

Numéro de contrat 59956 et 17856

Dans la présente proposition, le mot *vous* s'entend, selon le contexte, de la personne qui demande l'assurance. Les mots *nous* ou *la Compagnie* s'entendent de La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada ("Securian Canada").

Écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

1. Renseignements généraux

Renseignements personnels

Prénom		Initiale	Nom de famille		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (le cas échéant)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lieu de naissance (province)	Lieu de naissance (pays)	
<input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur	Par <i>non-fumeur</i> , il faut entendre que vous n'avez pas fait usage de produits de tabac ni d'auxiliaires antibagiques au cours des 12 derniers mois.				
Adresse du domicile (numéro et rue)				Appartement ou bureau	
Ville		Province	Code postal		
Téléphone (domicile)			Téléphone (bureau)		
Télécopieur			Adresse électronique		

Renseignements sur votre conjoint (s'il demande la couverture)

Prénom		Initiale	Nom de famille		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (le cas échéant)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lieu de naissance (province)	Lieu de naissance (pays)	
<input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur	Par <i>non-fumeur</i> , il faut entendre que vous n'avez pas fait usage de produits de tabac ni d'auxiliaires antibagiques au cours des 12 derniers mois.				

Renseignements sur les personnes à charge (s'il demande la couverture)

Les personnes à charge doivent être âgées de moins de 21 ans (25 ans s'ils sont étudiant à temps pleins dans une institution d'enseignement accréditée) ou de n'importe quel âge s'ils ont un handicap mental ou physique.

Prénom		Initiale	Nom de famille		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance (jj-mm-aaaa)					

Prénom		Initiale	Nom de famille		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance (jj-mm-aaaa)					

Prénom		Initiale	Nom de famille		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance (jj-mm-aaaa)					

2. Couverture demandée - Option 1 - Régime groupé du membre (compléter les sections 3, 9, 10 et 11)

Pour une couverture additionnelle, veuillez compléter les section 4 à 11.

Assurance vie 30 000 \$

Assurance décès et mutilation accidentels 30 000 \$

Individuelle Familiale (inclus couple et le membre + 1 enfant à charge)

Assurance invalidité de longue durée 750 \$/mois avec un délai de carence de 120 jours*

Assurance-maladie complémentaire (AMG)

Individuelle Couple (ou le Membre + 1 enfant à charge) Familiale

Prénom du bénéficiaire	Nom de famille du bénéficiaire
Liens avec vous	Désignation de bénéficiaire** <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

* Cette couverture contient une disposition relative aux maladies préexistantes. Veuillez vous référer au document de référence concernant ce produit pour plus de renseignements.

** Vous devez cocher «Révocable» ou «Irrévocable» pour que cette proposition soit considérée comme dûment remplie. Dans les cas assujettis aux lois du Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable. Si vous voulez qu'elle soit révocable, veuillez cocher la case appropriée. Dans les cas où la désignation est révocable, le proposant peut à toute époque changer le bénéficiaire sans le consentement de ce dernier. Dans les cas où la désignation est irrévocable, le proposant ne peut modifier la désignation ou la couverture qu'avec le consentement écrit du bénéficiaire. Au Québec, tout montant à être payé à un bénéficiaire au moment où il/elle est mineur(e) sera payé au(x) parent(s) ou tuteur légal de ce bénéficiaire.

3. Questions de tarification simplifiées (Compléter cette section si vous appliquez pour l'Option 1)

1. Êtes-vous actuellement un membre de l'ACHD en règle et travaillez-vous au moins 18 heures par semaine? Oui Non

2. Au cours des 5 dernières années, avez-vous reçu un traitement, présenté des symptômes ou consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour l'anxiété, la dépression, l'épuisement professionnel, la schizophrénie, la psychose ou tout autre trouble d'ordre psychologique? Oui Non

3. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu un traitement, présenté des symptômes ou consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour un trouble, une maladie ou une blessure (y compris des entorses et des foulures) des os, des articulations, des tendons, des muscles ou des membres, y compris des genoux, des hanches, des épaules, du dos ou du cou, qui a duré plus d'une semaine ou qui est réapparu(e) plus d'une fois au même endroit? Oui Non

