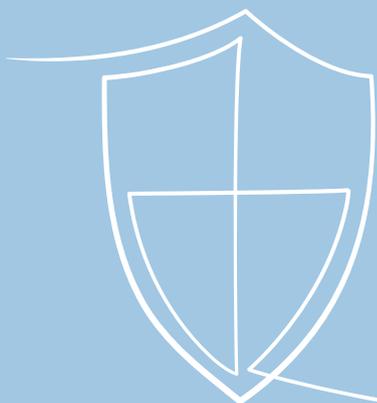


Maladies Graves

Formulaire de proposition d'assurance
maladies graves

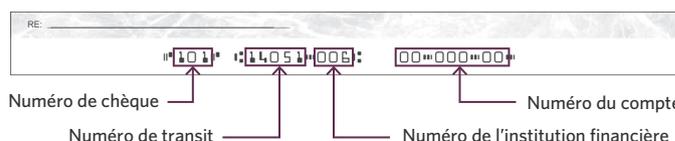


Plan de
Protection du
Canada ^{MD}
De la Financière Foresters^{MC}

Liste de vérification de la proposition

Pour garantir un service prioritaire :

- ✓ 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. Si vous corrigez une erreur, la correction doit être parafée par chaque personne qui signe la proposition.
- ✓ Notez que la prime initiale sera appliquée à la date de la police, qui est aussi sa date d'émission.
- ✓ 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, compagnie d'assurance vie, 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.
- ✓ Si vous remplacez une assurance en vigueur, veuillez joindre le formulaire de divulgation obligatoire de votre province.
- ✓ Si le paiement des primes est effectué par prélèvement automatique mensuel, joignez un chèque annulé ou indiquez les informations bancaires à la page 5 (voir la formule de chèque ci-dessous). Pour les primes mensuelles par prélèvement automatique, vous ne versez pas de prime le premier mois.



- ✓ Chaque conseiller DOIT détenir un permis d'assurance valide et une assurance erreurs et omissions (E&O) dans son dossier à la Financière Foresters ou les copies doivent être jointes à cette proposition.
- ✓ **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

Le total des prestations versées à une personne sa vie durant ne peut dépasser 100 000 \$.

1 Un événement chacun est couvert.

2 Couvre le premier événement seulement.

Veuillez vous référer aux clauses de la police pour les détails.

| Assurance de base | Période temporaire | Âge à l'émission | Minimum | Maximum |
|--|---|------------------|-------------------------|-------------------------|
| Couverture Cardiaque MG | Temporaire 75 ans | 18 — 65 ans | 10 000 \$ | 50 000 \$ |
| Couverture Cancer MG | Temporaire 75 ans | 18 — 65 ans | 10 000 \$ | 50 000 \$ |
| Couverture Cardiaque MG ET Couverture Cancer MG ¹ | Temporaire 75 ans | 18 — 65 ans | 10 000 \$ par événement | 50 000 \$ par événement |
| Couverture Cardiaque MG OU Couverture Cancer MG ² | Temporaire 20 ans | 18 — 55 ans | 25 000 \$ | 100 000 \$ |
| | Temporaire 75 ans | 18 — 65 ans | 10 000 \$ | 100 000 \$ |
| Prestation optionnelle | | | Minimum | Maximum |
| Prestation de décès accidentel | | | 10 000 \$ | 250 000 \$ |
| Remboursement des primes au décès | Remboursent les primes de base MG payées et les primes payées pour cet avenant. | | | |

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 pour soumettre une proposition.

| | | |
|---|--|--|
| Nom Prénom Second prénom Nom | | <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme |
| Date de naissance JJ/MM/AA | <input type="radio"/> Citoyen canadien ¹ <input type="radio"/> Résident permanent ¹ <input type="radio"/> Permis de travail ¹ | |
| Pays de naissance | Si vous n'êtes pas né au Canada, indiquez la date d'arrivée au Canada. JJ/MM/AA | 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 |
| Profession | Courriel (Requis si l'assuré est le propriétaire) | |
| 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? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non, demande d'adhésion |

