports dangereux.
- 3- Chaque personne à assurer consent à ce que l'assurance soit établie sur sa personne.
- 4- Le preneur reconnaît :
 - a) que le produit lui a été bien décrit et que la nature de la ou des protections choisies lui a été bien précisée;
 - b) que les exclusions applicables à cette ou ces protections lui ont été clairement expliquées;
 - c) qu'il a reçu ou s'est vu présenter l'illustration expliquant les valeurs et les caractéristiques des protections choisies;
 - d) que les renseignements fournis dans la « Déclaration de résidence aux fins de l'impôt », le cas échéant, sont exacts et complets et que, en cas de changement, il doit fournir à Desjardins Assurances une nouvelle déclaration dans un délai de 30 jours;
 - e) qu'il s'engage à fournir à Desjardins Assurances le ou les numéros d'entreprise ou de fiducie manquants à la **section A2 - Identification d'un preneur qui n'est pas une personne à assurer** (page 2) dans un délai de 90 jours;
 - f) qu'il s'engage à fournir à Desjardins Assurances, dans un délai de 90 jours, une copie de toute licence de cannabis valide délivrée par Santé Canada, et, selon la nature des activités de son entreprise, par l'Agence du revenu du Canada;
 - g) que le représentant lui a fait part des informations suivantes ou qu'il les lui a communiquées par écrit : le nom de la ou des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il fait affaire, le fait qu'il reçoit des commissions ou un salaire pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis ou des avantages non pécuniaires tels que des incitatifs sous forme de voyages.
- 5- Le preneur et les personnes à assurer reconnaissent que toute déclaration inexacte, y compris celle relative à l'usage du tabac, peut entraîner l'annulation du contrat.
- 6- Chaque personne à assurer reconnaît qu'elle a lu la **section L - Avis relatif au MIB, LLC** (pages 27 et 29).
- 7- Le preneur et toutes les personnes à assurer ont lu la présente section avant de la signer.
- 8- **Pour une note de couverture provisoire** : le preneur et les personnes à assurer déclarent avoir lu la **Note de couverture provisoire en cas de décès** ou la **Note de couverture provisoire en cas de maladie grave** et comprendre les conditions qui y sont stipulées. De plus, chaque personne à assurer déclare ne pas être concernée par les exclusions ou conditions qui y sont mentionnées.
- 9- **Pour la note de couverture conditionnelle** : le preneur et les personnes à assurer déclarent avoir lu la **Note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité** et comprendre les conditions qui y sont stipulées. De plus, chaque personne à assurer déclare ne pas être concernée par les exclusions ou conditions qui y sont mentionnées.

Remarque : Le Formulaire complémentaire de vérification d'identité (08295F) dûment rempli et tous les documents demandés dans ce formulaire doivent être joints à la proposition dans la situation suivante :

- a) le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité; et
- b) une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne est demandée.



Veillez signer à la page suivante

Q - Déclarations et autorisations (suite)_____
Signé à (ville, province)**Preneurs**

X _____ Date (aaaa-mm-jj) **Cochez l'option qui s'applique :**
Signature du preneur **Preneur 1** identifié à la **section A1** – personne physique Preneur identifié à la **section A2** – personne physique
 Personne autorisée à signer pour le preneur identifié à la **section A2** – personne morale, fiducie ou autre entité

X _____ Date (aaaa-mm-jj) **Cochez l'option qui s'applique :**
Signature du second preneur **Preneur 2** identifié à la **section A1** – personne physique Preneur identifié à la **section A2** – personne physique
 Personne autorisée à signer pour le preneur identifié à la **section A2** – personne morale, fiducie ou autre entité

Personnes à assurer âgées de **18 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces autres que le Québec)

X _____ Date (aaaa-mm-jj) **X** _____ Date (aaaa-mm-jj)
Signature de la personne à assurer 1 Signature de la personne à assurer 2

Protection SOLO Assurance soins de santé : enfants âgés de **18 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces autres que le Québec)

