

Plan de protection du Canada^{MC}

Formulaire de proposition d'assurance maladies graves



Distribué par

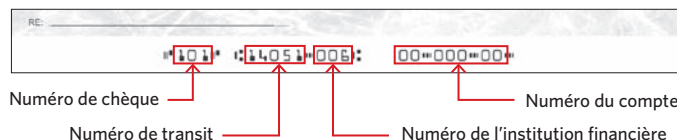


PLAN DE
PROTECTION DU
CANADA^{MD}

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 Plan de protection du Canada, 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		☐ Homme ☐ Femme
Date de naissance JJ/MM/AA	☐ Citoyen canadien ¹ ☐ Résident permanent ¹ ☐ 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? ☐ Oui ☐ 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 : ☐ L'assuré ☐ 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)
				☐ 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).

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)
				☐ 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

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'examen, 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'examen 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
☐ Couverture Cardiaque MG ☐ Couverture Cancer MG ☐ Couverture Cardiaque MG ET Couverture Cancer MG ¹ ☐ Couverture Cardiaque MG OU Couverture Cancer MG ²	☐ Temporaire 75 ans (Âge à la souscription : 18-65 10 000 \$ - 50 000 \$) ☐ Temporaire 75 ans (Âge à la souscription : 18-65 10 000 \$ - 50 000 \$) ☐ Temporaire 75 ans (Âge à la souscription : 18-65 10 000 \$ - 50 000 \$ par événement) ☐ Temporaire 20 ans (Âge à la souscription : 18-55 25 000 \$ - 100 000 \$) ☐ Temporaire 75 ans (Âge à la souscription : 18-65 10 000 \$ - 100 000 \$)	 \$
Prestation optionnelle		Montant
☐ Prestation de décès accidentel ³ ☐ 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 ☐ 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 le formulaire d'autorisation relatif au PPA à la page 5. ☐ 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. ☐ Chèque ☐ 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 : ☐ VISA ☐ MASTERCARD	Nom du titulaire de la carte tel qu'il apparaît sur la carte	
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.paielements.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.paielements.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.

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 auprès de Plan de protection du Canada. « 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 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, 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 Plan de protection du Canada 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 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 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

Plan de protection du Canada^{MC} | Rapport du Conseiller

106079 FR (04/20) | 8

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 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 affiliés 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 **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 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 Plan de protection du Canada, 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, qui a à cœur votre tranquillité d'esprit.

Avec Plan de protection du Canada, 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 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).

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

Du programme concurrentiel de bourses d'études – 250 bourses d'études annuelles d'un montant maximal de 8 000 \$ pour les étudiants admissibles qui poursuivent des études postsecondaires jusqu'à des prestations mensuelles pour orphelins de 900 \$ par enfant jusqu'à 18 ans et plus encore.

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

* 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.

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.



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

www.ppcquebec.ca

PLAN DE PROTECTION DU CANADA et le logo sont des marques de commerce de Plan de protection du Canada. Utilisées sous licence.

Souscrit par

Foresters, compagnie d'assurance vie

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