

# Plan de protection du Canada<sup>MC</sup>

Formulaire de proposition d'assurance vie  
Élite Express Temporaire



Distribué par

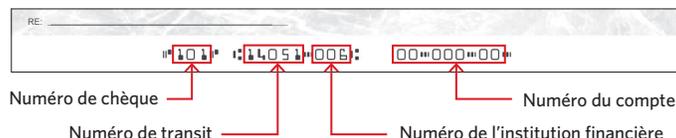


Une société de la Financière Foresters<sup>MC</sup>

# 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. 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.
- ✓ Joignez une illustration à chaque proposition soumise.
- ✓ Soumettez les formulaires de divulgation en cas de remplacement d'une assurance vie existante.
- ✓ 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 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.



## 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 100 000 \$ pour chaque régime de base ou chaque avenant temporaire.
- 3 Le montant maximum des prestations versées en avenant MG est de 100 000 \$ la vie durant. Les avenants maladie grave ne sont pas offerts aux personnes détenant un permis d'études.

Assurance de base	Âge à l'émission	Minimum	Maximum
Élite Express Temporaire 20 ans	18 — 50 ans	100 000 \$ <sup>2</sup>	750 000 \$ <sup>1</sup>
	51 — 60 ans	100 000 \$ <sup>2</sup>	500 000 \$ <sup>1</sup>
Élite Express Temporaire 30 ans	18 — 50 ans	100 000 \$ <sup>2</sup>	750 000 \$ <sup>1</sup>
<b>Avenant temporaire</b>			
Temporaire 20 ans	18 — 50 ans	100 000 \$ <sup>2</sup>	
<b>Avenants maladies graves<sup>3</sup></b>			
Couverture Cardiaque MG (Temporaire 20 ans)	18 — 55 ans	25 000 \$	50 000 \$
Couverture Cancer MG (Temporaire 20 ans)	18 — 55 ans	25 000 \$	50 000 \$
Couverture Cardiaque MG OU Couverture Cancer MG (Temporaire 20 ans)	18 — 55 ans	25 000 \$	100 000 \$
<b>Avenant supplémentaire</b>			
Prestation de décès accidentel	18 — 60 ans	10 000 \$	250 000 \$
Prestation temporaire pour enfants	18 — 60 ans (parent)	5 000 \$, 10 000 \$, 15 000 \$ ou 20 000 \$	
Prestation hospitalière	18 — 60 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 assure détenant un permis de travail ou d'études est de 250 000 \$.

Nom .....		Prénom .....		Second prénom .....		Nom .....		<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	
Date de naissance ..... JJ / MM / AA	Pays de naissance .....		<input type="radio"/> Citoyen canadien <sup>1</sup> <input type="radio"/> Résident permanent <sup>1</sup> <input type="radio"/> Permis de travail/Permis d'études <sup>1</sup>		Téléphone Principal .....				
Adresse .....		Nom de rue et numéro .....		Numéro d'appartement .....		Travail/autre .....			
Ville/municipalité .....		Province/territoire .....		Code postal .....		Meilleure date et meilleur moment pour appeler aux fins de la vérification (soyez précis) : Date .....			
Date .....		Heure .....		Profession .....		Courriel (Requis si l'assuré est le propriétaire) .....			
Permis de conduire (ou pièce d'identité délivrée par le gouvernement avec photo, numéro d'identité et type) .....		Numéro (et type) .....		Province/territoire de délivrance .....		Date d'expiration (JJ/MM/AA) .....		Êtes-vous membre de Foresters? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non, demande d'adhésion	

**PROPRIÉTAIRE**

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

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

Le propriétaire est : <input type="radio"/> L'assuré <input type="radio"/> Une autre personne — remplissez cette section		Nom complet de la personne ou dénomination sociale de la société/l'entité <sup>2</sup> .....		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 : Profession .....							
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 : 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) Subsidaire (S)
				<input type="radio"/> R <input type="radio"/> I	<input type="radio"/> P <input type="radio"/> S
				<input type="radio"/> R <input type="radio"/> I	<input type="radio"/> P <input type="radio"/> S
				<input type="radio"/> R <input type="radio"/> I	<input type="radio"/> P <input type="radio"/> S

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

Nom du fiduciaire .....	Lien avec le propriétaire .....
Au Québec, le capital payable à un mineur sera versé aux parents (ou au tuteur légal, le cas échéant).	