Si «oui», indiquez la ou les articulations touchées :

--

4. Avez-vous déjà eu une ou des propositions d'assurance-vie, d'assurance-invalidité, d'assurance de soins de longue durée ou d'assurance maladies graves ayant fait l'objet d'un refus, d'une surprime, d'un report, d'une annulation ou d'une modification quelconque? Oui Non

5. Avez-vous déjà présenté une demande de règlement pour l'assurance invalidité de longue durée ou l'assurance contre les maladies graves? Oui Non

4. Couverture demandée - Option 2 - Produits Autonomes (compléter section 4 à 11)

Minimum 30 000 \$ – Maximum 500 000 \$ (unités de 10 000 \$).

Assurance-vie temporaire

Couverture demandée à ce moment-ci \$	Prénom du bénéficiaire	Nom de famille du bénéficiaire
Lien avec la personne à assurer	Bénéficiaire* <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	

* Vous devez cocher «Révocable» ou «Irrévocable» pour que cette proposition soit considérée comme dûment remplie. Dans les cas assujettis aux lois du Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable. Si vous voulez qu'elle soit révocable, veuillez cocher la case appropriée. Dans les cas où la désignation est révocable, le proposant peut à toute époque changer le bénéficiaire sans le consentement de ce dernier. Dans les cas où la désignation est irrévocable, le proposant ne peut modifier la désignation ou la couverture qu'avec le consentement écrit du bénéficiaire. Au Québec, tout montant à être payé à un bénéficiaire au moment où il/elle est mineur(e) sera payé au(x) parent(s) ou tuteur légal de ce bénéficiaire.

4. Couverture demandée - Option 2 - Produits Autonomes (compléter section 4 à 11) (suite)

Minimum 30 000 \$ – Maximum 500 000 \$ (unités de 10 000 \$).

L'assuré principal doit avoir la couverture conjoint pour être éligible à cette couverture.

Assurance-vie temporaire du conjoint**

Couverture demandée à ce moment-ci
\$

La couverture ne peut être supérieure à celle du membre.

Assurance-vie des personnes à charge **

10 000 \$ par enfant à charge Oui

L'assuré principal doit avoir la couverture pour les personnes à charge pour être éligible à cette couverture.

** Le proposant est automatiquement le bénéficiaire de l'assurance-vie du conjoint et des enfants à charge.

Assurance décès et mutilation accidentel (DMA)

Individuelle Familiale (inclus couple et le membre + 1 enfant à charge)

Membre:

Minimum 30 000 \$ – Maximum 500 000 \$ si l'Assurance-vie temporaire a été sélectionnée ou 200 000 \$ sans l'Assurance-vie à terme. (unités de 10 000 \$).

Couverture demandée à ce moment-ci \$	Bénéficiaire* <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom du bénéficiaire	Nom de famille du bénéficiaire
Lien avec la personne à assurer	

* Vous devez cocher «Révocable» ou «Irrévocable» pour que cette proposition soit considérée comme dûment remplie. Dans les cas assujettis aux lois du Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable. Si vous voulez qu'elle soit révocable, veuillez cocher la case appropriée. Dans les cas où la désignation est révocable, le proposant peut à toute époque changer le bénéficiaire sans le consentement de ce dernier. Dans les cas où la désignation est irrévocable, le proposant ne peut modifier la désignation ou la couverture qu'avec le consentement écrit du bénéficiaire. Au Québec, tout montant à être payé à un bénéficiaire au moment où il/elle est mineur(e) sera payé au(x) parent(s) ou tuteur légal de ce bénéficiaire.

Minimum 30 000 \$ – Maximum 300 000 \$ (unités de 10 000 \$).

L'assuré principal doit avoir la couverture conjoint pour être éligible à cette couverture.

