

# Couverture Vie de A-Z

Formulaire de proposition d'assurance vie

DESTINÉ À LA FORMATION  
UNIQUEMENT



Plan de  
Protection du  
**Canada** <sup>MD</sup>  
De la Financière Foresters<sup>MC</sup>

\*Les questions du formulaire de proposition de Couverture Vie de A-Z doivent être posées au client mot pour mot.  
Ce document est un outil créé à des fins de formation uniquement et ne doit pas être partagé avec vos clients.  
Ce document ne peut pas être dupliqué ou distribué sans le consentement écrit de la Financière Foresters.

## 02 Statut fiscal international du propriétaire

## Formulaire de proposition d'assurance vie

À remplir seulement dans le cas d'une proposition d'assurance vie permanente.

Êtes-vous un résident des États-Unis à des fins fiscales ou un citoyen américain et/ou un résident d'un autre pays aux fins de l'impôt? ...  Oui  Non

Si OUI, fournissez..... et/ou..... et.....  
 Numéro d'identification fiscale américain ..... Nom du (des) pays ..... Numéro(s) d'identification fiscale .....

## 03 Questionnaire d'admissibilité

### LÉGENDE

■ Rose - Cancer ■ Vert - Maladie coronarienne ■ Jaune - Style de vie ■ Bleu - Diabète

Pour toutes les questions relatives à l'admissibilité, « vous », « votre » et « vos » font référence à la personne à assurer.

Répondez à ces questions pour toutes les propositions. Puis, passez à la section suivante.

1 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous, a. fait usage de tabac ou de nicotine sous quelque forme que ce soit (excluant 12 cigares ou moins), ou b. vapoté ou utilisé une cigarette électronique sous quelque forme que ce soit, ou c. fait usage, plus de 6 fois par semaine, de marijuana sous quelque forme que ce soit (à l'exception de l'huile de CBD ou des produits comestibles)?  
 Si la réponse est « OUI », les taux de fumeur s'appliquent.....  Oui  Non

Jusqu'à 12 cigares par année ou toute utilisation de cannabis sous quelque forme que ce soit (à l'exception de l'huile de CBD ou des produits comestibles) jusqu'à 6 fois par semaine = non-fumeur.

2 | Les primes seront-elles arrêtées, ou la couverture sera-t-elle réduite ou supprimée, dans la couverture d'assurance vie existante ou la rente existante si l'assurance demandée dans la présente proposition est émise?  
 Si la réponse est « OUI », indiquez l'assureur, le montant et le régime, puis remplissez la Déclaration d'information ou le formulaire de remplacement d'une police d'assurance vie exigé dans votre province.....  Oui  Non

Assureur ..... Montant ..... Type d'assurance .....

3 | Souhaitez-vous demander l'acceptation garantie sans répondre aux questions des sections A à F?  Oui  Non  
 Si oui, passez à la section 4 (Détails de la couverture).

Si le proposant répond « Oui » à cette question, vous pouvez sauter les questions d'admissibilité et aller directement aux détails de la couverture.

4 | Je comprends que, lorsque je réponds aux questions du formulaire, le terme « traitement » inclut, mais sans s'y limiter, un ou plusieurs des éléments suivants :  
 • prise ou recommandation de prise de médicaments sur ordonnance;  
 • recommandation ou réalisation d'une intervention ou d'une opération chirurgicale; ou  
 • examens dont le résultat est positif ou inconnu.....  Oui  Non  
 Sinon, vous pouvez demander l'acceptation garantie. Passez à la section 4 (Détails de la couverture).

L'utilisation du terme « traitement » dans les questions d'admissibilité repose sur une réponse « Oui » à cette question.

