Couverture Vie de A–Z

Formulaire de proposition d'assurance vie



Plan de Protection du Canada[MD]

De la Financière Foresters[MC]

Liste de vérification de la proposition

Pour garantir un service prioritaire :

1 | Assurez-vous de répondre à toutes les questions applicables avant de soumettre votre proposition. Écrivez lisiblement en majuscules et à l'encre noire. N'utilisez pas le terme « idem ». Ne rayez aucune question ni réponse. Ne faites pas de ratures et n'utilisez pas de liquide correcteur. Si vous corrigez une erreur, la correction doit être parafée par chaque personne qui signe la proposition.

2 | Joignez une illustration à chaque contrat d'assurance demandé.

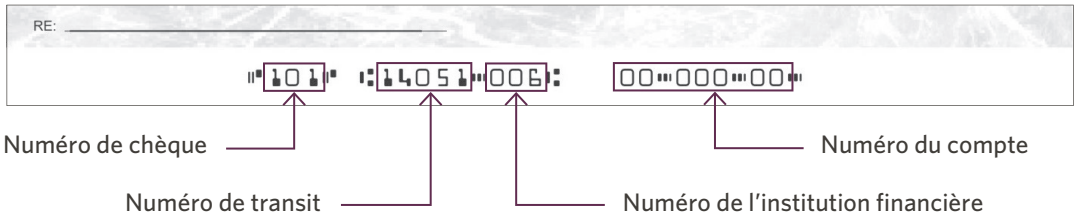
3 | Soumettez les formulaires de divulgation en cas de remplacement d'une assurance vie existante.

4 | Notez que la prime initiale sera appliquée à la date d'émission du contrat d'assurance, qui est aussi la date à laquelle le contrat d'assurance est émis.

5 | Si la modalité de paiement est annuelle, assurez-vous de payer la prime initiale avec la proposition d'assurance. Les propositions CR ne sont PAS autorisées.

- Si la prime initiale est payée par chèque, veuillez inclure un chèque en date du jour à l'ordre de Foresters, portant la même date que celle de la proposition.
- Si la prime initiale est payée par carte de crédit, la fréquence des paiements de la prime doit être annuelle.

6 | Si le paiement des primes est effectué par prélèvement automatique mensuel, joignez un chèque annulé ou indiquez les informations bancaires à la page 8 (voir la formule de chèque ci-dessous). Pour les primes mensuelles par prélèvement automatique, vous ne versez pas de prime le premier mois.



7 | Veuillez ne pas inclure les informations de la carte de crédit sur la demande d'assurance.

8 | Chaque conseiller DOIT détenir un permis valide et une assurance erreurs et omissions dans son dossier auprès de l'Ordre indépendant des Forestiers, ou les copies doivent être jointes à cette proposition.

9 | Prévenez votre client qu'il peut recevoir un appel de vérification de l'assureur pour vérifier les renseignements figurant sur la proposition.

Régimes d'assurance offerts

1 Les maximums indiqués se rapportent à une couverture combinée au titre de toutes les protections dans le cadre de tous les régimes de la même catégorie d'assurance.

2 Le minimum est de 50 000 $ pour l'assurance Temporaire Préférentielle ou son avenant, ou l'avenant de l'assurance Élite Temporaire Préférentielle, et de 500 000 $ pour l'assurance Élite Temporaire Préférentielle.

Assurance de base	Âge à l'émission	Minimum	Maximum
Vie Acceptation Garantie	18-60 ans	10 000 $	50 000 $
	61-75 ans	5 000 $	50 000 $
Vie Différée	18-60 ans	10 000 $	75 000 $
	61-80 ans	5 000 $	50 000 $
Vie Élite Différée	18-60 ans	10 000 $	350 000 $ [1]
	61-80 ans	5 000 $	350 000 $ [1]
Vie Élite Simplifiée	18-60 ans	10 000 $	500 000 $ [1]
	61-80 ans	5 000 $	350 000 $ [1]
Vie Préférentielle	18-80 ans	50 000 $	1 000 000 $ [1]
Vie Élite Préférentielle	18-80 ans	500 000 $	1 000 000 $ [1]
Assurance de base ou avenant (offerte en tant qu'assurances Élite Différée, Élite Simplifiée, Préférentielle et Élite Préférentielle)			
Temporaire 10 ans	18-70 ans	25 000 $ [2]	Le maximum dépend de l'âge et de l'assurance – voir ci-dessus
Temporaire 20 ans	18-60 ans	25 000 $ [2]	
Temporaire 25 ans	18-55 ans	25 000 $ [2]	
Temporaire à capital décroissant de 25 ans	18-60 ans	25 000 $ [2]	
Avenant seulement			
Prestation de décès accidentel	18-65 ans	Le moindre montant entre une fois la couverture et 10 000 $	Le moindre montant entre cinq fois la couverture et 250 000 $
Prestation temporaire pour enfants	18-60 ans (parent)	5 000 $, 10 000 $ ou 15 000 $	
Prestation hospitalière	18-65 ans	25 $/jour, 50 $/jour ou 100 $/jour	

ASSURÉ

Dans cette proposition, « assuré » signifie la personne que l'on se propose d'assurer.