Assurance contre les maladies graves (AMG)

Couverture demandée à ce moment-ci
\$

Assurance du conjoint contre les maladies graves (AMG)

Couverture demandée à ce moment-ci
\$

Assurance contre les maladies graves des enfants à charge

(Membre AMG doit être appliquée pour afin d'être admissibles à Enfant AMG)

Couverture demandée à ce moment-ci
 5 000 \$ 10 000 \$ 5 000 \$ 20 000 \$

Assurance-maladie complémentaire (AMC)

Individuelle
 Couple (ou le Membre + 1 enfant à charge)
 Familiale

Chaque personne qui demande l'assurance doit être couverte par le régime d'assurance maladie provincial (la RAMQ au Québec) ou bénéficiaire d'une couverture équivalente offerte par un régime collectif. Au Québec, le remboursement des médicaments sur ordonnance est limité aux frais non couverts par l'assurance médicaments de la RAMQ.

Assurance invalidité de longue durée (ILD)

Minimum 700 \$ – Maximum 5 000 \$ (unités de 100 \$).

Couverture demandée à ce moment-ci (par mois) \$	Délai de carence 120 jours
Indexation sur le coût de la vie <input type="checkbox"/> Oui	

5. Renseignements sur les assurances (Compléter cette section si vous appliquez pour l'Option 2)

À l'heure actuelle, est-ce que vous ou votre conjoint possède une assurance de rente d'invalidité (notamment une assurance invalidité offerte par l'entremise de votre employeur), une assurance frais généraux, une assurance contre les maladies graves ou une assurance-vie prévue par des contrats individuels ou collectifs ou par des contrats de travail ou d'association, ou avez-vous présenté une demande en vue de souscrire à ce genre d'assurance?

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Vous

Type de couverture (ILD, AFG, vie, AMG)	Montant de l'assurance	Compagnie d'assurance	Date de souscription (mm-aaaa)	Période d'indemnisation	Prestations imposables	Si l'assurance faisant l'objet de la présente proposition est établie, mettez-vous fin à l'assurance déjà en vigueur?
	\$				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	\$				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Votre Conjoint

Type de couverture (ILD, AFG, vie, AMG)	Montant de l'assurance	Compagnie d'assurance	Date de souscription (mm-aaaa)	Période d'indemnisation	Prestations imposables	Si l'assurance faisant l'objet de la présente proposition est établie, mettez-vous fin à l'assurance déjà en vigueur?
	\$				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	\$				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

6. Renseignements sur les activités professionnelles (Compléter cette section si vous appliquez pour l'Option 2)

Date d'embauche auprès de l'employeur actuel (jj-mm-aaaa)	Nombre d'années d'activité dans la profession	Nombre d'heures travaillées par semaine	Nombre de semaines travaillées par année

Exercez-vous d'autres activités professionnelles ou envisagez-vous de modifier vos fonctions ou le nombre de vos heures de travail?

Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir des précisions sur une feuille distincte signée et datée.

7. Renseignements financiers (Compléter cette section si vous appliquez pour l'Option 2)

Section à remplir si vous adhérez à l'assurance ILD ou à l'AFG.

	Année courante du _____ au _____ (mm-aaaa) (mm-aaaa)	Dernière année 202 _____
Revenu annuel brut avant déduction des vos frais professionnels (A)	\$	\$
Moins le total annuel des frais professionnels (B)	\$	\$
Revenu annuel net avant impôts (A) - (B)	\$	\$
Est-ce qu'une part de votre revenu consiste en un salaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, indiquez-en le montant et le nom de l'employeur \$	
Sources des revenus autres que le revenu gagné? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l'affirmative, indiquez-en le montant \$ Sources des revenus autre que le revenu gagné	

Avez-vous déjà déclaré faillite ou prévoyez-vous faire faillite?

Oui Non Dans l'affirmative, date de libération :

(mm-aaaa)

Si vous demandez à adhérer à l'assurance-invalidité ou d'AFG, vous devez présenter des documents d'ordre financier afin de confirmer le montant de vos revenus/dépenses.