## A SANS EXIGENCE MÉDICALE

**OUI** Si vous répondez OUI à une question de cette section, demandez l'assurance **Vie Acceptation Garantie.**  
 Maximum de 50 000 \$

**NON** Report de 2 ans, remboursement des primes les 2 premières années  
 passez à la section B.

Tableau des tailles et des poids (section A, question 8)

Taille	Poids
4 pi 8 po à 4 pi 10 po 142 cm à 147 cm	230 lb 104 kg
4 pi 11 po à 5 pi 1 po 148 cm à 155 cm	247 lb 112 kg
5 pi 2 po à 5 pi 4 po 156 cm à 163 cm	273 lb 124 kg
5 pi 5 po à 5 pi 7 po 164 cm à 170 cm	300 lb 136 kg
5 pi 8 po à 5 pi 10 po 171 cm à 178 cm	328 lb 149 kg
5 pi 11 po à 6 pi 1 po 179 cm à 185 cm	358 lb 162 kg
6 pi 2 po à 6 pi 4 po 186 cm à 193 cm	389 lb 176 kg
6 pi 5 po à 6 pi 7 po 194 cm à 201 cm	420 lb 191 kg

1 | Avez-vous besoin d'aide pour accomplir au moins deux activités de la vie quotidienne, telles que, mais sans s'y limiter, vous lever, marcher, prendre un bain ou une douche, vous laver, aller aux toilettes, prendre vos médicaments, vous habiller ou manger?.....  Oui  Non

2 | Résidez-vous dans un établissement de soins de longue durée, une maison ou un établissement de soins infirmiers ou une résidence avec services d'aide à la vie autonome?.....  Oui  Non

3 | Êtes-vous alité ou en fauteuil roulant, quel que soit votre lieu de résidence?.....  Oui  Non

4 | Avez-vous déjà subi ou vous a-t-on déjà conseillé de subir une greffe d'organe ou de moelle osseuse (à l'exception d'une greffe de cornée)?.....  Oui  Non

5 | Au cours des 60 derniers jours, avez-vous été hospitalisé pendant plus de 48 heures consécutives (à l'exception d'une grossesse)?.....  Oui  Non

6 | Au cours des 60 derniers jours, avez-vous obtenu un résultat d'examen anormal qui a conduit à la recommandation d'un nouveau traitement pour une affection existante, à l'établissement d'un nouveau diagnostic ou à la modification d'un traitement en cours?.....  Oui  Non

7 | Vous a-t-on déjà conseillé de subir une intervention chirurgicale, une procédure, un examen ou un test diagnostique de quelque type que ce soit (sauf les examens réguliers dont les résultats sont normaux), ou de consulter un professionnel de la santé ou un établissement médical qui n'a pas encore commencé ou n'est pas encore terminé ou dont le résultat n'est pas encore connu ou n'a pas encore conduit à un diagnostic?.....  Oui  Non

8 | En vous référant au tableau des tailles et poids pour cette question, votre poids est-il supérieur à la fourchette indiquée pour votre taille?.....  Oui  Non

9 | Avez-vous déjà reçu un résultat positif d'un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou avez-vous ou avez-vous eu le syndrome d'immunodéficience acquise (sida), ou avez-vous suivi un traitement pour le sida, le parasida ou une maladie ou un trouble du système immunitaire, à l'exception du lupus, de la polyarthrite rhumatoïde ou du diabète de type 1?.....  Oui  Non

10 | Avez-vous ou avez-vous déjà eu une affection pulmonaire ou respiratoire chronique (à l'exception de l'apnée du sommeil), telle que, mais sans s'y limiter, une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), un emphysème ou une fibrose pulmonaire qui nécessite l'utilisation périodique d'oxygène ou de stéroïdes (à l'exception des stéroïdes pour l'asthme)?.....  Oui  Non

