Plan de protection du Canada[MC]

Formulaire de proposition d'assurance vie

AZ COUVERTURE VIE

Distribué par

Plan de Protection du Canada[MD]

Tranquillité d'esprit

Une société 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 proposition soumise.

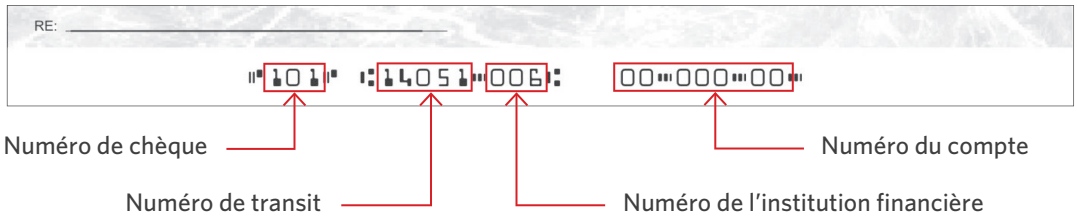
3 | Soumettez les formulaires de divulgation en cas de remplacement d'une assurance vie existante.

4 | Notez que la prime initiale sera appliquée à la date de la police, qui est aussi sa date d'émission.

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, 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.

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 à Plan de protection du Canada, 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 des polices Vie et Temporaire 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 titulaire, si le NAS n'est pas fourni ici, nous pourrions en faire la demande ultérieurement, y compris lors du rachat de la police.

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

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

○ 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 [3] .....

Adresse de votre médecin [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 commerciale, la signature doit être accompagnée du nom de l'entreprise et du titre du signataire autorisé OU du sceau de l'entreprise.

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 de la police.

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

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

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

Téléphone ..... (Principal)
..... (Travail/autre)

Lien avec l'assuré .....

Courriel (facultatif) .....

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))

Numéro d'assurance sociale [5] .....

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.

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 » et « votre » font référence à l'assuré.

Répondez à ces questions pour toutes les propositions. Passez ensuite 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 .....

A SANS EXIGENCE MÉDICALE

OUI Si vous répondez OUI à l'une des questions de cette section, soumettez une proposition d'assurance

Vie Acceptation Garantie
Maximum de 50 000 $

NON Si vous répondez NON à TOUTES les questions, passez à la section **B**.

Tableau des tailles et des poids
(section A, question 7)

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 des activités de la vie quotidienne y compris, mais sans s'y limiter, se lever, marcher, prendre un bain, prendre une douche, se laver, aller aux toilettes, prendre des médicaments, s'habiller ou manger? ..... ○ Oui ○ Non

2 | Êtes-vous un résident d'un établissement de soins de longue durée, d'une maison ou d'un établissement de soins infirmiers ou d'une résidence avec assistance? ..... ○ Oui ○ Non

3 | Êtes-vous alité ou en fauteuil roulant, peu importe votre lieu de résidence? ..... ○ Oui ○ Non

4 | Vous a-t-on déjà conseillé de recevoir une greffe d'organe ou de moelle osseuse (excluant les greffes de cornée), ou êtes-vous sur une liste d'attente à cette fin ou êtes-vous le receveur d'une telle greffe? ..... ○ Oui ○ Non

5 | Au cours des 60 derniers jours, avez-vous été hospitalisé pendant plus de 48 heures consécutives (sauf pour une grossesse)? ..... ○ Oui ○ Non

6 | a. Vous a-t-on déjà conseillé de subir une intervention chirurgicale ou une intervention quelconque, une investigation ou un test diagnostique de quelque type que ce soit (à l'exception des examens annuels avec résultats normaux) qui n'a pas encore commencé ou dont le résultat n'est pas encore connu, ou de vous adresser à un professionnel de la santé ou à un établissement médical, ce que vous n'avez pas encore fait ou dont le résultat n'est pas encore connu; ou ..... ○ Oui ○ Non
b. avez-vous déjà omis de suivre un traitement ou de prendre un ou des médicaments recommandés par un professionnel de la santé; ou ..... ○ Oui ○ Non
c. au cours des 60 derniers jours, avez-vous obtenu ou vous a-t-on communiqué un résultat de test anormal qui a modifié le traitement existant ou nécessité un nouveau traitement pour une affection en cours? ..... ○ Oui ○ Non