**PAYEUR**

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

Le payeur est : <input type="radio"/> L'assuré <input type="radio"/> Le propriétaire <input type="radio"/> 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.

Répondez à ces questions pour toutes les propositions. Veuillez ensuite passer à la section suivante.

- 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.*

- 2 | Les primes seront-elles arrêtées, ou une couverture d'assurance vie ou une rente en vigueur sera-t-elle réduite ou interrompue si l'assurance faisant l'objet de cette proposition est accordée? .....  Oui  Non

*Si OUI, indiquez l'assureur, le montant et le type d'assurance et remplissez l'énoncé de comparaison ou la déclaration de remplacement d'assurance vie qui convient dans votre province.*

Assureur ..... Montant ..... Type d'assurance .....

## QUESTIONNAIRE D'ADMISSIBILITÉ

**OUI** Si vous répondez **OUI** à une question de la présente section, **N'ALLEZ PAS PLUS LOIN. Veuillez soumettre une proposition d'assurance pour l'un des produits Couverture Vie A-Z de Plan de protection du Canada.**

**NON** Si vous répondez **NON À TOUTES** les questions, passez à la **section Détails de la couverture.**

- 1 | Faites-vous l'objet ou êtes-vous actuellement dans l'attente d'une intervention chirurgicale, d'une investigation ou d'un test diagnostique de quelque type que ce soit ou d'une consultation dans un établissement médical ou auprès d'un spécialiste ou d'un professionnel de la santé qui n'est pas encore complété? .....  Oui  Non

- 2 | Au cours des 60 derniers jours, avez-vous reçu des résultats anormaux à des tests? .....  Oui  Non

- 3 | Au cours des 60 derniers jours, avez-vous été hospitalisé pendant plus de 48 heures? .....  Oui  Non

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

- 5 | Devez-vous vous déplacer en fauteuil roulant en raison d'une maladie chronique? .....  Oui  Non

- 6 | Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu des changements dans votre médication (augmentation ou diminution), ou vous a-t-on prescrit un nouveau médicament pour une maladie chronique? .....  Oui  Non

- 7 | À ce jour, avez-vous souffert ou vous a-t-on indiqué que vous souffrez des affections suivantes, ou, pour ces mêmes affections, avez-vous reçu un traitement ou vous a-t-on recommandé de subir une intervention chirurgicale, une investigation ou un test diagnostique qui n'a pas encore commencé ou n'est pas complété, ou dont les résultats ne sont pas encore connus, pour :

a. Un cancer, une excroissance anormale ou une tumeur maligne? .....  Oui  Non

b. D'anémie, de saignements anormaux ou d'une maladie sanguine ou de trouble sanguin? .....  Oui  Non

c. La fibrose kystique ou une maladie respiratoire chronique (excluant l'asthme ne nécessitant pas l'utilisation continue de stéroïdes) y compris, mais sans s'y limiter, l'emphysème ou la maladie pulmonaire obstructive chronique, ou avez-vous utilisé ou vous a-t-on recommandé d'utiliser un appareil pour l'administration de l'oxygène destiné à faciliter la respiration (excluant l'apnée du sommeil)? .....  Oui  Non

d. Une maladie ou un trouble du système nerveux central y compris, mais sans s'y limiter, la démence, la maladie d'Alzheimer, la dystrophie musculaire, la chorée de Huntington, la sclérose latérale amyotrophique (SLA), la maladie de Parkinson, l'épilepsie ou la sclérose en plaques (SP)? .....  Oui  Non

e. Des douleurs thoraciques cardiaques (angine de poitrine), une crise cardiaque (infarctus du myocarde), une maladie coronarienne, un accident vasculaire cérébral (AVC), une insuffisance cardiaque congestive, une cardiomyopathie, une maladie ou un trouble valvulaire, un trouble du rythme cardiaque, une maladie vasculaire périphérique, un anévrisme, un trouble circulatoire ou plus d'un accident ischémique transitoire (AIT), ou avez-vous subi un pontage coronarien, une angioplastie ou l'insertion d'un tuteur (stent)? .....  Oui  Non