PROPRIÉTAIRE

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

- 2 Si le propriétaire est une société commerciale, la signature doit être accompagnée du nom de l'entreprise et du titre du signataire autorisé OU du sceau de l'entreprise.

| | | |
|--|---|-----------------------------|
| Le propriétaire est : <input type="radio"/> L'assuré <input type="radio"/> Une autre personne — remplissez cette section | Nom complet de la personne ou dénomination sociale de la société/l'entité ² | Lien avec l'assuré |
| Adresse Nom de rue et numéro Numéro d'appartement Ville/municipalité Province/territoire Code postal | | |
| Courriel (Requis) | Téléphone Principal Travail/autre | |
| Si une personne : Date de naissance JJ/MM/AA | 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) | |

PROPRIÉTAIRE SUBROGÉ

| |
|--|
| Nom complet de la personne ou dénomination sociale de la société/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: Visant le remboursement des primes au décès et la prestation de décès accidentel : 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.

Prestations d'assurance maladies graves

Les prestations Maladies Graves sont payables au titulaire ou à la succession du titulaire.

Remboursement des primes au décès (le cas échéant)

Tout remboursement des primes au décès est payable au titulaire ou à sa succession, à moins d'indication contraire ci-après :

| 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) |
|---------------------|--|--------------------------------|------------|---|---|
| | | | | <input type="radio"/> R <input type="radio"/> I | <input type="radio"/> P <input type="radio"/> S |
| | | | | <input type="radio"/> R <input type="radio"/> I | <input type="radio"/> P <input type="radio"/> S |
| | | | | <input type="radio"/> R <input type="radio"/> I | <input type="radio"/> P <input type="radio"/> 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).

Prestation de décès accidentel (le cas échéant)

La prestation de décès accidentel est payable au titulaire ou à sa succession, à moins d'indication contraire ci-après :

| 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) |
|---------------------|--|--------------------------------|------------|---|---|
| | | | | <input type="radio"/> R <input type="radio"/> I | <input type="radio"/> P <input type="radio"/> S |
| | | | | <input type="radio"/> R <input type="radio"/> I | <input type="radio"/> P <input type="radio"/> S |
| | | | | <input type="radio"/> R <input type="radio"/> I | <input type="radio"/> P <input type="radio"/> 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.

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

Pour toutes les questions relatives à l'admissibilité, « vous » et « votre » font référence à l'assuré.

1 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé une substance ou un produit (sous toutes leurs formes) qui contient du tabac ou de la nicotine (excluant les cigares), ou avez-vous fumé de la marijuana plus de 6 fois par semaine, y compris par vaporisateur ou cigarette électronique (vapoter)? Oui Non
Si OUI, taux fumeur applicable.

Questions d'admissibilité
• Tous les régimes

OUI Si vous répondez **OUI** à une question de la présente section, **N'ALLEZ PAS PLUS LOIN.**

Il faut répondre aux deux questions suivantes.

1 | Avez-vous déjà eu, été diagnostiqué ou été traité pour le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), ou avez-vous déjà obtenu un résultat positif au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)? Oui Non

2 | Avez-vous ou avez-vous déjà eu un symptôme ou une affection pour lequel vous n'avez pas encore consulté un professionnel de la santé ou pour lequel vous faites l'objet d'exams, ou pour lequel un diagnostic n'a pas encore été posé mais vous êtes sous observation ou vous vous êtes vu recommander un test qui n'a pas encore commencé ou n'est pas terminé, ou dont les résultats ne sont pas encore connus (à l'exclusion d'une grossesse normale, d'un rhume, de la grippe, de blessures musculosquelettiques ou d'exams de routine pour lesquels aucun suivi n'est requis)? Oui Non

Les questions d'admissibilité suivantes servent à déterminer l'admissibilité à chaque régime. Pour chaque régime, la grille d'admissibilité indique la couverture maximale en fonction des réponses aux questions obligatoires.