- 11** | Avez-vous, avez-vous déjà eu ou avez-vous été traité pour :
- a. un cancer métastatique, une récurrence de cancer ou un deuxième diagnostic de cancer (à l'exclusion du carcinome basocellulaire); **ou** .....
  - b. une démence, la maladie d'Alzheimer, une perte de mémoire, une dystrophie musculaire, une dystrophie myotonique, la maladie de Parkinson, la chorée de Huntington ou une sclérose latérale amyotrophique (SLA); **ou** .....
  - c. une insuffisance cardiaque congestive, une insuffisance cardiaque systolique ou diastolique ou une cardiomyopathie? .....
- 12** | Avant l'âge de 40 ans, avez-vous souffert de douleurs thoraciques cardiaques (angine de poitrine), d'une crise cardiaque (infarctus du myocarde), d'une maladie coronarienne, d'athérosclérose, d'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'un accident ischémique transitoire (AIT), d'une maladie rénale chronique, d'un anévrisme n'importe où dans votre corps ou avez-vous subi un pontage cardiaque, une angioplastie ou la pose d'un stent ou suivi un traitement pour une de ces maladies? .....
- 13** | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :
- a. pris des stupéfiants ou des barbituriques, sauf sur ordonnance d'un professionnel de la santé ; **ou** .....
  - b. consommé de l'héroïne, une drogue psychoactive, de la cocaïne, du crack, de la méthadone, du fentanyl ou un autre produit similaire; **ou** .....
  - c. été hospitalisé ou admis dans un établissement pour le traitement d'une dépendance à la drogue ou à l'alcool? .....
- 14** | Au cours des 24 derniers mois, avez-vous été condamné, incarcéré, mis en probation ou en liberté conditionnelle, ou faites-vous l'objet d'une accusation en instance ou attendez-vous votre condamnation pour une infraction pénale? .....
- 15** | Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'une maladie potentiellement mortelle, grave ou en phase terminale, pour laquelle un professionnel de la santé a estimé que votre espérance de vie était réduite? .....

Tout cancer qui s'est propagé (métastatique) ou a fait l'objet d'une récurrence, qu'il s'agisse du même cancer ou d'un cancer différent.

Tout problème cardiaque grave, AVC ou trouble circulatoire avant l'âge de 40 ans.

Oui  Non

Consommation de drogue ou séjour dans un établissement pour le traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme au cours de la dernière année.

Accusations criminelles au cours des deux dernières années.

Oui  Non

## B

## SANS EXIGENCE MÉDICALE

**OUI** Si vous répondez OUI à une question de cette section, demandez l'assurance

## Vie Différée

Maximum de 75 000 \$

**NON**

Report de 2 ans, remboursement des primes avec 3% d'intérêt les 2 premières années

ES  
passez à la section C.

- 1** | Au cours des deux dernières années, avez-vous eu une de ces maladies ou suivi un traitement pour une de ces maladies :
- a. douleurs thoraciques cardiaques (angine de poitrine), crise cardiaque (infarctus du myocarde), maladie cardiaque, maladie ou trouble valvulaire, trouble du rythme cardiaque, maladie coronarienne, athérosclérose ou trouble des vaisseaux sanguins, anévrisme n'importe où dans votre corps, accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT), ou stimulateur cardiaque ou défibrillateur, ou avez-vous subi un pontage cardiaque, une angioplastie, la pose d'un stent ou une chirurgie valvulaire, **ou** .....
  - b. problèmes circulatoires dans les jambes et/ou les pieds (vasculaire périphérique, artériel et/ou neuropathie)? .....
- 2** | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été traité pour un cancer ou eu un cancer (de tout type à l'exception du carcinome basocellulaire) ou une tumeur maligne? .....
- 3** | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé ou admis dans un autre établissement de santé pendant plus de 24 heures consécutives pour une affection mentale telle que, mais sans s'y limiter, une dépression, l'anxiété ou une psychose? .....
- 4** | Avez-vous, avez-vous déjà eu ou avez-vous été traité pour :
- a. une maladie rénale chronique telle que, sans s'y limiter, la néphropathie diabétique, la polykystose rénale (PKD), l'insuffisance rénale chronique à n'importe quel stade; **ou** .....
  - b. vous a-t-on conseillé de passer un examen pour dépister une PKD ou avez-vous des antécédents familiaux de PKD et n'avez-vous pas encore passé d'examen pour dépister une PKD? .....
- 5** | Au cours des 5 dernières années, avez-vous souffert ou suivi un traitement pour une de ces maladies :
- a. une maladie du foie, telle que, mais sans s'y limiter, une cirrhose ou une hépatite (à l'exclusion des hépatites A et B), **ou** .....
  - b. une pancréatite chronique ou héréditaire? .....
- 6** | Avez-vous moins de 30 ans et souffrez-vous, avez-vous déjà souffert ou avez-vous déjà été traité pour un diabète ou un problème de glycémie (à l'exception du diabète gestationnel)? .....
- 7** | Souffrez-vous, avez-vous déjà souffert ou avez-vous déjà été traité pour un diabète **et** présentez-vous ou avez-vous déjà présenté un ou plusieurs des symptômes suivants : maladie coronarienne, douleurs thoraciques cardiaques (angine de poitrine), crise cardiaque (infarctus du myocarde), accident vasculaire cérébral (AVC), picotements, brûlures ou perte de sensation dans un membre (neuropathie), maladie vasculaire ou artérielle périphérique, perte de vision (rétinopathie), maladie rénale (néphropathie), ou avez-vous subi un pontage cardiaque, une angioplastie, la pose d'un stent ou une amputation? .....
- 8** | Souffrez-vous d'un trouble congénital du développement, tel que, mais sans s'y limiter, le syndrome de Down ou l'autisme? .....