7 | D'après le tableau des tailles et des poids pour cette question, votre poids est-il supérieur à celui indiqué en fonction de votre taille? ..... ○ Oui ○ Non

8 | Avez-vous déjà obtenu un résultat positif à un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), ou vous a-t-on indiqué que vous êtes atteint du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), du complexe lié au SIDA (ARC) ou d'une maladie ou d'un trouble du système immunitaire à l'exception du lupus, de la polyarthrite rhumatoïde ou du diabète de type 1, ou avez-vous reçu un traitement à cet égard? ..... ○ Oui ○ Non

9 | Avez-vous déjà souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), avez-vous été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments que vous n'avez pas commencé à prendre ou achevé de prendre pour ce qui suit :
a. un cancer métastatique, une récidive de cancer ou un deuxième diagnostic de cancer (excluant le carcinome basocellulaire); ou ..... ○ Oui ○ Non
b. une affection pulmonaire ou respiratoire chronique (excluant l'apnée du sommeil) y compris, mais sans s'y limiter, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), emphysème ou fibrose pulmonaire, qui nécessite ou a nécessité l'administration périodique d'oxygène ou l'utilisation de stéroïdes (excluant le traitement à base de stéroïdes pour l'asthme); ou ..... ○ Oui ○ Non
c. démence, maladie d'Alzheimer, perte de mémoire, dystrophie musculaire, dystrophie myotonique, maladie de Parkinson, chorée de Huntington ou sclérose latérale amyotrophique (SLA); ou ..... ○ Oui ○ Non
d. insuffisance cardiaque congestive, insuffisance cardiaque systolique ou diastolique ou cardiomyopathie? ..... ○ Oui ○ Non

10 | Avant l'âge de 40 ans, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments pour ce qui suit : douleurs thoraciques (angine de poitrine), crise cardiaque (infarctus du myocarde), coronaropathie, athérosclérose, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT), maladie rénale chronique, anévrisme dans une partie quelconque du corps, ou avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie ou l'insertion d'une endoprothèse (tuteur)? ○ Oui ○ Non

11 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous :

a. fait usage (sauf sur ordonnance d'un professionnel de la santé) d'un narcotique ou d'un barbiturique; ou ○ Oui ○ Non

b. fait usage (sur ordonnance ou non d'un professionnel de la santé) d'héroïne, de drogues psychoactives, de cocaïne, de crack, de méthadone, de fentanyl ou d'un autre agent similaire; ou ○ Oui ○ Non

c. avez-vous été admis dans un hôpital ou dans un centre de traitement pour alcoolisme ou toxicomanie? ○ Oui ○ Non

12 | Au cours des 24 derniers mois, avez-vous été déclaré coupable, incarcéré, mis en probation ou libéré sous condition, ou est-ce qu'une accusation est en instance, ou êtes-vous en attente d'une condamnation pour une infraction criminelle? ○ Oui ○ Non

13 | Avez-vous déjà reçu un diagnostic d'une affection qui met la vie en danger, d'une maladie grave ou d'une affection en phase terminale qui, selon l'estimation d'un professionnel de la santé, diminue votre espérance de vie? ○ Oui ○ Non

B SANS EXIGENCE MÉDICALE

OUI Si vous répondez OUI à l'une des questions de cette section, soumettez une proposition d'assurance

Vie Différée

Maximum de 75 000 $

NON Si vous répondez NON à TOUTES les questions, passez à la section **C**.