| | Couverture Cardiaque MG | Couverture Cancer MG | Couverture Cardiaque MG — ET — Couverture Cancer MG | Couverture Cardiaque MG — OU — Couverture Cancer MG |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
| Taux standard (10 000 \$ - 24 999 \$) | « Non » à la section A | « Non » à la section B | « Non » aux sections A et B | « Non » aux sections A et B |
| Taux préférentiel (25 000 \$ et plus) | « Non » aux sections A et C | « Non » aux sections B et C | « Non » aux sections A, B et C | « Non » aux sections A, B et C |
| Couverture maximale la vie durant | 50 000 \$ | 50 000 \$ | 50 000 \$ par événement | 100 000 \$ |

A
OUI Si vous répondez **OUI** à l'une des questions de cette section, allez à **B** si vous demandez la **Protection Cancer MG.**

Il faut répondre aux questions de la section A uniquement dans le cas d'une proposition d'assurance maladies graves - **Couverture Cardiaque MG, Couverture Cardiaque MG ET Couverture Cancer MG, et Couverture Cardiaque MG OU Couverture Cancer MG**

A1 | Avez-vous déjà subi un pontage cardiaque, une angioplastie ou une insertion de stent, ou avez-vous été traité pour ou vous a-t-on diagnostiqué un diabète de type 1 ou 2, un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT ou mini-AVC), un anévrisme, une maladie coronarienne, une angine, une crise cardiaque, une malformation cardiaque congénitale, une défaillance cardiaque, une myocardiopathie, une maladie des valves cardiaques, une maladie cérébrovasculaire ou un trouble cardiaque ou vasculaire? Oui Non

A2 | Avez-vous déjà eu un résultat anormal à un test cardiaque, carotidien ou cérébrovasculaire sans qu'un examen subséquent établisse un résultat normal? Oui Non

B
OUI Si vous répondez **OUI** à l'une des questions de cette section, assurez-vous de compléter la section **A** si vous demandez la **Protection Cardiaque MG.**

Il faut répondre aux questions de la section B uniquement dans le cas d'une proposition d'assurance maladies graves - **Couverture Cancer MG, Couverture Cardiaque MG ET Couverture Cancer MG, et Couverture Cardiaque MG OU Couverture Cancer MG**

B1 | Avez-vous déjà eu, avez-vous été traité pour ou vous a-t-on diagnostiqué un cancer (à l'exclusion d'un carcinome basocellulaire), une tumeur bénigne ou maligne au cerveau, une anémie aplasique ou une maladie ou un trouble lié directement ou indirectement à une anémie aplasique? Oui Non

B2 | Avez-vous déjà eu un résultat anormal à une mammographie, un test APS, une colonoscopie, une échographie ou un test PAP sans qu'un examen subséquent établisse un résultat normal? Oui Non

C
Questions d'admissibilité
• **Taux préférentiels à partir de \$25,000 pour chacun des plans**

OUI Si vous répondez **OUI** à l'une des questions de cette section, complétez une demande pour une **Temporaire 75** ans aux taux standards jusqu'à **\$24,999.**

Il faut répondre aux questions de la section C pour les couvertures de **25 000 \$ et plus**, peu importe le type de régime.

C1 | Est-ce que deux membres ou plus de votre famille immédiate (père, mère, frères, sœurs) ont déjà eu, ont été traités pour ou se sont vu diagnostiquer un cancer, une maladie cardiaque, un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT ou mini-AVC) ou une anémie aplasique avant l'âge de 60 ans? Oui Non