Tout problème cardiaque grave, AVC ou trouble circulatoire au cours des deux dernières années.

Oui  Non

Oui  Non

Examen, diagnostic ou traitement d'un cancer au cours de l'année écoulée.

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non

Oui  Non

29 ans ou moins ET diabète ou examen en cours pour un diabète.

Question relative aux comorbidités. Le client DOIT présenter à la fois un diabète ET l'une des maladies suivantes.

Oui  Non

Oui  Non

## C SANS EXIGENCE MÉDICALE

**OUI** Si vous répondez OUI à une question de cette section, demandez l'assurance

### Élite Différée

Maximum de 350 000 \$

**NON** Différé sur 1 an, 50% du capital total assuré durant la deuxième année  
passez à la section D.

### Tableau des tailles et des poids

(section C, question 13)

Taille	Poids
4 pi 8 po à 4 pi 10 po 142 cm à 147 cm	185 lb 84 kg
4 pi 11 po à 5 pi 1 po 148 cm à 155 cm	199 lb 90 kg
5 pi 2 po à 5 pi 4 po 156 cm à 163 cm	215 lb 98 kg
5 pi 5 po à 5 pi 7 po 164 cm à 170 cm	235 lb 107 kg
5 pi 8 po à 5 pi 10 po 171 cm à 178 cm	260 lb 118 kg
5 pi 11 po à 6 pi 1 po 179 cm à 185 cm	282 lb 128 kg
6 pi 2 po à 6 pi 4 po 186 cm à 193 cm	305 lb 138 kg
6 pi 5 po à 6 pi 7 po 194 cm à 201 cm	333 lb 151 kg

1 | Au cours des 5 dernières années, avez-vous souffert de troubles bipolaires, de schizophrénie, de maniaco-dépression ou de psychose ou suivi un traitement pour une de ces maladies? .....  Oui  Non

2 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perdu 10 % ou plus de votre poids corporel, sans que cela soit dû à un régime alimentaire intentionnel? .....  Oui  Non

3 | Au cours des 12 derniers mois, vous a-t-on déjà avisé de la présence inexplicquée de sang dans votre urine ou vos selles? .....  Oui  Non

4 | Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert ou suivi un traitement pour une de ces maladies :  
a. douleurs thoraciques cardiaques (angine de poitrine), crise cardiaque (infarctus du myocarde), maladie cardiaque, maladie ou trouble valvulaire, trouble du rythme cardiaque, maladie coronarienne, athérosclérose ou trouble des vaisseaux sanguins, anévrisme n'importe où dans votre corps, accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT), ou pacemaker ou défibrillateur, ou avez-vous subi un pontage cardiaque, une angioplastie, la pose d'un stent ou une chirurgie valvulaire, **ou**  
b. des problèmes circulatoires dans les jambes et/ou les pieds (vasculaires périphériques, artériels et/ou neuropathie)? .....  Oui  Non

Tout problème cardiaque grave, AVC ou trouble circulatoire survenu il y a plus de deux ans, mais moins de trois ans.