[1] Doit être un citoyen canadien, être un résident permanent ou détenir un permis valide de travail ou d'études pour soumettre une proposition.

Le maximum pour un assuré détenant un permis de travail ou d'études est de 250 000 $.

[2] Dans le cas d'une assurance vie permanente et lorsque l'assuré est le propriétaire, si le NAS n'est pas fourni ici, nous pourrions en faire la demande ultérieurement, y compris lors du rachat du contrat d'assurance.

[3] Les renseignements du médecin sont requis pour tous les produits autres que l'assurance Vie Acceptation Garantie.

Nom ..... (Prénom / Second prénom / Nom)

Sexe à la naissance : ○ Homme ○ Femme

Date de naissance ..... JJ/MM/AA

Pays de naissance .....

○ Citoyen canadien [1]
○ Résident permanent [1]
○ Permis de travail/Permis d'études [1]

Téléphone
Principal .....
Travail/autre .....

Adresse ..... (Nom de rue et numéro / Numéro d'appartement)

..... (Ville/municipalité / Province/territoire / Code postal)

Meilleure date et meilleur moment pour appeler aux fins de la vérification (soyez précis) :
..... (Date / Heure)

Numéro d'assurance sociale [2] .....

Courriel (facultatif) .....

Profession .....

Permis de conduire (ou pièce d'identité délivrée par le gouvernement avec photo, numéro d'identité et type)
..... (Numéro (et type) / Province/territoire de délivrance / Date d'expiration (JJ/MM/AA))

Êtes-vous membre de Foresters?
○ Oui ○ Non, demande d'adhésion

Nom de votre médecin. Si vous n'avez pas de médecin, nom de la dernière clinique où vous avez été examiné [3] .....

Adresse de ce médecin ou de cette clinique [3] .....

PROPRIÉTAIRE

Remplir les détails sur le propriétaire seulement s'il ne s'agit pas de l'assuré.

[4] Si le propriétaire est une société ou une entité :
- la signature doit être accompagnée du nom et du titre de la société du signataire autorisé OU d'un sceau de la société
- remplir le formulaire Vérification de l'identité – sociétés et autres entités 105994 CAN et fournir un document qui confirme l'existence de l'entité, p. ex., les statuts constitutifs.

[5] Dans le cas d'une assurance vie permanente , si le NAS n'est pas fourni ici, nous pourrions en faire la demande ultérieurement, y compris lors du rachat du contrat d'assurance.

Nom complet ou dénomination sociale de la société/de l'entité [4] .....

Date de naissance .....

Le propriétaire est : ○ L'assuré ○ Une autre personne – *remplissez cette section*

Adresse ..... (Nom de rue et numéro / Numéro d'appartement)

..... (Ville/municipalité / Province/territoire / Code postal)

Téléphone ..... Principal
..... Travail/autre

Lien avec l'assuré .....

Activité principale ou profession .....

Numéro d'assurance sociale [5] .....

Permis de conduire (ou pièce d'identité délivrée par le gouvernement avec photo, numéro d'identité et type)
..... (Numéro (et type) / Province/territoire de délivrance / Date d'expiration (JJ/MM/AA))

Courriel (facultatif) .....

PROPRIÉTAIRE SUBROGÉ

Nom complet ou dénomination sociale de la société/de l'entité .....

Lien avec le propriétaire .....

BÉNÉFICIAIRE

Le total des parts doit être égal à 100 % pour les premiers bénéficiaires et à 100 % pour les bénéficiaires subsidiaires.

[!] Important : Chaque bénéficiaire est révocable à moins d'indication contraire. Cependant, au Québec, la désignation du conjoint de droit du propriétaire est irrévocable, à moins qu'il ne soit indiqué expressément que cette désignation est révocable.

Nom du bénéficiaire	Lien avec l'assuré (ou avec le propriétaire au Québec)	Date de naissance JJ/MM/AA	% de parts	Révocable (R) Irrévocable (I)	Premier (P) Subsidiaire (S)
				○ R ○ I	○ P ○ S
				○ R ○ I	○ P ○ S
				○ R ○ I	○ P ○ S

Si le bénéficiaire est un mineur : Dans toutes les provinces sauf au Québec, un fiduciaire doit être désigné pour recevoir les fonds au nom du mineur.

Nom du fiduciaire ..... **Lien avec le propriétaire** .....

Au Québec, le capital payable à un mineur sera versé aux parents (ou au tuteur légal, le cas échéant).

PAYEUR

Remplir les détails seulement s'il ne s'agit pas de l'assuré ou du propriétaire.

Pour l'assurance vie permanente, si le payeur est Autre, remplissez un Questionnaire pour la détermination de l'existence d'un tiers 105816 FR

Le payeur est : ○ L'assuré ○ Le propriétaire ○ Autre – *remplissez cette section* **Lien avec l'assuré** .....

Nom complet ..... **Date de naissance** ..... JJ/MM/AA

Adresse ..... (Nom de rue et numéro / Numéro d'appartement / Ville/municipalité / Province/territoire / Code postal)

02 Statut fiscal international du propriétaire

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

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

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).