C2 | Votre poids est-il supérieur à celui indiqué pour votre taille dans le tableau ci-dessous? Oui Non

| Taille | | Poids | | Taille | | Poids | |
|--------------|--------------|--------|--------|--------------|--------------|--------|--------|
| 4'8" - 4'10" | 142 - 147 cm | 201 lb | 91 kg | 5'8" - 5'10" | 171 - 178 cm | 293 lb | 132 kg |
| 4'11" - 5'1" | 148 - 155 cm | 221 lb | 100 kg | 5'11" - 6'1" | 179 - 185 cm | 321 lb | 145 kg |
| 5'2" - 5'4" | 156 - 163 cm | 245 lb | 111 kg | 6'2" - 6'4" | 186 - 193 cm | 349 lb | 158 kg |
| 5'5" - 5'7" | 164 - 170 cm | 270 lb | 122 kg | 6'5" - 6'7" | 194 - 201 cm | 375 lb | 170 kg |

03 Détails de la couverture

Formulaire de proposition d'assurance maladies graves

Le total des prestations versées à une personne sa vie durant ne peut dépasser 100 000 \$.

- 1 Un événement chacun est couvert.
- 2 Couvre le premier événement seulement.
- 3 Même âge à l'émission que pour le régime de base.

| Assurance de base | Période | Montant de l'assurance |
|--|--|------------------------|
| <input type="radio"/> Couverture Cardiaque MG | <input type="radio"/> Temporaire 75 ans (Âge à la souscription : 18-65 10 000 \$ - 50 000 \$) | _____ \$ |
| <input type="radio"/> Couverture Cancer MG | <input type="radio"/> Temporaire 75 ans (Âge à la souscription : 18-65 10 000 \$ - 50 000 \$) | |
| <input type="radio"/> Couverture Cardiaque MG ET Couverture Cancer MG ¹ | <input type="radio"/> Temporaire 75 ans (Âge à la souscription : 18-65 10 000 \$ - 50 000 \$ par événement) | |
| <input type="radio"/> Couverture Cardiaque MG OU Couverture Cancer MG ² | <input type="radio"/> Temporaire 20 ans (Âge à la souscription : 18-55 25 000 \$ - 100 000 \$) <input type="radio"/> Temporaire 75 ans (Âge à la souscription : 18-65 10 000 \$ - 100 000 \$) | |
| Prestation optionnelle | | Montant |
| <input type="checkbox"/> Prestation de décès accidentel ³ | | _____ \$ |
| <input type="checkbox"/> Remboursement des primes au décès ³ | | _____ \$ |

04 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, compagnie d'assurance vie, 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 | <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Mensuelle (PPA) | Montant de la prime pour la fréquence indiquée ci-dessus : _____ \$ |
| Méthode de paiement de la prime : | | |
| <input type="radio"/> Chèque. À l'ordre de Foresters compagnie d'assurance vie; uniquement pour les paiements annuels. <input type="radio"/> Prélèvement automatique (PPA). Uniquement pour les paiements mensuels; remplissez le formulaire d'autorisation relatif au PPA à la page 5. <input type="radio"/> Carte de crédit. Uniquement pour les paiements annuels; remplissez la section Renseignements sur le paiement par carte crédit ci-dessous. | | |
| 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. | | |
| <input type="radio"/> Chèque <input type="radio"/> Carte de crédit | | |
| RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT (Remplissez cette section UNIQUEMENT si le paiement est effectué ANNUELLEMENT avec une carte de crédit.) | | |
| Type de carte : | Nom du titulaire de la carte tel qu'il apparaît sur la carte | |
| <input type="radio"/> VISA <input type="radio"/> MASTERCARD | _____ | |
| Numéro de carte _____ | Date d'expiration _____ | Signature _____ |

05 Demandes spéciales / Détails

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

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 1^{er} 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, à partir du compte ci-dessus ou d'un autre compte indiqué ou substitué ultérieurement par le payeur pour le paiement des primes et des frais d'assurance de chaque police émise 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 police émise 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 police, tant que cette police 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 qu'il 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 de police, Foresters, 789, chemin Don Mills, Toronto, ON, Canada M3C 1T9
 Téléphone : 1 877 629-9090

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 police 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.

Signature du titulaire du compte _____ Date _____
 JJ / MM / AA

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

DÉFINITIONS

Les définitions suivantes s'appliquent aux fins de ces ententes et autorisations.