f. Une maladie ou un trouble du système génito-urinaire y compris, mais sans s'y limiter, la présence de sucre (glucose), de protéines (albumine) ou de pus dans les urines, une maladie ou un trouble rénal, ovarien, utérin, mammaire, de la vessie ou de la prostate? .....  Oui  Non

g. Une maladie ou un trouble du système endocrinien y compris, mais sans s'y limiter, le diabète, problème de thyroïde ou de glandes? .....  Oui  Non

h. Une maladie ou un trouble du foie y compris, mais sans s'y limiter, une cirrhose ou une hépatite (excluant les hépatites A et B) ou une maladie ou un trouble du pancréas? .....  Oui  Non

i. Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou avez-vous obtenu un résultat positif au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou une maladie ou un trouble du système immunitaire? .....  Oui  Non

j. Une maladie ou un trouble gastro-intestinal y compris, mais sans s'y limiter, la maladie de Crohn ou une colite ulcéreuse, ou touchant, entre autres, les intestins ou l'œsophage? .....  Oui  Non

**QUESTIONNAIRE  
D'ADMISSIBILITÉ  
(SUITE)**

**OUI**

Si vous répondez **OUI** à une question de la présente section, **N'ALLEZ PAS PLUS LOIN.** Veuillez soumettre une proposition d'assurance pour l'un des produits Couverture Vie A-Z de Plan de protection du Canada.

**NON**

Si vous répondez **NON À TOUTES** les questions, passez à la section **Détails de la couverture.**

- k. Un trouble bipolaire, la schizophrénie ou une psychose? .....  OUI  NON
- l. Une maladie ou un trouble mental ou nerveux y compris, mais sans s'y limiter, la dépression ou l'anxiété ayant nécessité une hospitalisation ou une absence du travail, ou une tentative de suicide ou des pensées suicidaires? .....  OUI  NON
- m. Une maladie ou un trouble de la peau (excluant les allergies saisonnières ou les réactions allergiques saisonnières), des os ou des articulations tel que, sans s'y limiter, l'arthrite inflammatoire, la polyarthrite rhumatoïde, le rhumatisme psoriasique ou la polymyalgie rhumatismale nécessitant un traitement autre que les anti-inflammatoires non stéroïdiens ou l'aspirine? .....  OUI  NON
- 8** | Au cours de cinq dernières années, avez-vous :
- a. Pris des narcotiques ou des barbituriques (non prescrits par un médecin), de l'héroïne, des psychotropes, de la cocaïne, du crack ou des substances similaires, ou avez-vous séjourné dans une résidence pour le traitement d'alcool ou de drogues ou avez-vous utilisé de la méthadone ou du fentanyl prescrit par un médecin ou non? .....  OUI  NON
- b. Été traité ou avez-vous reçu un avis médical pour l'usage de drogues ou d'alcool? .....  OUI  NON
- 9** | Au cours de deux dernières années, avez-vous :
- a. Participé à l'exploitation d'un aéronef à titre de pilote (pilotes de compagnies aériennes commerciales exclus), ou avez-vous l'intention de pratiquer l'aviation au cours des 12 prochains mois? .....  OUI  NON
- b. Pratiqué des sports dangereux y compris, mais sans s'y limiter, la plongée sous-marine, la course automobile, l'alpinisme, le ski hors-pistes, le parachutisme, ou avez-vous l'intention de le faire au cours des 12 prochains mois? .....  OUI  NON
- c. Eu une suspension ou une révocation de votre permis de conduire, ou avez-vous commis plus de trois infractions au code de la route au cours des 12 derniers mois? .....  OUI  NON
- 10** | Au cours des dix dernières années, avez-vous été reconnu coupable d'une infraction criminelle, étiez-vous en attente d'un jugement ou avez-vous été incarcéré pour une infraction criminelle, avez-vous été en probation ou en libération conditionnelle en raison d'une infraction criminelle, ou existe-t-il des accusations criminelles en instance à votre égard (excluant un unique cas de conduite avec facultés affaiblies)? .....  OUI  NON
- 11** | 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 héréditaire avant l'âge de 60 ans? .....  OUI  NON
- 12** | Au cours des 12 prochains mois, avez-vous l'intention de voyager à l'extérieur de l'Amérique du Nord, des Caraïbes, du Royaume-Uni ou de l'Union européenne pendant plus de 12 semaines consécutives? .....  OUI  NON
- 13** | Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perdu 10 % ou plus de votre poids sans avoir suivi intentionnellement un régime? .....  OUI  NON
- 14** | Votre poids est-il hors de la fourchette indiquée en fonction de votre taille dans le tableau ci-dessous? .....  OUI  NON