1 | Au cours des deux dernières années, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments, ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ou une intervention quelconque pour ce qui suit :

a. douleurs thoraciques (angine de poitrine), crise cardiaque (infarctus du myocarde), maladie cardiaque, maladie ou trouble valvulaire, trouble du rythme cardiaque, coronaropathie, athérosclérose ou trouble des vaisseaux sanguins, anévrisme dans une partie quelconque du corps, accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT), ou avez-vous reçu un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur, ou avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie, l'insertion d'une endoprothèse ou une chirurgie valvulaire; ou ○ Oui ○ Non

b. problèmes de circulation dans les jambes et/ou les pieds (maladie vasculaire ou artérielle périphérique, ou neuropathie)? ○ Oui ○ Non

2 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité pour un cancer (de quelque type que ce soit, à l'exception du carcinome basocellulaire), une croissance anormale ou une tumeur maligne? ○ Oui ○ Non

3 | Avez-vous déjà souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments pour ce qui suit :

a. néphropathie chronique y compris, mais sans s'y limiter, néphropathie diabétique, maladie polykystique des reins, insuffisance rénale chronique à n'importe quel stade, ou vous a-t-on conseillé de subir une investigation pour la maladie polykystique des reins; ou ○ Oui ○ Non

b. avez-vous des antécédents familiaux de maladie polykystique des reins et vous n'avez pas encore fait l'objet d'une investigation pour cette maladie; ou ○ Oui ○ Non

c. maladie du foie y compris, mais sans s'y limiter, cirrhose ou hépatite (excluant les hépatites A et B); ou ○ Oui ○ Non

d. pancréatite chronique ou héréditaire? ○ Oui ○ Non

4 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalité ou traité dans un autre établissement pendant plus de 24 heures consécutives pour un trouble de santé mentale y compris, mais sans s'y limiter, dépression, anxiété ou psychose? ○ Oui ○ Non

5 | Avez-vous 29 ans ou moins et avez-vous déjà souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments pour le diabète ou un taux élevé de glycémie (excluant le diabète gestationnel)? ○ Oui ○ Non

6 | Avez-vous déjà souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments pour le diabète et l'une quelconque des affections suivantes : coronaropathie, douleurs thoraciques (angine de poitrine), crise cardiaque (infarctus du myocarde), accident vasculaire cérébral (AVC), fourmillements, brûlures ou perte de sensation dans une extrémité (neuropathie), maladie vasculaire ou artérielle périphérique, perte de la vision (rétinopathie), maladie rénale (néphropathie), ou avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie, l'insertion d'une endoprothèse ou une amputation? ○ Oui ○ Non

7 | Souffrez-vous d'un trouble du développement congénital, comme le syndrome de Down ou l'autisme? ○ Oui ○ Non

C

SANS EXIGENCE MÉDICALE

OUI Si vous répondez OUI à l'une des questions de cette section, soumettez une proposition d'assurance

Élite Différée
Maximum de 350 000 $

NON Si vous répondez NON à TOUTES les questions, passez à la section **D**.

Tableau des tailles et des poids
(section C, question 14)

Taille	Poids
4 pi 8 po à 4 pi 10 po 142 cm à 147 cm	79 à 185 lb 36 à 84 kg
4 pi 11 po à 5 pi 1 po 148 cm à 155 cm	87 à 199 lb 39 à 90 kg
5 pi 2 po à 5 pi 4 po 156 cm à 163 cm	94 à 215 lb 43 à 98 kg
5 pi 5 po à 5 pi 7 po 164 cm à 170 cm	104 à 235 lb 47 à 107 kg
5 pi 8 po à 5 pi 10 po 171 cm à 178 cm	115 à 260 lb 52 à 118 kg
5 pi 11 po à 6 pi 1 po 179 cm à 185 cm	125 à 282 lb 57 à 128 kg
6 pi 2 po à 6 pi 4 po 186 cm à 193 cm	139 à 305 lb 63 à 138 kg
6 pi 5 po à 6 pi 7 po 194 cm à 201 cm	149 à 333 lb 68 à 151 kg

1 | Avez-vous déjà souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments pour trouble bipolaire, schizophrénie, maniaco-dépression ou psychose? ○ Oui ○ Non

2 | Au cours des cinq dernières années, avez-vous été traité ou avez-vous reçu des conseils médicaux ou autres, ou vous a-t-on recommandé de suivre un traitement pour cesser ou réduire votre consommation d'alcool ou de drogues? ○ Oui ○ Non