X _____ Date (aaaa-mm-jj) **X** _____ Date (aaaa-mm-jj)
Signature de l'enfant 1 Signature de l'enfant 2

X _____ Date (aaaa-mm-jj) **X** _____ Date (aaaa-mm-jj)
Signature de l'enfant 3 Signature de l'enfant 4

Si la personne à assurer a **moins de 18 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces autres que le Québec)Signataire pour : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2
 Enfant 1 Enfant 2 Enfant 3 Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) **X** _____ Date (aaaa-mm-jj)
Signature

Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces autres que le Québec)Signataire pour : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2
 Enfant 1 Enfant 2 Enfant 3 Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) **X** _____ Date (aaaa-mm-jj)
Signature

Accord relatif au débit préautorisé (DPA)J'autorise Desjardins Assurances à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans mon compte à l'institution financière désignée et selon la période et les montants indiqués à la **section H** (page 21) du présent formulaire. De plus, je reconnais avoir lu les conditions relatives au DPA à la **section H** (page 21) du présent formulaire et je comprends que, dans la mesure du possible, je recevrai une copie de l'autorisation signée. Je renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

X _____ Date (aaaa-mm-jj) **X** _____ Date (aaaa-mm-jj)
Signature du titulaire du compte Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)

Consentement relatif aux modifications majeures, s'il y a lieu

Je soussigné, _____, en tant que

 bénéficiaire irrévocable du contrat créancier ayant pris une garantie sur le contratdéclare que je consens à toute modification mentionnée à la **section D** (page 7) du présent document.

X _____ Date (aaaa-mm-jj) **X** _____
Signature du bénéficiaire irrévocable Signature du créancier ayant pris une garantie sur le contrat

X _____ Date (aaaa-mm-jj)
Signature du bénéficiaire irrévocable

R - Consentement particulier

Applicable au Québec seulement

Dans le cadre de l'offre de services financiers d'assurances et de rentes qu'un de nos représentants pourra vous faire, nous souhaitons utiliser des renseignements nécessaires d'ordre personnel ou financier. Pour plus de précisions sur le contenu de chacune de ces catégories de renseignements, vous pouvez vous reporter au verso. Veuillez autoriser, dans le tableau ci-dessous, les « Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués » auxquelles vous consentez.

Après avoir pris connaissance de l'Avis de consentement particulier présenté au verso, je soussigné consens à ce que les renseignements que Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers détient à mon égard soient utilisés dans le cadre d'une offre de services financiers d'assurances et de rentes.

Ce consentement sera valide jusqu'à sa révocation ou jusqu'à la date de révocation indiquée ci-dessous.

Identification et signature – preneur(s) et personne(s) à assurer		Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués et Autorisation du client	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, **vous pouvez demander qu'on vous donne accès aux renseignements qu'on détient sur vous.**

R - Consentement particulier (suite)

Avis de consentement particulier

Vous êtes libre de donner ce consentement ou non

Article 92 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers

Ce que vous devez savoir

- Nous détenons, aujourd'hui, des renseignements à votre sujet.
- Nous avons besoin de votre consentement pour permettre à certains de nos représentants d'avoir accès à ces renseignements.
- Ces représentants auront aussi accès aux mises à jour des renseignements faites pendant la durée du consentement.
- Ces représentants utiliseront les renseignements disponibles **afin de vous solliciter pour de nouveaux produits et services financiers.**

Vous êtes libre d'établir la durée de validité de votre consentement

- Si vous accordez un consentement pour une période indéterminée, vous pourrez en tout temps y mettre fin en le révoquant. À la fin du présent formulaire, vous trouverez un modèle de révocation que vous pourrez utiliser ou dont vous pourrez vous inspirer.
- Si vous voulez accorder un consentement pour une période limitée, vous pourrez le faire en fixant vous-même cette période. Le présent formulaire prévoit à la section « Consentement particulier » un endroit où vous pourrez inscrire la période désirée.

La Loi sur la distribution de produits et services financiers vous donne des droits importants.