5 | Au cours des 5 dernières années, avez-vous suivi un traitement, reçu des conseils médicaux ou une consultation pour cesser ou réduire votre consommation d'alcool ou de drogues, ou vous a-t-on conseillé de le faire? .....  Oui  Non

Suivi pour toxicomanie ou alcoolisme au cours des cinq dernières années.

6 | Au cours des 5 dernières années, avez-vous :  
a. pris des stupéfiants ou des barbituriques, sauf sur ordonnance d'un professionnel de la santé; **ou**  
b. consommé de l'héroïne, une drogue psychoactive, de la cocaïne, du crack, de la méthadone, du fentanyl ou un autre produit similaire; **ou**  
c. été hospitalisé ou admis dans un établissement pour le traitement d'une dépendance à la drogue ou à l'alcool? .....  Oui  Non

Consommation de drogues ou séjour dans un établissement de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme il y a plus d'un an, mais moins de cinq ans.

7 | Au cours des 3 dernières années, avez-vous souffert d'une affection pulmonaire ou respiratoire chronique (à l'exception de l'asthme) ou suivi un traitement pour une affection, telle que, mais sans s'y limiter, une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), un emphysème ou une fibrose pulmonaire? .....  Oui  Non

8 | Au cours des 3 dernières années, avez-vous été condamné, incarcéré, mis en probation ou en liberté conditionnelle, ou êtes-vous en attente d'une condamnation pour une infraction pénale? .....  Oui  Non

Accusations criminelles il y a plus de deux ans, mais moins de trois ans.

9 | Avez-vous reçu un diagnostic de diabète avant l'âge de 30 ans et avez-vous suivi un traitement à l'insuline au cours des 12 derniers mois? .....  Oui  Non

29 ans ou moins, diabète et traitement à l'insuline au cours de l'année écoulée.

10 | Après l'âge de 40 ans, avez-vous souffert d'une affection neurologique ou suivi un traitement pour une affection neurologique telle que, mais sans s'y limiter, la sclérose en plaques **ou** des convulsions avec perte de conscience? .....  Oui  Non

11 | Souffrez-vous de diabète et, au cours des six derniers mois :  
a. l'insuline vous a-t-elle été recommandée ou prescrite comme nouveau traitement, **ou**  
b. la dose d'insuline prescrite a-t-elle été augmentée, **ou**  
c. une autre forme d'insuline a-t-elle été ajoutée au plan de traitement? .....  Oui  Non

Toute nouvelle ordonnance ou augmentation de la dose d'insuline au cours des six derniers mois.

12 | Au cours des 5 dernières années, avez-vous souffert d'un cancer (de tout type, à l'exception du carcinome basocellulaire) ou d'une tumeur maligne ou suivi un traitement pour un cancer ou une tumeur? .....  Oui  Non

Examen, diagnostic ou traitement d'un cancer depuis plus d'un an mais moins de cinq ans.

13 | En vous référant au tableau des tailles et poids pour cette question, votre poids est-il supérieur à la fourchette indiquée pour votre taille? .....  Oui  Non

D

**SANS** EXIGENCE MÉDICALE

OUI

Si vous répondez OUI à une question de cette section, demandez l'assurance

**Élite Simplifiée**

Maximum de 500 000 \$

NON

Si vous répondez NON à TOUTES les questions de cette section, demandez Élite Simplifiée OU passez à la section E SEULEMENT si vous souhaitez souscrire à un régime d'Assurance

**Vie Préférentielle\***

or Assurance Vie

**Élite Préférentielle\***

\* Vous pouvez être admissible à l'un de ces régimes, sous réserve des exigences de souscription et des approbations.