3 | Au cours des cinq dernières années, avez-vous :
- a. fait usage (sauf sur ordonnance d'un professionnel de la santé) d'un narcotique ou d'un barbiturique; ou ○ Oui ○ Non
- b. fait usage (sur ordonnance ou non d'un professionnel de la santé), d'héroïne, de drogues psychoactives, de cocaïne, de crack, de méthadone, de fentanyl ou d'un autre agent similaire; ou ○ Oui ○ Non
- c. avez-vous été admis dans un hôpital ou dans un centre de traitement pour alcoolisme ou toxicomanie? ○ Oui ○ Non

4 | Au cours des cinq dernières années, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu) ou avez-vous été traité, pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments pour une maladie pulmonaire ou respiratoire chronique (à l'exception de l'asthme et de l'apnée du sommeil) y compris, mais sans s'y limiter, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), emphysème ou fibrose pulmonaire? ○ Oui ○ Non

5 | Au cours des cinq dernières années, avez-vous été déclaré coupable, incarcéré, mis en probation ou libéré sous condition, ou êtes-vous en attente d'une condamnation pour une infraction criminelle? ○ Oui ○ Non

6 | Après l'âge de 40 ans, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu) ou avez-vous été traité, pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments pour une affection neurologique y compris, mais sans s'y limiter, crises avec perte de conscience, épilepsie ou sclérose en plaques? ○ Oui ○ Non

7 | Au cours des quatre dernières années, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), été traité ou pris des médicaments, ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, des médicaments, ou avez-vous subi une intervention chirurgicale ou une intervention quelconque pour ce qui suit :
- a. douleurs thoraciques (angine de poitrine), crise cardiaque (infarctus du myocarde), maladie cardiaque, maladie ou trouble valvulaire, trouble du rythme cardiaque, coronaropathie, athérosclérose ou trouble des vaisseaux sanguins, anévrisme dans une partie quelconque du corps, accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT), ou avez-vous reçu un stimulateur cardiaque ou un défibrillateur, ou avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie, l'insertion d'une endoprothèse ou une chirurgie valvulaire; ou ○ Oui ○ Non
- b. problèmes de circulation dans les jambes ou les pieds (maladie vasculaire ou artérielle périphérique, ou neuropathie)? ○ Oui ○ Non

8 | Souffrez-vous de diabète diagnostiqué à l'âge de 39 ans ou moins et, au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris de l'insuline ou vous a-t-on conseillé de prendre ou prescrit de l'insuline ou des médicaments pour le diabète? ○ Oui ○ Non

9 | Souffrez-vous de diabète, et au cours des six derniers mois :
- a. vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, de l'insuline comme nouveau traitement; ou ○ Oui ○ Non
- b. la dose prescrite d'insuline 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

10 | Au cours des 12 prochains mois, envisagez-vous de voyager à l'extérieur de l'Amérique du Nord, des Caraïbes, de l'Australie, du Royaume-Uni, de la Nouvelle-Zélande ou d'un pays de l'Union européenne pendant plus de 12 semaines consécutives? ○ Oui ○ Non

11 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perdu 10 % ou plus de votre poids sans avoir suivi intentionnellement un régime? ○ Oui ○ Non

12 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu du sang dans votre urine ou dans vos selles sans raison évidente? ○ Oui ○ Non

13 | Au cours des 10 dernières années, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité pour un cancer (de quelque type que ce soit, à l'exception du carcinome basocellulaire), une croissance anormale ou une tumeur maligne? ○ Oui ○ Non

14 | D'après le tableau des tailles et des poids pour cette question, votre poids s'écarte-t-il de la plage indiquée pour votre taille? (Pour les femmes, déduisez 5 lb ou 3 kg de la plage inférieure pour la taille donnée.) ○ Oui ○ Non

D

SANS EXIGENCE MÉDICALE

OUI Si vous répondez OUI à l'une des questions de cette section, soumettez une proposition d'assurance

Élite Simplifiée
Maximum de 500 000 $

NON Si vous répondez NON à TOUTES les questions, **passez à la section E SEULEMENT si vous souhaitez soumettre une proposition d'assurance**

Préférentielle*
Élite Préférentielle*

* Vous pourriez être admissible à l'un de ces plans sous réserve des exigences et de l'approbation du service de tarification.