Sans cette autorisation spécifique, Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers ne pourra utiliser ces renseignements à d'autres fins que celles pour lesquelles ils ont été recueillis. **Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers ne peut vous contraindre à donner ce consentement ni refuser de continuer à faire affaire avec vous du seul fait que vous refusez de le lui donner;** l'article 94 de la loi vous protège. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec l'Autorité des marchés financiers à l'un des numéros suivants :

Québec : 418 525-0337 Montréal : 514 395-0337 Sans frais : 1 877 525-0337

Les renseignements que nous détenons à votre sujet, aujourd'hui, ont été recueillis dans le cadre de l'offre de services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et services complémentaires.

Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués

Personnels : notamment prénom et nom, date de naissance, sexe, adresse, numéro de téléphone, emploi.

Financiers : notamment revenu personnel et familial, personnes à charge, autres assurances et rentes en vigueur, placements, bilan financier, si entreprise : actif et passif.

Modèle de révocation du consentement particulier

Prénom et nom (en lettres majuscules)			Numéro de contrat
Adresse (N°, rue, app.)			Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone à 10 chiffres

Je révoque le consentement particulier donné à

Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers
200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2

par l'avis suivant :

En date du : _____
Date (aaaa-mm-jj)

Par la présente, je soussigné, _____, vous avise que j'annule
Prénom et nom du preneur ou de la personne assurée

le consentement particulier visant à vous permettre d'utiliser les renseignements qui me concernent à de nouvelles fins.

Consentement que je vous ai donné le : _____
Date du consentement (aaaa-mm-jj)

X _____
Signature du preneur ou de la personne assurée

S - Informations et déclaration du représentant

Rémunération : de carrière accélérée sans objet

Le représentant déclare :

- 1- que les preneurs et les personnes à assurer ont lu toutes les questions de la présente proposition et qu'à sa connaissance, leurs réponses sont véridiques et complètes;
- 2- qu'il a vu toutes les personnes à assurer;
- 3- qu'il a vu tous les preneurs (y compris les personnes autorisées à signer au nom des preneurs s'il s'agit de personnes morales, de fiducies ou d'autres entités) et qu'il a dûment vérifié leur identité;
- 4- qu'il a fait part des informations suivantes aux preneurs ou qu'il les leur a communiquées par écrit : le nom de la ou des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il fait affaire, le fait qu'il reçoit des commissions ou un salaire pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis ou des avantages non pécuniaires tels que des incitatifs sous forme de voyages;
- 5- qu'il a communiqué par écrit aux preneurs tout conflit d'intérêts relatif à cette proposition;
- 6- qu'il a rempli le Formulaire complémentaire de vérification d'identité (08295F) et s'est assuré que les documents requis y étaient joints, si le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité et qu'une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne est demandée.

Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cochez si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>
Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cochez si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>
Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cochez si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>

Le représentant est-il la personne à assurer ou le preneur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

X _____
Signature du représentant Date (aaaa-mm-jj)

QUÉBEC SEULEMENT - Si le représentant est un stagiaire, veuillez remplir cette section.

Prénom du superviseur	Nom du superviseur	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel			

X _____
Signature du superviseur (au Québec seulement) Date (aaaa-mm-jj)

Références

1			
Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse (N°, rue, app.)			Numéro de téléphone à 10 chiffres
			Rés. : _____ Cell. : _____
Ville	Province	Code postal	Trav. : _____, poste : _____

2			
Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse (N°, rue, app.)			Numéro de téléphone à 10 chiffres
			Rés. : _____ Cell. : _____
Ville	Province	Code postal	Trav. : _____, poste : _____

3			
Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse (N°, rue, app.)			Numéro de téléphone à 10 chiffres
			Rés. : _____ Cell. : _____
Ville	Province	Code postal	Trav. : _____, poste : _____

4			
Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse (N°, rue, app.)			Numéro de téléphone à 10 chiffres
			Rés. : _____ Cell. : _____
Ville	Province	Code postal	Trav. : _____, poste : _____