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).

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 Si vous répondez NON à TOUTES les questions de cette section, 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 récidive de cancer ou un deuxième diagnostic de cancer (à l'exclusion du carcinome basocellulaire); **ou** ◯ Oui ◯ Non

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** ◯ Oui ◯ Non

c. une insuffisance cardiaque congestive, une insuffisance cardiaque systolique ou diastolique ou une cardiomyopathie? ◯ Oui ◯ Non

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? ◯ Oui ◯ Non

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** ◯ Oui ◯ Non

b. consommé de l'héroïne, une drogue psychoactive, de la cocaïne, du crack, de la méthadone, du fentanyl ou un autre produit similaire; **ou** ◯ Oui ◯ Non

c. été hospitalisé ou admis dans un établissement pour le traitement d'une dépendance à la drogue ou à l'alcool? ◯ Oui ◯ Non

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? ◯ Oui ◯ Non

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? ◯ 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 Si vous répondez NON à TOUTES les questions de cette section, 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** ◯ Oui ◯ Non

b. problèmes circulatoires dans les jambes et/ou les pieds (vasculaire périphérique, artériel et/ou neuropathie)? ◯ Oui ◯ Non

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? ◯ Oui ◯ Non

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? ◯ Oui ◯ Non

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** ◯ Oui ◯ Non

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? ◯ Oui ◯ Non

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** ◯ Oui ◯ Non

b. une pancréatite chronique ou héréditaire? ◯ Oui ◯ Non

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)? ◯ Oui ◯ Non

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? ◯ Oui ◯ Non

8 | Souffrez-vous d'un trouble congénital du développement, tel que, mais sans s'y limiter, le syndrome de Down ou l'autisme? ◯ 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 Si vous répondez NON à TOUTES les questions de cette section, 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 inexpliquée 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** ○ Oui ○ Non

b. des problèmes circulatoires dans les jambes et/ou les pieds (vasculaires périphériques, artériels et/ou neuropathie)? ○ Oui ○ Non

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

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** ○ Oui ○ Non

b. consommé de l'héroïne, une drogue psychoactive, de la cocaïne, du crack, de la méthadone, du fentanyl ou un autre produit similaire; **ou** ○ Oui ○ Non

c. été hospitalisé ou admis dans un établissement pour le traitement d'une dépendance à la drogue ou à l'alcool? ○ Oui ○ Non

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

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

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** ○ Oui ○ Non

b. la dose d'insuline prescrite a-t-elle été augmentée, **ou** ○ Oui ○ Non

c. une autre forme d'insuline a-t-elle été ajoutée au plan de traitement? ○ Oui ○ Non

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

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? ○ Oui ○ Non

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? ○ Oui ○ Non

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? ○ Oui ○ Non

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? ○ Oui ○ Non

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? ○ Oui ○ Non

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? ○ Oui ○ Non

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? ○ Oui ○ Non

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

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

04 Détails de la couverture

1 Maximum de deux avenants d'assurance temporaire
- >> Les avenants ne peuvent être ajoutés que si la période de base est plus longue que la période des avenants temporaires (pas égale).
- >> Les avenants pour assurance temporaire ne sont pas offerts avec les assurances Vie Acceptation Garantie et Vie Différée ni avec aucune des assurances avec paiements sur 20 ans.

2 Remplissez le questionnaire Prestation temporaire pour enfants de la page 6.

Non offert avec les assurances :
- >> Vie Acceptation Garantie
- >> Vie Différée

3 Non offert avec les assurances :
- >> Vie Acceptation Garantie
- >> Vie Différée
- >> Vie Élite Différée
- >> Élite Temporaire Différée

Assurance permanente	Période de paiement des primes	Montant de l'assurance
○ Vie Acceptation Garantie *(18-75 ans)* ○ Vie Différée *(18-80 ans)* ○ Vie Élite Différée *(18-80 ans)* ○ Vie Élite Simplifiée *(18-80 ans)* ○ Vie Préférentielle *(18-80 ans)* ○ Vie Élite Préférentielle *(18-80 ans)*	○ Payable jusqu'à l'âge de 100 ans ○ Paiement sur 20 ans *Non offert pour les assurances :* >> Vie Acceptation Garantie >> Vie Différée	..... $

Assurance temporaire	Période	Montant de l'assurance
○ Élite Temporaire Différée ○ Élite Temporaire Simplifiée ○ Temporaire Préférentielle ○ Élite Temporaire Préférentielle	○ 10 ans *(18-70 ans)* ○ 20 ans *(18-60 ans)* ○ 25 ans *(18-55 ans)* ○ 25 ans à capital décroissant *(18-60 ans)*	..... $

Avenants facultatifs	Montant
☐ Temporaire 10 ans [1] *(18-70 ans)*	..... $
☐ Temporaire 20 ans [1] *(18-60 ans)*	..... $
☐ Temporaire 25 ans [1] *(18-55 ans)*	..... $
☐ Temporaire 25 ans à capital décroissant [1] *(18-60 ans)*	..... $
☐ Prestation de décès accidentel *(18-65 ans)*	..... $
☐ Prestation temporaire pour enfants [2] *(18-60 ans)*	○ 5 000 $ ○ 10 000 $ ○ 15 000 $
☐ Prestation hospitalière [3] *(18-65 ans)*	○ 25 $/jour ○ 50 $/jour ○ 100 $/jour

05 Prestation temporaire pour enfants

QUESTIONNAIRE D'ADMISSIBILITÉ

Identifiez chaque enfant de l'assuré âgé de moins de 18 ans.