1 | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité pour, la sclérose en plaques? ..... ○ Oui ○ Non

2 | Avez-vous souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité pour un cancer (de quelque type que ce soit, à l'exception du carcinome basocellulaire), une croissance anormale ou une tumeur maligne? ..... ○ Oui ○ Non

3 | Avez-vous déjà souffert de, vous a-t-on indiqué que vous souffrez de, ou avez-vous fait l'objet d'une investigation (avec un résultat positif ou inconnu), ou avez-vous été traité pour le diabète (excluant le diabète gestationnel), ou au cours des six derniers mois, avez-vous présenté un taux d'HbA1c supérieur à 8,5? ..... ○ Oui ○ Non

4 | Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des changements dans votre médication (augmentation ou diminution), ou vous a-t-on conseillé de prendre, ou vous a-t-on prescrit, un nouveau médicament pour une affection en cours? ..... ○ Oui ○ Non

5 | Au cours des 10 dernières années, avez-vous été déclaré coupable, incarcéré, mis en probation ou libéré sous condition, ou êtes-vous en attente d'une condamnation pour une infraction criminelle ou, au cours des deux dernières années, avez-vous été accusé de conduite avec facultés affaiblies? ..... ○ Oui ○ Non

6 | Au cours des deux dernières années, avez-vous participé à l'exploitation d'un aéronef à titre de pilote ou d'élève-pilote (pilotes de compagnies aériennes commerciales exclus) ou à des sports dangereux y compris, mais sans s'y limiter, plongée autonome, course automobile, alpinisme, ski de pleine nature ou parachutisme ou envisagez-vous de le faire au cours de la prochaine année? ..... ○ Oui ○ Non

7 | Au cours des deux 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 3 infractions au Code de la route? ..... ○ Oui ○ Non

8 | Deux membres ou plus de votre famille immédiate (père, mère, frères, sœurs) ont-ils déjà eu un cancer, une maladie cardiaque, un accident vasculaire cérébral (AVC) ou un accident ischémique transitoire (AIT), ou ont-ils été traités ou ont-ils reçu un diagnostic à cet égard, ou un membre de votre famille immédiate a-t-il été traité ou a-t-il reçu un diagnostic à l'égard d'une maladie rénale polykystique, la chorée de Huntington ou une maladie ou un trouble héréditaires avant l'âge de 60 ans? ..... ○ 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, 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 ○ 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, compagnie d'assurance vie; 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. Plan de protection du Canada 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 la police, 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 aura-t-il l'usage de la valeur de rachat de la police, ou accès à celle-ci? ..... ○ Oui ○ Non

Si OUI, remplissez un formulaire distinct de détermination de tiers CP012 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	Nº de transit *(à 5 chiffres)*	Nº de compte .....
Nº 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 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 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 de police, Foresters, 250 Ferrand Drive, bureau 1100, Toronto (Ontario) M3C 3G8
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.

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, de la police 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

Les définitions suivantes s'appliquent aux fins de la présente entente et de la présente autorisation.

La « proposition » désigne la présente proposition d'assurance vie auprès de Plan de protection du Canada. « Assuré » et « propriétaire » désignent la personne identifiée en tant que telle 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 bénéfices 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, l'agence générale de gestion et l'intermédiaire du marché associés à la présente proposition ou à une police, et la société mère, les filiales et les sociétés liées 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. « Enfant » désigne chacun des enfants nommés dans la section Prestation temporaire pour enfants de la présente proposition.

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, lesquelles 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 | 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 la police remise au propriétaire n'est pas renvoyée à l'assureur pendant la période d'annulation.

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 affiliées 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 à la police, ou encore à l'adhésion, aux événements, aux garanties, aux réclamations, à l'administration ou à d'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, en mon nom et pour le compte de chaque enfant, la collecte et l'usage de renseignements à notre propos 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, LLC.