1 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de sclérose en plaques ou suivi un traitement pour cette maladie? .....  Oui  Non

2 | Au cours des 12 derniers mois, votre traitement médicamenteux a-t-il été modifié ou vous a-t-on conseillé ou prescrit un nouveau médicament pour une maladie chronique? .....

3 | Au cours des 2 dernières années, avez-vous participé à l'exploitation d'un aéronef en tant que pilote ou élève-pilote (à l'exception des pilotes commerciaux réguliers), ou à un sport dangereux tel que, mais sans s'y limiter, la plongée sous-marine, la course automobile, l'alpinisme, le ski hors-piste ou le parachutisme, ou prévoyez-vous de participer au cours de l'année à venir? .....

Question concernant SEULEMENT les sports ou loisirs à risque.

Dossier de conducteur au cours des deux dernières années OU plus de trois infractions au code de la route au cours des douze derniers mois.

4 | Au cours des 2 dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué, ou au cours des 12 derniers mois, avez-vous commis plus de trois infractions au Code de la route? .....

5 | Au cours des 5 dernières années, avez-vous été condamné, incarcéré, mis en probation ou en liberté conditionnelle, ou êtes-vous en attente d'une condamnation pour une infraction pénale, ou au cours des 2 dernières années, avez-vous été accusé de conduite en état d'ivresse ou avec facultés affaiblies? .....

Accusations criminelles il y a plus de trois ans, mais de moins de cinq ans OU conduite en état d'ébriété au cours des deux dernières années.

6 | Avez-vous ou avez-vous déjà eu un cancer (de tout type, à l'exception du carcinome basocellulaire) ou une tumeur maligne, ou avez-vous déjà suivi un traitement pour ces maladies? .....

ARRÊTEZ si le proposant a des antécédents de CANCER.

7 | Avez-vous ou avez-vous déjà eu le diabète (à l'exception du diabète gestationnel), ou avez-vous eu un taux d'A1c supérieur à 8,5 au cours des 6 derniers mois? .....

ARRÊTEZ si le proposant a des antécédents de DIABÈTE.

8 | Parmi les membres de votre famille immédiate (père, mère, frères, sœurs) :

a. Deux d'entre eux ou plus ont-ils ou ont-ils déjà eu un cancer, une maladie cardiaque, un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident ischémique transitoire (AIT), ou suivi un traitement pour une de ces maladies? .....  Oui  Non

b. Avant l'âge de 60 ans, certains d'entre eux ont-ils souffert d'une polykystose rénale, de la chorée de Huntington ou d'une maladie ou d'un trouble héréditaire, ou suivi un traitement pour une de ces maladies? .....

 Oui  Non

9 | Prévoyez-vous de voyager en dehors de l'Amérique du Nord, des Caraïbes, de l'Australie, du Royaume-Uni, de la Nouvelle-Zélande ou des pays de l'Union européenne pendant plus de 12 semaines consécutives au cours des 12 prochains mois? .....

ARRÊTEZ UNIQUEMENT pour les voyages futurs et ceux-ci doivent durer plus de 12 semaines CONSÉCUTIVES.

Si nous ne pouvons pas approuver un certificat à partir des informations fournies dans cette proposition et d'autres informations qui pourraient être recueillies, souhaitez-vous qu'une assurance à acceptation garantie soit émise? .....

 Oui  Non

ARRÊTEZ si le proposant présente des antécédents de graves problèmes cardiaques ou d'AVC, ou d'une maladie préexistante importante.

Répondez à cette question si le client a répondu aux questions d'admissibilité des sections B, C ou D.

E

POURRAIT ÊTRE SOUMIS AUX EXIGENCES DE TARIFICATION

Régimes d'assurance Préférentielle

Minimum de 50 000 \$

Maximum de 1 000 000 \$

Notre service de tarification déterminera l'assurance à laquelle vous êtes admissible.