La « proposition » désigne la présente proposition d'assurance maladies graves « Assuré » et « propriétaire » désignent la personne identifiée en tant que tel dans la présente proposition. « Je » et « moi » désignent chaque personne identifiée dans la présente proposition comme étant l'assuré ou le propriétaire. L'« assureur » désigne Foresters, compagnie d'assurance vie. « Police » désigne la police émise par l'assureur en réponse à la présente proposition et elle comprend les avenants qui lui sont annexés. « Fins autorisées » signifie l'évaluation, l'administration ou le service du régime d'assurance, d'une police, d'une demande de règlement ou des bénéficiaires de l'adhésion; la vérification d'identité, l'audit, les produits et les services; et toute autre fin exigée ou autorisée par la loi. « Personne autorisée » signifie l'assureur, le réassureur, le conseiller, l'agent d'assurance, le gérant, l'agence générale et l'intermédiaire du marché associés à la présente proposition ou à une police, et les sociétés mères et affiliées et leurs représentants autorisés, et les personnes exécutant des services au nom de l'une ou de plusieurs des parties précitées en lien avec une fin autorisée, avec la présente proposition, une police, une demande de règlement, l'adhésion ou la gestion des affaires respectives de chacune des parties.

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 une police.
- 2 | Aux fins de la détermination de l'admissibilité à l'assurance, Foresters, compagnie d'assurance vie, se réserve le droit de prendre en considération tout risque autre que ceux mentionnés dans les questions de la proposition.
- 3 | La police émise par l'assureur n'entrera en vigueur que selon les conditions de ladite police, lesquels peuvent comprendre des facteurs comme la date d'approbation de la proposition, la date d'émission de la police, le paiement de la première prime et, sous réserve qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité, comme indiqué dans la police, avant la date de délivrance de la police.
- 4 | L'assureur peut annuler la police en cas de fausse déclaration faite par moi dans la présente proposition ou dans tout autre document, 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 une police, à moins qu'il ne s'agisse du président ou du secrétaire général de Foresters, compagnie d'assurance vie, ou de leurs successeurs.
- 6 | Je demande expressément que ce document ainsi que tous les documents y afférents soient rédigés en français.
I expressly agree to have this Application, the Policy and any related documents in French.
- 7 | Les taux des primes sont garanties durant les 5 premières années de la police. Par la suite, les primes peuvent changées mais sans discrimination basée sur des changements à l'état de santé de l'assuré après la date d'émission de la police.
- 8 | L'assuré a reçu une copie de la page portant sur les avis importants.
- 9 | Tout changement ou toute correction éventuellement apporté à la présente proposition par l'assureur est ratifié par le propriétaire si la police remise au propriétaire n'est pas renvoyée à l'assureur pendant la période d'annulation.
- 10 | Si j'ai choisi de fournir une adresse électronique actuelle ou des coordonnées électroniques dans cette proposition ou si je choisis de fournir une telle adresse ou de telles coordonnées à l'avenir, l'assureur et ses sociétés affiliées peuvent utiliser cette adresse ou ces coordonnées pour m'envoyer des messages, des renseignements ou des documents de manière électronique associés, directement ou indirectement, à cette proposition et au contrat, ou à l'adhésion, aux événements, aux garanties, aux demandes de règlement, à l'administration ou aux autres biens et services.

AUTORISATION

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

En signant la présente proposition, j'autorise, la collecte et l'usage de renseignements à mon sujet par une personne autorisée pour l'une des fins autorisées, provenant d'un médecin, d'un professionnel de la santé, d'un hôpital, d'une clinique ou d'un établissement médical, de l'employeur, du programme d'avantages sociaux, d'un autre assureur ou d'une institution, des archives publiques ou de MIB Inc.