Veuillez joindre à la proposition les documents financiers ci-dessous :

Entreprise individuelle/Société de personnes :

Déclaration de revenus fédérale (pages 1 à 4) et état des résultats des activités d'une profession libérale (T2032) ou état des résultats des activités d'une entreprise (T2124) les plus récents.

Société par actions :

Fuillet T4, déclaration de revenus fédérale (pages 1 à 4) et états financiers de l'entreprise les plus récents.

Employés :

Fuillet T4 et déclaration de revenus fédérale (pages 1 à 4) les plus récents.

8. Déclaration d'assurabilité (Compléter cette section si vous appliquez pour l'Option 2)

Veillez répondre aux questions suivantes en fournissant de l'information complète et exacte. Si vous n'êtes pas certain qu'un renseignement soit pertinent, indiquez-le quand même. Si vous ne fournissez pas toute l'information pertinente, vos demandes de règlement pourraient être refusées et votre assurance, résiliée. Veuillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

8.1 Antécédents médicaux

Renseignements sur vous

Taille	Poids	<input type="checkbox"/> lb	Changement de poids au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> lb
pi po m cm	<input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Gain :	<input type="checkbox"/> Perte :
<input type="checkbox"/> kg				
Raison du changement de poids				
Nom et adresse du médecin traitant. Si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez «aucun».				
Diagnostic, traitement suivi, résultats, médicaments prescrits				
Si le médecin nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, indiquez le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier.				

Veillez remplir cette section si vous demandez l'assurance-conjoint.

Renseignements sur votre conjoint

Taille	Poids	<input type="checkbox"/> lb	Changement de poids au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> lb
pi po m cm	<input type="checkbox"/> kg	<input type="checkbox"/> Aucun	<input type="checkbox"/> Gain :	<input type="checkbox"/> Perte :
<input type="checkbox"/> kg				
Raison du changement de poids				
Nom et adresse du médecin traitant. Si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez «aucun».				
Diagnostic, traitement suivi, résultats, médicaments prescrits				
Si le médecin nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, indiquez le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier.				

8.2 Antécédents familiaux

Est-ce que des membres de votre famille immédiate (parents, frères, soeurs) ont déjà souffert de l'une ou l'autre des maladies suivantes : cancer (spécifier le type), maladie du cœur, accident vasculaire cérébral, diabète, maladie polykystique des reins ou autre maladie des reins, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, SLA (sclérose latérale amyotrophique ou la maladie de Lou Gerhig), Dystrophie musculaire, Syndrome des polypes gastro-intestinaux héréditaires, chorée de Huntington, ou toute autre maladie héréditaire?

Vous	Conjoint
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le ou les tableaux ci-dessous.

Antécédents familiaux du proposant

	Affection ou diagnostic	Âge au début de la maladie	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (s'il y a lieu)
Père				
Mère				
Frère(s)				
Sœur(s)				

Antécédents familiaux du conjoint

	Affection ou diagnostic	Âge au début de la maladie	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (s'il y a lieu)
Père				
Mère				
Frère(s)				
Sœur(s)				

8. Déclaration d'assurabilité (suite)

8.3 Renseignements sur les médicaments et/ou les traitements

Veillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

Au cours des 12 derniers mois, l'une des personnes à assurer a-t-elle pris des médicaments sur ordonnance ou utilisé du matériel ou des appareils médicaux, ou lui a-t-on conseillé de le faire?

Vous	Conjoint	Enfant(s)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Dans l'affirmative, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Nom de la personne à assurer	Affection, maladie ou trouble	Médicament ou traitement	Coût mensuel	Concentration	Posologie par 24 heures	Durée
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			
			\$			

8.4 Renseignements médicaux

Avez-vous déjà souffert de l'une ou l'autre des affections suivantes :