Taille		Poids	
4'8"	143 - 144 cm	79 - 158 lb	36 - 72 kg
4'9"	145 - 146 cm	81 - 164 lb	37 - 74 kg
4'10"	147 - 148 cm	84 - 169 lb	38 - 77 kg
4'11"	149 - 150 cm	87 - 175 lb	39 - 79 kg
5'0"	151 - 153 cm	90 - 181 lb	40 - 82 kg
5'1"	154 - 155 cm	93 - 187 lb	42 - 85 kg
5'2"	156 - 158 cm	96 - 194 lb	44 - 88 kg
5'3"	159 - 161 cm	99 - 200 lb	45 - 91 kg
5'4"	162 - 163 cm	102 - 206 lb	46 - 93 kg
5'5"	164 - 166 cm	106 - 213 lb	48 - 97 kg
5'6"	167 - 168 cm	109 - 219 lb	49 - 99 kg
5'7"	169 - 171 cm	112 - 226 lb	51 - 103 kg

Taille		Poids	
5'8"	172 - 173 cm	116 - 233 lb	53 - 106 kg
5'9"	174 - 176 cm	119 - 240 lb	54 - 109 kg
5'10"	177 - 179 cm	122 - 247 lb	55 - 112 kg
5'11"	180 - 181 cm	126 - 254 lb	57 - 115 kg
6'0"	182 - 184 cm	129 - 261 lb	59 - 118 kg
6'1"	185 - 186 cm	133 - 269 lb	60 - 122 kg
6'2"	187 - 188 cm	137 - 276 lb	62 - 125 kg
6'3"	189 - 191 cm	140 - 283 lb	64 - 128 kg
6'4"	192 - 193 cm	144 - 291 lb	65 - 132 kg
6'5"	194 - 196 cm	148 - 299 lb	67 - 136 kg
6'6"	197 - 198 cm	152 - 307 lb	69 - 139 kg
6'7"	199 - 201 cm	156 - 315 lb	71 - 143 kg

## 03 Détails de la couverture

## Formulaire de proposition d'assurance vie Élite Express Temporaire

### 1 Les avenants maladie grave

ne sont pas offerts aux personnes détenant un permis d'études

### 2 Un avenant d'assurance temporaire

>> L'avenant Temporaire 20 ans n'est disponible que sur le régime de base Temporaire 30 ans

### 3 Remplissez le questionnaire Prestation temporaire pour enfants

Assurance temporaire	Période	Montant de l'assurance
<input type="radio"/> Élite Express Temporaire	<input type="radio"/> 20 ans (18-60 ans) <input type="radio"/> 30 ans (18-50 ans)	..... \$
Avenants facultatifs		Montant
<input type="checkbox"/> Avenant Couverture Cardiaque MG - Temporaire 20 ans <sup>1</sup> (18-55 ans)		..... \$
<input type="checkbox"/> Avenant Couverture Cancer MG - Temporaire 20 ans <sup>1</sup> (18-55 ans)		..... \$
<input type="checkbox"/> Avenant Couverture Cardiaque MG OU Couverture Cancer MG - Temporaire 20 ans <sup>1</sup> (18-55 ans)		..... \$
<input type="checkbox"/> Avenant Temporaire 20 ans <sup>2</sup> (18-50 ans)		..... \$
<input type="checkbox"/> Prestation de décès accidentel (18-60 ans)		..... \$
<input type="checkbox"/> Prestation temporaire pour enfants <sup>3</sup> (Parent : de 18 à 60 ans)		<input type="radio"/> 5 000 \$ <input type="radio"/> 10 000 \$ <input type="radio"/> 15 000 \$ <input type="radio"/> 20 000 \$
<input type="checkbox"/> Prestation hospitalière (18-60 ans)		<input type="radio"/> 25 \$/jour <input type="radio"/> 50 \$/jour <input type="radio"/> 100 \$/jour