En signant la présente proposition, j'autorise une personne autorisée à faire un bref rapport sur mes renseignements personnels de santé à MIB Inc., même si la proposition est annulée ou retirée. Ces renseignements peuvent être divulgués entre des personnes autorisées, à des compagnies auprès desquelles j'ai soumis ou je suis susceptible de soumettre une proposition d'assurance maladies graves, d'assurance vie, d'assurance maladie ou une demande de prestations, comme autorisé ou permis par la loi.

Chaque personne qui fournit cette autorisation peut, par préavis écrit à l'assureur, révoquer son autorisation. La révocation de cette autorisation n'aura cependant aucune incidence sur les actions entreprises avant la réception de l'avis ou n'empêchera pas une personne autorisée d'utiliser des renseignements personnels pour administrer une police, faire un rapport à MIB Inc. si cette personne a déjà été autorisée à le faire, ou de donner des renseignements sur les bénéfices de l'adhésion ou de les administrer.

AUTRES PRODUITS ET SERVICES

En cochant cette case, je consens à recevoir des messages écrits ou électroniques de *la Financière Foresters* concernant des renseignements sur les produits et services qui peuvent m'intéresser. Je peux retirer mon consentement à tout moment.

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 apposée ci-dessous s'applique à l'ensemble de la présente proposition.

Signature de l'assuré

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

Signature du conseiller

Le titulaire ou l'assuré, si l'assuré est le titulaire, signé à le
Province ou territoire (JJ/MM/AAAA)

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 valides, originaux et authentiques 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 initié 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 | Avez-vous 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 :

SIGNATURE DU CONSEILLER QUI A REPLI 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 maladies graves, 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 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. J'ai répondu aux besoins du propriétaire au moyen d'un produit adéquat. 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 exercé des efforts raisonnables pour déterminer si le propriétaire agit au nom d'un tiers.

Si je soupçonne qu'une tierce partie dont l'identité n'a pas été divulguée est concernée, je ferai immédiatement parvenir les détails à conformite@ppcqc.ca.

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

Chez *la Financière Foresters* le respect de votre privée est important. Nous conserverons vos renseignements personnels dans un dossier confidentiel destiné à nos bureaux pour vous fournir des produits et services et des renseignements sur votre adhésion à Foresters. Les renseignements figurant dans votre dossier seront recueillis, utilisés et divulgués de manière continue par *la Financière Foresters*, nos employés, réassureurs, agents et représentants, fournisseurs de services ou par des consultants professionnels afin de déterminer votre admissibilité à nos produits et services, pour évaluer ou gérer les demandes de règlements, pour administrer votre police et répondre à vos questions, pour vous informer sur les bénéfices de l'adhésion à Foresters et pour vous fournir ces bénéfices, pour vous fournir des renseignements sur les produits, les services ou les bénéfices qui peuvent répondre à vos besoins en tant que membre, pour nous permettre d'améliorer constamment nos services et pour élaborer des programmes pour les membres de Foresters, et selon ce qui est indiqué dans la section Autorisation de la proposition. Nous limiterons l'accès à votre dossier à nos employés, nos fournisseurs de services, nos représentants, nos affiliées et nos réassureurs qui ont besoin des informations dans l'exécution de leurs obligations pour nous et pour toute autre personne ou organisation à qui vous avez donné votre consentement. Nos employés, nos fournisseurs de services, nos représentants, nos réassureurs et leurs fournisseurs de services peuvent être situés à l'extérieur du Canada. Vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois d'autres territoires de compétence et être divulgués en réponse aux demandes des autorités gouvernementales, des tribunaux ou de la police de ces pays. Vous avez le droit d'accéder à certains renseignements personnels contenus dans votre dossier et, le cas échéant, de les faire corriger. Vous pouvez nous demander aussi de ne pas vous envoyer d'informations sur nos produits, nos services ou les bénéfices des membres.

Pour vous prévaloir de ces droits, veuillez écrire à *la Financière Foresters*, 789, chemin Don Mills, Toronto, ON, Canada M3C 1T9.

Pour accéder à nos plus récentes politiques de confidentialité, veuillez consulter nos sites Web à www.ppcquebec.ca et www.foresters.com.