Nom de l'enfant	Date de naissance (JJ/MM/AA)	Âge (ans)	Sexe
			○ Homme ○ Femme
			○ Homme ○ Femme
			○ Homme ○ Femme
			○ Homme ○ Femme

1 | L'un des enfants nommés ci-dessus a-t-il déjà reçu des soins médicaux ou chirurgicaux, reçu une ordonnance de médicaments, subi des tests ou reçu un diagnostic pour l'un des troubles médicaux suivants : cancer, leucémie, anémie aplasique, maladie cardiaque ou neurologique congénitale ou héréditaire, dysplasie broncho-pulmonaire, fibrose kystique, maladie rénale chronique, maladie de Werdnig-Hoffmann (amyotrophie spinale infantile), dystrophie musculaire, hépatite chronique, séropositivité, troubles du développement, diabète ou autisme? ..... ○ Oui ○ Non

2 | Un enfant nommé ci-dessus a-t-il déjà été référé par un médecin pour une consultation auprès d'un spécialiste, conseillé de suivre un traitement ou conseillé de subir un test de diagnostic, dont l'un n'a pas encore été complété? ..... ○ Oui ○ Non

Si vous avez répondu OUI à l'une des questions pour l'un des enfants nommés ci-dessus, veuillez indiquer le nom de l'enfant ci-dessous. L'enfant nommé est exclu de la Prestation temporaire pour enfants.

..... Nom de l'enfant ..... Nom de l'enfant ..... Nom de l'enfant

06 Détails de la prime

PLAN DE PAIEMENT

MENSUEL

Pour les primes mensuelles par prélèvement automatique (PPA), il n'y a pas de prélèvement de prime le premier mois.

ANNUEL

Pour le mode de paiement annuel, à moins que le payeur n'autorise Foresters, compagnie d'assurance vie (l'assureur) à retirer la prime initiale par carte de crédit, cette proposition doit être accompagnée d'un chèque portant la date du jour à l'ordre de Foresters, pour le paiement de la prime initiale exigible. La prime calculée sur une année coûte moins cher dans le cas du mode de paiement annuel.

Fréquence de paiement des primes ○ **Annuelle** ○ **Mensuelle (PPA)**

Montant de la prime pour la fréquence indiquée ci-dessus : ..... $

Méthode de paiement de la prime :

- ○ **Chèque.** *À l'ordre de Foresters; uniquement pour les paiements annuels.*
- ○ **Prélèvement automatique (PPA).** *Uniquement pour les paiements mensuels; remplissez la section relative au PPA à la page 8.*
- ○ **Carte de crédit.** *Paiement annuel uniquement. La Financière Foresters communiquera avec les payeurs qui ont l'intention de payer par carte de crédit.*

Méthode de paiement de la prime initiale pour les paiements annuels (si elle est différente de la méthode indiquée ci-dessus) :
La prime initiale doit être soumise avec cette proposition d'assurance si le mode de paiement sélectionné est annuel.

○ **Chèque** ○ **Carte de crédit**

07 Demandes spéciales / Détails

Ajoutez ici les demandes spéciales, notamment les instructions sur les primes et sur l'émission de la police.

08 Détermination d'un tiers

Un tiers est une personne ou une entité qui a un intérêt dans le contrat d'assurance, mais qui n'est pas l'assuré, le propriétaire, le payeur ou le fiduciaire d'un mineur bénéficiaire (exemples : une personne détenant une procuration et un exécuteur).

Un tiers participe-t-il à cette proposition d'assurance, ou paiera-t-il les primes d'assurance, ou aura-t-il accès à la valeur de rachat de tout certificat ou en aura-t-il usage? ..... ○ **Oui** ○ **Non**

Si OUI, remplissez un formulaire distinct de détermination de tiers 105816 FR pour chaque tiers.

REMARQUE : Chaque prime pour la couverture demandée (si elle n'est pas payée avec la proposition) sera prélevée sur le compte bancaire indiqué sur le chèque ANNULÉ ci-joint ou suivant les coordonnées bancaires fournies, sauf indication contraire.

COMPTE D'ÉPARGNE

S'il s'agit d'un compte d'épargne, veuillez vous assurer que ce compte permet les prélèvements automatiques.

FORMULE DE CHÈQUE

Voir la liste de vérification de la proposition (sur la face interne de la couverture) pour la formule de chèque qui montre l'emplacement des numéros de transit, de l'institution financière et du compte.

Nature des prélèvements mensuels dans le cadre de cette entente de PPA : ○ Personnel ○ Affaires

Date de prélèvement demandée (entre le 1er et le 28 du mois) .....