En signant la présente proposition, j'autorise, en mon nom et pour le compte de chaque enfant, une personne autorisée à faire un bref rapport sur mes renseignements personnels de santé et sur ceux de chaque enfant à MIB, LLC., 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 vie ou 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 ou faire un rapport à MIB, LLC. 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

Je consens à recevoir de l'assureur, de sa société mère, de ses filiales et de ses sociétés affiliées des renseignements sur d'autres produits et services par quelque moyen que ce soit. Si vous ne voulez pas donner votre consentement à cette fin, cochez cette case ☐. Vous pouvez également retirer votre consentement à tout moment en écrivant à notre chef de la protection des renseignements personnels à l'adresse suivante :
Foresters, 789 Don Mills Road, Toronto (Ontario) M3C 1T9.

SIGNATURES

La présente proposition doit être datée du jour où elle a été remplie et elle doit être reçue au siège social de Plan de protection du Canada 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 témoin de toutes les signatures .....

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

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 | Une analyse des besoins a-t-elle été effectuée? ..... ◯ **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 : .....

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 titulaire 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 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

Avis importants

(À détacher et à présenter à l'assuré)

Chez Plan de protection du Canada et Foresters, compagnie d'assurance vie, 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 Plan de protection du Canada et 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 nos membres, 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 sociétés affiliées et nos réassureurs qui ont besoin des informations dans l'exécution de leurs obligations pour nous et à 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 vos 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 Plan de protection du Canada, 250 Ferrand Drive, bureau 1100, Toronto (Ontario) M3C 3G8. Pour accéder à nos plus récentes politiques de confidentialité, veuillez consulter nos sites Web à ppcquebec.ca et 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, LLC, 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, LLC, 50, Braintree Hill Park, bureau 400, Braintree (Massachusetts) 02184-8734. Le numéro de téléphone est le 781 751-6005 et le site Web est www.mib.com.

LIMITES DE LA POLICE

En cas de suicide, commis dans les deux ans suivant la date d'émission de la police, 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 de la police 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 de la police 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 de la police 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 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 sur la vie de .....

Ce paiement répond à l'exigence de paiement de la première prime totale avant que le contrat soit remis au titulaire, 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.

Si vous n'avez pas reçu la police dans les six semaines qui suivent la date de cet accusé de réception, veuillez communiquer avec Plan de protection du Canada à l'adresse figurant au verso.

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

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

Nous vous remercions de faire confiance à Plan de protection du Canada, qui a à cœur votre tranquillité d'esprit.

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.
- ✓ 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.

L'assurance offerte par Plan de protection du Canada est établie par Foresters, compagnie d'assurance vie du Canada, qui est membre d'Assuris et une filiale de Foresters (fondée en 1874).

Vous pourriez être admissible à un ensemble de précieux avantages offerts aux membres*.

Du service de préparation de documents en ligne** 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 la police établie et envoyée, vous pouvez vous inscrire à l'adresse my.foresters.com/fr-ca pour accéder aux nombreux avantages offerts aux membres.

* *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.*

** *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]

Tranquillité d'esprit

Une société de la Financière Foresters[MC]

Distribué par
Plan de protection du Canada
250 Ferrand Drive, bureau 1100,
Toronto (Ontario)
M3C 3G8

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

Nouvelle adresse au 1er juillet 2024:
789 Don Mills Rd,
Toronto, Ontario, M3C 1T9

ppcquebec.ca

PLAN DE PROTECTION DU CANADA et le logo sont des marques de commerce de Plan de protection du Canada, une société de la Financière Foresters. L'assurance vie sans exigence médicale et à émission simplifiée et l'assurance maladies graves sont souscrites par Foresters, compagnie d'assurance vie. Utilisées sous licence.

Financière Foresters et Foresters sont les noms commerciaux et les marques de commerce de L'Ordre Indépendant des Forestiers (une société de secours mutuel, 789 Don Mills Road, Toronto (Ontario), Canada M3C 1T9) et de ses filiales, y compris Foresters, compagnie d'assurance vie.

Financière Foresters

105942 FR (02/24)