REMARQUES CONCERNANT MIB

Les renseignements quant à votre assurabilité seront traités comme des données confidentielles. Nous-mêmes ou nos réassureurs pouvons cependant faire un rapport sur ces données auprès de MIB Inc., auparavant connue comme le Bureau des renseignements médicaux, un organisme sans but lucratif dont les membres sont des compagnies d'assurance vie, et qui fonctionne comme une bourse d'échanges de renseignements pour le compte de ses membres. Si vous soumettez une proposition auprès d'une autre compagnie membre de MIB pour une assurance vie, invalidité ou maladie, ou qu'une demande de prestations est soumise à une telle compagnie, MIB, sur demande, fournira à cette compagnie des renseignements à votre sujet tirés de son dossier. Si vous avez des questions sur l'exactitude des renseignements à votre sujet figurant dans le dossier de MIB, vous pouvez communiquer avec MIB et demander une correction.

Le Bureau d'information de MIB se trouve au :

MIB, 330 University Avenue, Toronto (Ontario) M5G 1R7. Le numéro de téléphone est le 416 597-0590 et le site Web est www.mib.com.

LIMITES DE LA POLICE

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 police pour les conditions détaillées.

La police qui pourrait être émise suite à cette proposition contient des conditions et des restrictions importantes. Examinez-la soigneusement dès que vous la 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.)

Foresters, compagnie d'assurance vie, accuse réception de la somme de _____ \$ qui doit servir à payer la première prime

d'assurance maladies graves de _____. Dans l'éventualité où aucune police n'est émise, le montant s'il a déjà été perçu par Forester, sera remboursé.

Aucune couverture provisoire ou temporaire ne prend effet même si un montant est fourni, ou perçu, à titre de premier paiement de la prime. Si une police est émise, l'assurance entrera en vigueur seulement selon telle que décrite et sous réserve des conditions de cette police.

Si vous n'avez pas reçu la police dans les six (6) semaines suivant la date du présent accusé de réception, veuillez communiquer avec *la Financière Foresters* à l'adresse que vous trouverez au verso.

Signé à _____ ce _____ jour de _____, 20____
Ville/province

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

Avec Assurance maladies graves si vous avez une condition pré-existante, telle qu'une maladie cardiaque ou un cancer, vous pourriez quand même être admissible à une couverture.

Nos plans d'assurance maladies graves inclus :

- ✓ Aucun test ou examen médical
- ✓ Obtenez une protection facilement - en seulement quelques jours
- ✓ Recevez une protection pouvant atteindre 100 000 \$
- ✓ Protection offerte jusqu'à l'âge de 75 ans
- ✓ Les paiements commencent le deuxième mois - applicable aux régimes à paiements mensuels

L'assurance maladies graves est établie par Foresters, compagnie d'assurance vie une filiale de l'Ordre Indépendant des Forestiers, qui est membre d'Assuris.

Lorsque couvert, vous pourriez vous qualifier pour profiter d'un ensemble d'avantages précieux de bénéfices au membre.¹

Du service de préparation de document en ligne pour la création de testament.²

Du programme concurrentiel de bourses d'études - qui offre 250 bourses d'études d'un montant maximal de 8 000 \$ pour les étudiants admissibles qui poursuivent des études postsecondaires - aux prestations mensuelles pour orphelins jusqu'à concurrence de 900 \$ par enfant, et plus encore.

Lorsque vous recevez votre police, tous les bénéfices seront décrits.

¹ Les bénéfices au membre de la Financière Foresters sont non-contractuels, sujets à des conditions d'éligibilité spécifiques, disponibilité, définitions et limites et peuvent être modifiées ou annulées sans préavis.

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.

Personne ne prévoit souffrir d'une maladie grave, mais ce n'est pas pour autant une possibilité qu'on devrait écarter.

L'assurance maladies graves peut contribuer à vous protéger, vous ainsi que vos proches.

Plan de
Protection du
Canada 
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.