Renseignements sur le compte bancaire pour le PPA à prendre : ○ du chèque ANNULÉ ci-joint
○ des coordonnées bancaires ci-dessous *(à remplir si le chèque n'est pas joint)*

Type de compte ○ Chèque ○ Épargne	N° de transit *(à 5 chiffres)*	N° de compte .....
N° de l'institution financière *(à 3 chiffres)*	Nom de l'institution financière	

Adresse de l'institution financière

..... (Adresse civique) ..... (Ville/municipalité) ..... (Province/territoire) ..... (Code postal)

ENTENTE DE PAIEMENT PAR PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES (PPA)

Par sa signature ci-dessous, le payeur confirme qu'il est titulaire du compte indiqué ci-dessus ou sur le chèque ANNULÉ ci-joint et il convient de ce qui suit :

1 | L'assureur est autorisé à effectuer des prélèvements mensuels en vertu de la présente entente sur le compte ci-dessus ou sur un autre compte indiqué ou substitué ultérieurement par le payeur pour le paiement des primes et des frais d'assurance de chaque contrat d'assurance émis par cet assureur en réponse à la présente proposition.

2 | L'institution financière auprès de laquelle les prélèvements seront effectués est autorisée à accepter tout prélèvement demandé par Foresters, compagnie d'assurance vie, comme si le payeur l'avait personnellement effectué.

3 | L'assureur se réserve le droit de déterminer à quel moment la première déduction sera faite et le montant de cette déduction pour chaque contrat d'assurance émis par lui; les montants des retraits subséquents peuvent varier.

4 | La présente entente entre en vigueur immédiatement et le restera jusqu'à ce qu'elle soit annulée, ce que le payeur ou l'assureur peut faire à tout moment avec un préavis d'au moins 30 jours adressé à l'autre partie. Le payeur peut obtenir un modèle de formulaire d'annulation ou davantage de renseignements sur le droit d'annuler une entente de PPA auprès de son institution financière, ou en consultant le site www.paiements.ca.

5 | Si les fonds ne sont pas disponibles en raison d'une insuffisance de fonds, l'assureur peut, à sa discrétion, faire un retrait du compte du payeur à la prochaine date de prélèvement prévue pour le montant manquant applicable à chaque contrat d'assurance, tant que ce contrat d'assurance est en vigueur.

6 | Le payeur peut se prévaloir de certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, le payeur a le droit d'obtenir le remboursement de tout prélèvement qui n'a pas été autorisé ou qui n'est pas conforme à l'entente de PPA. Pour obtenir plus de renseignements sur ses droits de recours, le payeur peut communiquer avec son institution financière ou consulter le site www.paiements.ca.

7 | Si le payeur signe la présente entente par voie électronique, il consent à ce que la période de confirmation écrite de la présente entente, avant la première déduction, puisse passer de 15 à 3 jours. S'il signe à la main, une confirmation écrite n'est pas nécessaire avant la première déduction, qui peut être faite en tout temps.

8 | Le payeur peut communiquer avec l'assureur à l'adresse et au numéro de téléphone suivants :

À l'attention des : Services aux propriétaires du contrat d'assurance, Foresters, 789, chemin Don Mills, Toronto, ON, Canada M3C 1T9

Le payeur renonce au droit de recevoir un préavis du montant et de la date du premier prélèvement, et de tout changement du montant du retrait requis à titre de prime ou de frais pour chaque contrat d'assurance en vigueur ou de tout changement demandé par le payeur, de quelque manière que ce soit.

Le titulaire du compte bancaire doit signer cette entente de PPA de la manière dont son nom figure sur les dossiers bancaires du compte soumis.

Le payeur autorise la divulgation des renseignements sur le payeur et sur le compte aux fins de vérification de l'identité et de tenue de dossiers, ainsi que pour l'administration des paiements, du contrat d'assurance et des prestations.

Signature du titulaire du compte ..... Date ..... (JJ/MM/AA)

Signature du titulaire conjoint du compte *(le cas échéant)* ..... Date ..... (JJ/MM /AA)

DÉFINITIONS

Ces définitions s'appliquent aux fins du présent accord et de la présente autorisation.

Ces définitions s'appliquent aux fins du présent accord et de la présente autorisation.