1 | Vous a-t-on déjà prescrit, pour plus de 30 jours, un médicament contre un problème médical? .....  Oui  Non

Si OUI, veuillez indiquer le nom du médicament et la nature du trouble médical pour lequel il a été prescrit.

Détails

2 | Date de votre dernière consultation chez le médecin .....

Raison de la consultation : .....

F

SOUMIS AUX EXIGENCES DE TARIFICATION

Régimes d'assurance Élite Préférentielle

Minimum de 500 000 \$

Maximum de 1 000 000 \$

Notre service de tarification déterminera l'assurance à laquelle vous êtes admissible.

1 | Quelle est votre taille et quel est votre poids actuels?

Impérial ..... / ..... Métrique ..... / .....

pi po / lb cm / kg

2 | Au cours des 24 derniers mois, avez-vous utilisé par quelque moyen que ce soit (y compris par vaporisateur ou cigarette électronique) une substance ou un produit qui contient du tabac, de la nicotine ou de la marijuana?

Si OUI, taux fumeur applicable. ....

 Oui  Non

Le respect de votre vie privée est important pour *la Financière Foresters*. Nous traiterons et conserverons vos renseignements personnels conformément à notre politique de confidentialité et aux lois applicables. Vos renseignements personnels seront recueillis, utilisés et divulgués de façon continue par Foresters, nos employés, réassureurs, agents et représentants, fournisseurs de services, consultants professionnels ou toute autre personne autorisée telle que définie dans la proposition, afin d'évaluer l'admissibilité à la couverture d'assurance, le montant des primes et le maintien de la couverture; de statuer sur les demandes de règlement, de traiter les paiements et de répondre aux demandes de renseignements et aux plaintes; de soutenir l'analyse et les opérations commerciales de Foresters; de tenir des registres, d'effectuer des audits, de contrôler la qualité et les risques; de vérifier l'identité; de prévenir, d'enquêter, de détecter et de signaler les fraudes et les incidents de sécurité; de fournir des informations sur les produits, les services et les bénéfices de membre, les administrer, les gérer et les offrir; d'organiser des événements et des activités communautaires et de gérer le réseau de sections de Foresters; d'améliorer nos produits et services, nos processus de tarification et de gestion des risques, notamment grâce à l'amélioration de l'analyse des données, à l'automatisation et à d'autres moyens technologiques, et à toute autre fin requise ou autorisée par la loi.

Nous restreindrons l'accès à vos renseignements personnels à nos employés, fournisseurs de services, représentants, sociétés affiliées, réassureurs et autres personnes autorisées qui ont besoin des renseignements dans l'exercice des fonctions qu'ils exercent en notre nom, et à toute personne ou organisation à qui vous avez donné votre consentement. Nos employés, fournisseurs de services, représentants, réassureurs et leurs fournisseurs de services, ainsi que les autres personnes autorisées peuvent se trouver à l'extérieur du Canada. Par conséquent, vos renseignements personnels pourraient être assujettis aux lois d'autres territoires de compétence et divulgués en réponse à des demandes ou exigences d'une instance gouvernementale, d'un tribunal ou d'un organisme d'application de la loi dans ces pays. Vous pouvez demander d'avoir accès à vos renseignements personnels en tout temps et, au besoin, les faire rectifier. Vous pouvez aussi nous demander de vous envoyer des renseignements sur nos produits, services ou bénéfices de membre. Pour ce faire, écrivez-nous à : Financière Foresters, 789, ch. Don Mills, Toronto, ON, Canada M3C 1T9. Pour consulter notre plus récente Politique de confidentialité, visitez [foresters.com](http://foresters.com).

## REMARQUES CONCERNANT MIB

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités de façon confidentielle. L'Ordre indépendant des Forestiers ou ses réassureurs peuvent cependant faire un bref rapport auprès de MIB, LLC, qui fonctionne comme une bourse d'échanges de renseignements pour le compte des compagnies d'assurance membres de MIB Group Inc. Si vous soumettez une proposition auprès d'une autre compagnie membre de MIB pour une assurance vie ou une assurance maladie, ou qu'une demande de prestations est soumise à une telle compagnie, MIB, sur demande, fournira à cette compagnie les renseignements tirés du dossier.

