

Demande de modification d'une police d'assurance vie existante

N° de la police :	Nom complet de la personne assurée :	Nom complet du propriétaire (s'il s'agit de quelqu'un d'autre que la personne assurée)
-------------------	--------------------------------------	--

A. Modifications demandées

1. Ajouts :

- Avenant de prestation en cas de décès accidentel (ne peut servir qu'aux polices dont le numéro commence par CT ou CC)
- 1 unité 3 unités 5 unités (couverture maximum de 250 000 \$) (remplir la partie B)
- Avenant de prestation en cas de décès accidentel (ne peut servir qu'aux polices dont le numéro commence par CP DH ou ET) _____ \$

Minimum : montant le moins élevé entre 10 000 \$ et une fois la couverture

Maximum : montant le moins élevé entre 250 000 \$ cinq fois la couverture
(remplir la partie B)

- Prestation temporaire pour enfants _____ Choisir une couverture de 5 000 \$, 10 000 \$ 15 000 \$ ou 20 000
(remplir le formulaire CPP007)

(Couverture de 15 000 \$ disponible uniquement pour les polices dont le numéro commence par DH ou ET)

(Couverture de 20 000 \$ disponible uniquement pour les polices dont le numéro commence par ET)

- Prestation hospitalière _____ \$ Choisir 25 \$, 50 \$ ou 100 \$ par jour
(remplir le formulaire CPP010 uniquement pour les polices dont le numéro commence par CP DH ou ET)

2. Augmentation du montant de la prestation :

- Avenant de garantie en cas de décès accidentel _____ \$ voir les limites pour la couverture ci-dessus
(remplir la partie B uniquement pour les polices dont le numéro commence par CP DH ou ET)

- Prestation temporaire pour enfants _____ \$ voir les limites pour la couverture ci-dessus (remplir le
formulaire CPP007)

3. Baisse du montant de la couverture d'assurance vie (sous réserve des minimums exigés par la police) :

- Plan de base – nouveau montant : _____ \$
- Type d'avenant : _____ Nouveau montant : _____ \$

4. Suppression d'une prestation :

- Prestation en cas de décès accidentel
- Prestation temporaire pour enfants
- Prestation hospitalière
- Avenant d'assurance temporaire

B. Partie à remplir pour la personne assurée pour l'ajout de l'avenant de prestation en cas de décès accidentel

Votre profession actuelle :

Au cours des deux dernières années,

a) avez-vous volé en aéronef, non pas en tant que passager payant, mais en tant que pilote, membre d'équipage ou agent de bord ou comptez-vous le faire dans les **deux prochaines années?**

Oui

Non

b) vous êtes-vous livré à des activités dangereuses, par exemple une course en véhicule motorisé, de la plongée sous-marine, des activités aériennes ou de l'escalade en montagne, ou comptez-vous le faire à l'avenir?

c) avez-vous subi une suspension de votre permis de conduire ou commis deux ou plusieurs infractions relatives à la conduite d'un véhicule?

Si vous avez répondu « oui », veuillez fournir de plus amples détails :

Déclaration et autorisation

Je déclare et conviens que :

toutes les déclarations, représentations et réponses faites et toutes les autres preuves supplémentaires que Foresters, compagnie d'assurance vie (« Foresters ») pourrait exiger sont véridiques, complètes et intégrales et doivent être prises en compte comme justification de la modification demandée. J'ai bien compris que, si je n'ai pas répondu de façon complète, intégrale et véridique aux questions ci-dessus (si j'ai fourni des déclarations ou réponses inexactes), Foresters pourra annuler la police.

Signé à (ville et province)

Date (jj/mm/aaaa)

Signatures

Signé à (ville et province)	Date (jj/mm/aaaa)	Signatures
		Personne assurée
		Propriétaire (s'il s'agit de quelqu'un d'autre que la personne assurée)
		Témoin/agent