« Proposition » désigne la présente proposition d'assurance Couverture Vie A-Z. « Assuré » et « propriétaire » désignent chaque personne identifiée comme telle dans la présente proposition. « Je » et « moi » désignent individuellement chaque personne identifiée dans la présente demande comme étant soit l'assuré, soit le propriétaire. « Assureur » se rapporte à L'Ordre Indépendant des Forestiers. « Contrat d'assurance » désigne un contrat d'assurance émis par l'assureur en réponse à la présente proposition et comprend chaque avenant qui y est joint. « Fins autorisées » désignent : l'évaluation de l'admissibilité à la couverture d'assurance, des montants des primes et du maintien de la couverture; le règlement des sinistres, le traitement des paiements et la réponse aux demandes de renseignements et aux plaintes; le soutien à l'analyse commerciale et aux opérations de l'assureur; la tenue des registres, l'audit, le contrôle de la qualité et des risques; la vérification de l'identité; la prévention, l'enquête, la détection et le signalement des fraudes et incidents de sécurité; la fourniture des informations sur les produits, les services et les bénéfices de membre, ainsi que leur administration; l'organisation d'événements et d'activités communautaires et la gestion du réseau de sections de l'assureur; l'amélioration de nos produits et services, de nos processus de souscription et de la gestion des risques, notamment grâce à l'amélioration de l'analyse des données, à l'automatisation et à d'autres moyens technologiques, et toute autre fin requise ou autorisée par la loi. « Renseignements personnels » désignent toute information concernant une personne identifiable. « Personne autorisée » se rapporte à l'assureur, au réassureur, au conseiller, à l'agence d'assurance, à l'agent général délégué et à l'intermédiaire de marché lié à la présente proposition ou au contrat d'assurance, ainsi qu'à leurs société mère, sociétés affiliées et représentants autorisés respectifs et aux personnes fournissant des services en leur nom relativement aux fins autorisées ou à la présente proposition, au contrat d'assurance, à une demande de règlement, à l'adhésion ou à la gestion de l'entreprise respective de chacun. « Enfant » désigne chaque enfant identifié dans la section « Assurance temporaire pour enfants » de la présente proposition. « Politique de confidentialité » désigne la politique de confidentialité de l'assureur, telle que modifiée de temps à autre, et publiée sur foresters.com.

ENTENTE

En signant la présente proposition, je conviens de ce qui suit :

1 | Les déclarations et réponses contenues dans la présente proposition et les autres preuves d'assurabilité fournies ou certifiées par moi sont véridiques et complètes, et elles serviront de référence à l'assureur dans sa décision d'émettre ou non un contrat d'assurance.

2 | Dans le but de déterminer l'admissibilité à l'assurance, l'assureur pourrait prendre en compte des caractéristiques de risque autres que celles mentionnées dans les questions de la proposition.

3 | Le contrat d'assurance émis, le cas échéant, par l'assureur n'entrera en vigueur que selon les conditions dudit contrat d'assurance, lesquelles peuvent comprendre des facteurs comme la date d'approbation de la proposition, la date d'émission du contrat d'assurance, le paiement de la première prime et, sous réserve qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité, comme indiqué dans le contrat d'assurance, avant la date de délivrance du contrat d'assurance.

4 | L'assureur peut annuler le contrat d'assurance en cas de fausse déclaration faite par moi dans la présente proposition ou dans tout autre document, élément d'information, preuve d'assurabilité ou dans les réponses fournies à l'assureur relativement à la présente proposition.

5 | Aucun conseiller, médecin légiste ni aucune autre personne n'a l'autorité nécessaire pour aviser qu'une réponse mensongère ou des renseignements erronés ou incomplets puissent être acceptables, et n'a aucun pouvoir d'établir, de modifier, ou de mettre fin à un contrat d'assurance, à moins qu'il ne s'agisse du président ou du secrétaire général de l'Ordre Indépendant des Forestiers, ou de leurs successeurs

6 | Je demande expressément que ce document, le contrat d'assurance, ainsi que tous les documents y afférents soient rédigés en français.

7 | L'assuré a reçu une copie de la page portant sur les avis importants.

8 | Tout changement ou toute correction éventuellement apporté à la présente proposition par l'assureur est ratifié par le propriétaire si le contrat d'assurance remis au propriétaire n'est pas renvoyé à l'assureur pendant la période d'examen.

9 | Si j'ai choisi de fournir une adresse de courriel ou d'autres coordonnées électroniques dans la présente proposition, ou si je choisis de fournir cette adresse ou ces coordonnées dans l'avenir, l'assureur, sa société mère, ses filiales et ses sociétés aliées peuvent utiliser cette adresse ou ces coordonnées pour m'envoyer des messages, des renseignements ou des documents par voie électronique qui sont liés, directement ou indirectement, à la présente proposition et au contrat d'assurance, ou encore à l'adhésion, aux événements, aux garanties, aux réclamations, à l'administration ou à d'autres biens et services.

10 | Un contrat d'assurance émis, le cas échéant, en réponse à la présente proposition, les actes constitutifs, les statuts constitutifs et les modifications respectives de l'assureur.tt

AUTORISATION

Une photocopie de la présente autorisation a la même validité que l'original.

En signant la présente proposition, j'autorise, en mon nom et au nom de chaque enfant, la collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements nous concernant, par, ou au nom d'une personne autorisée à des fins autorisées, y compris à partir de toute source de données tierce telle que les dépositaires d'informations sur la santé, les médecins, les praticiens, les hôpitaux, les établissements médicaux, les cliniques, ainsi que les pharmacies, laboratoires et autres tiers en possession de données sur la santé, ainsi qu'auprès de tout employeur, régime d'avantages sociaux, autre assureur ou institution, agence d'évaluation du crédit ou d'évaluation de solvabilité, registres publics ou MIB, LLC. Je comprends que ces renseignements personnels peuvent être conservés aussi longtemps que nécessaire, notamment pour me fournir les produits et services demandés et respecter les obligations prévues par les lois applicables.