Dès réception de votre demande, MIB vous transmettra les renseignements de votre dossier. Veuillez communiquer avec MIB au \*866 692-6901 ou visiter son site Web à l'adresse [www.mib.com](http://www.mib.com) pour demander en ligne que les renseignements contenus dans le dossier vous soient transmis. Si vous contestez l'exactitude des renseignements de votre dossier MIB, communiquez avec MIB pour faire corriger les renseignements conformément aux procédures énoncées dans la loi fédérale Fair Credit Reporting Act. Le Bureau d'information de MIB se trouve au 50, Braintree Hill Park, bureau 400, Braintree (Massachusetts) 02184-8734 ou visitez son site Web au [Canadadislosure@mib.com](mailto:Canadadislosure@mib.com).

L'Ordre indépendant des Forestiers ou ses réassureurs peuvent également communiquer des renseignements dans leur dossier à d'autres compagnies d'assurance à qui vous pouvez soumettre une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie, ou à qui une demande de prestations peut être soumise. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements sur MIB sur son site Web à l'adresse <http://www.mib.com>.

## LIMITES DU CONTRAT D'ASSURANCE

En cas de suicide, commis dans les deux ans suivant la date d'émission du contrat d'assurance, la prestation est limitée au remboursement des primes payées.

- Pour l'assurance Vie Acceptation Garantie, si le décès survient dans les deux ans suivant la date d'émission du contrat d'assurance et est attribuable à des raisons non accidentelles (autres que le suicide), le montant des prestations à payer est égal au total des primes payées.
- Pour l'assurance Vie Différée, si le décès survient dans les deux ans suivant la date d'émission du contrat d'assurance et est attribuable à des raisons non accidentelles (autres que le suicide), le montant des prestations à payer est égal au total des primes payées plus des intérêts de 3 %.
- Pour les assurances Vie Élite Différée et Élite Temporaire Différée, si le décès survient dans les deux ans suivant la date d'émission du contrat d'assurance et est attribuable à des raisons non accidentelles (autres que le suicide), le montant des prestations à payer est, la première année, égal au total des primes payées plus des intérêts de 3 % et, la deuxième année, égal à 50 % du capital assuré.
- Dans le cas de la prestation en cas de décès accidentel, la prestation payable pourrait être limitée par des facteurs comme l'âge de l'assuré et la cause du décès. Reportez-vous à votre contrat d'assurance pour les conditions détaillées.

Le contrat d'assurance qui pourrait être émis suite à cette proposition contient des conditions et des restrictions importantes. Examinez-le soigneusement dès que vous le recevez.

## ACCUSÉ DE RÉCEPTION

(À détacher et à remettre au propriétaire SEULEMENT si un chèque a été fourni à titre de paiement de la première prime annuelle.)

L'Ordre indépendant des Forestiers accuse réception de la somme de ..... \$ qui doit servir à payer la première prime d'assurance sur la vie de .....

Ce paiement répond à l'exigence de paiement de la première prime totale avant que le contrat soit remis au propriétaire, si ce paiement est honoré la première fois qu'il est présenté à l'institution financière auprès de laquelle il doit être perçu, comme l'une des conditions à remplir pour que la couverture entre en vigueur, tel qu'il est décrit dans le contrat d'assurance.

Si vous n'avez pas reçu le contrat d'assurance dans les six semaines qui suivent la date de cet accusé de réception, veuillez communiquer avec *la Financière Foresters* à l'adresse figurant au verso.

Signé à ..... ce ..... jour de ..... 20.....  
Ville/province

Le propriétaire peut résilier le présent contrat d'assurance et recevoir un remboursement intégral des primes en avisant l'assureur par écrit et en renvoyant le contrat d'assurance dans les 10 jours qui suivent la date de la première réception du contrat.