## 04 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
			<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
			<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme
			<input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> 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 | Le médecin de l'un des enfants nommés ci-dessus a-t-il déjà recommandé que l'enfant consulte un spécialiste ou qu'il subisse un traitement ou un test de diagnostic, sans que ces mesures n'aient encore été prises? .....  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

## 05 Détails de la prime

### PLAN DE PAIEMENT

#### MENSUEL

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

#### ANNUEL

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

Fréquence de paiement des primes <input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Mensuelle (PPA)	Montant de la prime pour la fréquence indiquée ci-dessus : ..... \$
Méthode de paiement de la prime :	
<input type="radio"/> Chèque. À l'ordre de Foresters compagnie d'assurance vie; uniquement pour les paiements annuels. <input type="radio"/> Prélèvement automatique (PPA). Uniquement pour les paiements mensuels; remplissez le formulaire d'autorisation relatif au PPA à la page 5. <input type="radio"/> Carte de crédit. Uniquement pour les paiements annuels; remplissez la section Renseignements sur le paiement par carte crédit ci-dessous.	
Méthode de paiement de la prime initiale pour les paiements annuels (si elle est différente de la méthode indiquée ci-dessus) : <input type="radio"/> Chèque <input type="radio"/> Carte de crédit	
La prime initiale doit être soumise avec cette proposition d'assurance si le mode de paiement sélectionné est annuel.	
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 : <input type="radio"/> VISA <input type="radio"/> MASTERCARD	Nom du titulaire de la carte tel qu'il apparaît sur la carte
Numéro de carte .....	Date d'expiration .....
	Signature .....

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

## 07 Entente de paiement par prélèvements automatiques (PPA)

**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<sup>er</sup> 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 <input type="radio"/> Chèque <input type="radio"/> 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](http://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](http://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, 789, chemin Don Mills, Toronto, ON, Canada M3C 1T9  
Téléphone : 1 877 629-9090

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

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

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

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

## 08 Ententes et autorisations

### DÉFINITIONS

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

La « proposition » désigne la présente proposition d'assurance vie temporaire Élite Express 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 bénéficiaires de l'adhésion; la vérification d'identité, l'audit, les produits et les services; et toute autre fin exigée ou autorisée par la loi. « Personne autorisée » signifie l'assureur, le réassureur, le conseiller, l'agent d'assurance, le gérant, l'agence générale et l'intermédiaire du marché associés à la présente proposition ou à une police, et les sociétés mères et affiliées et leurs représentants autorisés, et les personnes exécutant des services au nom de l'une ou de plusieurs des parties précitées en lien avec une fin autorisée, avec la présente proposition, une police, une demande de règlement, l'adhésion ou la gestion des affaires respectives de chacune des parties. « 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, 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 d'un avenant MG 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, 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 Inc.

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 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 vie ou d'assurance maladie ou 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 | Une analyse des besoins a-t-elle été effectuée? .....  Oui  Non
- 7 | 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 REMPLE 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 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](mailto:conformite@ppcqc.ca).

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

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

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

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

Chez Plan de protection du Canada et Foresters, compagnie d'assurance vie, le respect de votre vie 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, 789, chemin Don Mills, Toronto, ON, Canada M3C 1T9**.

Pour accéder à nos plus récentes politiques de confidentialité, veuillez consulter nos sites Web à [www.ppcquebec.ca](http://www.ppcquebec.ca) et [www.foresters.com](http://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](http://www.mib.com).

## LIMITES DE LA POLICE

En cas de suicide, que la personne soit saine d'esprit ou non, commis dans les deux ans suivant la date d'émission de la police, la prestation est limitée au remboursement des primes payées.

- **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

l'assurance sur la vie de .....

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 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
- ✓ Élite Express offre une couverture sans exigence médicale allant jusqu'à 750 000 \$
- ✓ Seules les personnes âgées de 18 à 60 ans sont admissibles aux régimes d'assurance temporaire Élite Express
- ✓ Taux très concurrentiels
- ✓ Il suffit de remplir une proposition simple et facile à utiliser pour obtenir une couverture rapidement

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 service de préparation de document en ligne pour la création de testament.\*\*

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

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

\* Les bénéfices de membre 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.*



Une société de la Financière Foresters<sup>nc</sup>

Distribué par  
Plan de protection du Canada

789, chemin Don Mills,  
Toronto, ON, Canada  
M3C 1T9

[ppcquebec.ca](http://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.

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