En signant la présente proposition, j'autorise, en mon nom et au nom de chaque enfant, une personne autorisée à divulguer un bref rapport sur mes renseignements médicaux et ceux de chaque enfant à MIB, LLC, même si la présente proposition est annulée ou retirée. Les renseignements peuvent être divulgués entre les personnes autorisées, aux compagnies auprès desquelles j'ai souscrit ou pourrais souscrire une assurance vie ou santé, ou des prestations, ou conformément à la loi. Toute personne fournissant cette autorisation peut, par avis écrit à l'assureur, révoquer son autorisation. Toutefois, cette révocation n'aura aucune incidence sur les mesures prises avant la réception de l'avis et n'empêchera pas une personne autorisée d'utiliser les renseignements personnels pour gérer un contrat d'assurance, ou de faire rapport à MIB, LLC si elle y a été préalablement autorisée, ou d'informer ou de gérer les bénéfices liés à l'adhésion.

Nous acceptons que la technologie puisse être utilisée avec nos renseignements personnels pour automatiser partiellement ou totalement tout aspect de la décision de couverture d'assurance, du processus de tarification, de la vérification d'identité, du service ou de tout autre processus ou acte autorisé par la loi.

AUTRES PRODUITS ET SERVICES

J'accepte de recevoir des informations, y compris des documents de marketing et promotionnels, par tout moyen de la part de l'assureur, de ses filiales et de ses sociétés affiliées, au sujet d'autres produits et services. Si vous ne désirez pas consentir à cette fin, cochez ici ☐. Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps, en écrivant à notre responsable de la protection de la vie privée à : Foresters, 789, chemin Don Mills, Toronto, ON M3C 1T9 ou par courriel à privacy@foresters.com.

SIGNATURES

La présente proposition doit être datée du jour où elle a été remplie et elle doit être reçue au siège social de *la Financière Foresters* dans les 14 jours suivant la date de signature.

Je comprends et conviens que ma signature ci-dessous s'applique à cette proposition intégrale et aux fins s'y rapportant. Je comprends le terme « traitement » tel qu'il est défini dans la présente proposition. Les déclarations et les réponses contenues dans la présente proposition, ainsi que les documents autres preuves d'assurabilité que j'ai signés ou fournis, sont véridiques et complets, et seront considérés par l'assureur afin de décider d'établir ou non un contrat d'assurance.

Signature de l'assuré .....

Signature du propriétaire (seulement si ce n'est pas l'assuré) .....

Signature du témoin de toutes les signatures .....

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

Nom du conseiller .....

Rapport du conseiller

RENSEIGNEMENTS SUR LE CONSEILLER

Nom du conseiller *(prénom, second prénom, nom)*	Code du conseiller	Code d'agence	Partage en %

LIEN AVEC L'ASSURÉ ET DIVULGATION

Lorsqu'on vous présente des documents d'identification originaux, vous devez confirmer qu'ils sont authentiques, valides et à jour en examinant le recto et le verso de chacun d'entre eux.

1 | Depuis combien de temps connaissez-vous l'assuré? .....

2 | Avez-vous un lien avec l'assuré? ◯ **Oui** ◯ **Non** *Si la réponse est OUI, quelle est la nature de votre relation?* .....

3 | Qui a entrepris cette proposition? ◯ **Propriétaire** ◯ **Assuré** ◯ **Conseiller** ◯ **Autre** *(spécifiez)* .....

4 | Avez-vous rencontré le propriétaire et l'assuré en personne dans le cadre de cette proposition? ◯ **Oui** ◯ **Non**

Si NON, veuillez indiquer la méthode par laquelle vous avez obtenu les réponses aux questions du présent formulaire : ◯ **Téléphone et/ou courriel** ◯ **Conférence vidéo / Skype**

5 | Avez-vous vérifié l'identité du propriétaire en confirmant que les détails permettant l'identification dans le présent formulaire correspondent aux renseignements figurant dans les documents d'identification originaux qu'il vous a montrés? ◯ **Oui** ◯ **Non**

6 | La personne à assurer est-elle employée par Foresters ou membre de la famille d'un employé de Foresters? ..... ◯ **Oui** ◯ **Non**

7 | Avez-vous eu connaissance de renseignements qui ne sont pas divulgués dans la présente proposition et qui pourraient influencer l'assurabilité de l'assuré pour l'assurance souscrite? ..... ◯ **Oui** ◯ **Non**

Si OUI, veuillez expliquer : .....

8 | Je confirme avoir fourni une analyse écrite des besoins du client et lui avoir recommandé un produit adapté à ses besoins d'assurance. J'ai fourni ou je fournirai au client une lettre d'explication. ..... ◯ **Oui**

EXAMENS DEMANDÉS

Régimes d'assurance Préférentielle et Élite Préférentielle SEULEMENT

☐ **Profil biochimique sanguin** ☐ **Examen paramédical**

Nom du fournisseur de services paramédicaux .....

Numéro de commande .....

SIGNATURE DU CONSEILLER QUI A REMPLI LA PRÉSENTE PROPOSITION ET LE RAPPORT DU CONSEILLER

J'ai fourni à l'assuré et au propriétaire la page portant sur les avis importants et une déclaration de divulgation indiquant les entreprises que je représente, le fait que je reçois une rémunération pour la vente d'assurances vie et maladie et que je peux recevoir une rémunération supplémentaire sous forme de prime, de participation à des conférences ou d'autres incitatifs. J'ai également divulgué les situations de conflits d'intérêts réelles ou potentielles à l'égard de la présente transaction.

À ma connaissance, les renseignements fournis dans la proposition sont à jour, exacts et complets. Je n'ai pas connaissance de renseignements supplémentaires importants pour la souscription et l'acceptation de la présente proposition qui n'ont pas été divulgués dans la présente proposition ou dans le rapport du conseiller.

J'ai déployé des efforts raisonnables pour déterminer si le propriétaire agit au nom d'un tiers.
J'ai confirmé les renseignements d'identification indiqués ci-dessus à la date indiquée ci-dessous. Si je soupçonne qu'une tierce partie dont l'identité n'a pas été divulguée est concernée, je ferai immédiatement parvenir les détails à compliance@foresters.com.

Signature du conseiller ..... **Date** ..... JJ/MM/AA

Signature du superviseur chargé de la formation si nécessaire ..... **Date** ..... JJ/MM/AA

J'ai examiné la présente proposition et le rapport du conseiller.

Signature de l'agent prestataire s'il s'agit d'une autre personne que ci-dessus ..... **Date** ..... JJ/MM/AA

Avis importants

(À détacher et à présenter à l'assuré)

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.

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 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 Canadadisclosure@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 ..... (Ville/province) ce ..... jour de ..... 20 .....

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.

Nous vous remercions de faire confiance à Plan de protection du Canada, de la Financière Foresters.

En plus d'obtenir un soutien fiable et un service empreint de compassion, vous bénéficierez de nombreux autres avantages en souscrivant notre assurance :

- ✓ Les paiements commencent le deuxième mois – applicable aux régimes à paiements mensuels seulement.
- ✓ Vous pouvez souscrire une couverture allant jusqu'à 500 000 $ en optant pour un de nos nombreux régimes sans exigence médicale à émission simplifiée.
- ✓ Vous pouvez souscrire une couverture allant jusqu'à un million de dollars en optant pour un des régimes Préférentiels.
- ✓ Si vous avez de 18 à 80 ans, vous pouvez souscrire une assurance.
- ✓ La plupart de nos régimes temporaires sont renouvelables et transformables.
- ✓ Nos taux sont bas comparativement aux régimes et produits d'assurance similaires.

Couverture vie de A-Z est établie par l'Ordre indépendant des Forestiers, fondée en 1874.
Compagnie d'assurance vie du Canada, qui est membre d'Assuris.

Vous pourriez être admissible à un ensemble de précieux avantages offerts aux membres[1].

Du service de préparation de documents en ligne[2] pour la création de testaments et de procurations personnalisables aux bourses d'études sur concours, et bien plus encore.

Des renseignements sur les avantages offerts aux membres se trouvent sur le site Web foresters.com/fr-ca.
Une fois le contrat d'assurance établi et envoyé, vous pouvez vous inscrire à l'adresse my.foresters.com/fr-ca pour accéder aux nombreux avantages offerts aux membres.

[1] *Les bénéfices des membres de la Financière Foresters sont non contractuels, assujettis à des conditions d'admissibilité, à des définitions et à des restrictions particulières à chaque bénéfice, et ils peuvent être modifiés ou annulés sans préavis, ou ne plus être offerts.*

[2] *LawAssure est fourni par Epoq, Inc., un fournisseur de services indépendant non affilié à Foresters. Certaines fonctionnalités peuvent ne pas être accessibles en fonction de votre province ou territoire. Ce service n'est pas offert au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut. LawAssure n'est pas un service ou un conseil juridique et ne remplace pas les conseils ou services juridiques d'un avocat. La Financière Foresters, ses employés et ses représentants d'assurance vie ne fournissent pas, au nom de Foresters, de conseils juridiques, successoraux ou fiscaux.*

Nous sommes à vos côtés aujourd'hui pour assurer la protection de vos proches demain.

Plan de Protection du Canada^MD
De la Financière Foresters^MC

Distribué par
Financière Foresters
789, chemin Don Mills,
Toronto, ON, Canada
M3C 1T9

Téléphone : 416 447-6060
Sans frais : 1 877 447-6060
Télécopieur : 416 447-9881

ppcquebec.ca

Plan de protection du Canada et le logo sont des marques de commerce de Plan de protection du Canada Inc., une société de la Financière Foresters. Assurance vie et maladies graves sans exigence médicale à émission simplifiée souscrite par L'Ordre Indépendant des Forestiers ou par Foresters, compagnie d'assurance vie. La Financière Foresters est un nom commercial et une marque de commerce de L'Ordre Indépendant des Forestiers (une société de secours mutuel, 789, chemin Don Mills, Toronto, Ontario, Canada M3C 1T9) et de ses filiales.

105942 FR (04/26)