- a) douleurs à la poitrine, crise cardiaque, anomalie décelée à un électrocardiogramme, hypertension artérielle, arythmie, souffle cardiaque, taux élevé de cholestérol, ou toute maladie ou tout trouble du cœur ou de l'appareil circulatoire?
- b) accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, phlébite, paralysie, convulsions, épilepsie, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, troubles du cerveau ou du système nerveux?
- c) diabète, glycémie à jeun anormale, présence de sucre, sang ou protéines dans les urines, maladie des reins, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux, y compris présence d'une masse ou d'un kyste au sein ou tout changement aux seins, biopsie ou anomalie décelée à la mammographie ou test de pap anormal?
- d) tumeur, cancer, polypes, ou autre néoplasme, maladie de la peau ou troubles de ganglions lymphatiques, leucémie, troubles sanguins ou toute autre forme de maladie maligne?
- e) troubles chroniques des poumons ou de l'appareil respiratoire, apnée du sommeil, maladie ou affection des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge, perte de la parole?
- f) colite ou toute autre affection du côlon, rectum, des intestins, (incluant la maladie de Crohn ou la colite), ulcère, vésicule biliaire, de l'estomac ou du foie ou du système digestif?
- g) fatigue chronique, douleurs dans le cou ou dans le dos, affection de la colonne vertébrale, des os, des muscles ou des articulations, amputation, fibromyalgie, rhumatisme, arthrite ou lupus? (Veillez vous référer au questionnaire sur les maux de dos)
- h) troubles mentaux ou nerveux, phobies, épuisement professionnel, dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires, stress, anxiété ou attaques de panique, troubles du comportement alimentaire ou autres troubles émotionnels ou psychiatriques, ou avez-vous consulté quelqu'un à ce sujet? (Veillez vous référer au questionnaire mentaux/nerveux)

Vous	Conjoint	Enfant(s)
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

8. Déclaration d'assurabilité (suite)

Veillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

Avez-vous déjà souffert de l'une ou l'autre des affections suivantes :

- | | Vous | Conjoint | Enfant(s) |
|--|---|---|---|
| i) Affections, maladies, troubles ou blessures non indiqués ci-dessus? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| j) Avez-vous subi des tests indiquant que vous êtes porteur du virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| k) Êtes-vous porteur du virus de l'hépatite B ou êtes-vous atteint de l'hépatite B chronique? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| l) Avez-vous subi des tests indiquant que vous êtes porteur du VIH (virus d'immunodéficience humaine)? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| m) Avez-vous subi un test de dépistage du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) ou d'autres troubles immunologiques, avez-vous consulté quelqu'un à ce sujet ou a-t-on établi un diagnostic indiquant que vous étiez atteint du SIDA ou souffriez de troubles immunologiques? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| n) Envisagez-vous de suivre un traitement médical ou de subir une intervention chirurgicale, souffrez-vous d'une incapacité actuellement ou complétez-vous actuellement un délai de carence? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Au cours des cinq dernières années :

- | | | | |
|---|---|---|---|
| o) Avez-vous consulté un médecin, un chiropraticien, un psychologue, un physiothérapeute, un psychiatre ou tout autre professionnel de la santé ou avez-vous été admis dans un hôpital ou un établissement semblable? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| p) Avez-vous présenté des symptômes ou a-t-on constaté quelque anomalie que ce soit, ou vous a-t-on conseillé de subir d'autres examens ou des tests diagnostiques, de vous faire hospitaliser ou de vous faire opérer? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| q) Avez-vous subi un électrocardiogramme, des examens sanguins, des radiographies ou d'autres examens diagnostiques? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| r) Avez-vous subi une intervention chirurgicale, suivi un traitement, souffert d'une maladie, d'un malaise, d'une anomalie ou d'une blessure? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| s) À votre connaissance, avez-vous été atteint d'une maladie ou d'une déficience physique, ou suivez-vous actuellement un traitement ou prenez-vous des médicaments? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| t) Vous a-t-on recommandé de subir des examens, des tests diagnostiques ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués ou de vous faire hospitaliser, ressentez-vous des symptômes ou des malaises pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Au cours des douze derniers mois :

- | | | | |
|---|---|---|---|
| u) Avez-vous, votre conjoint, ou vos enfants à charge été incapable de travailler pendant plus de cinq jours consécutifs, ou présenté une demande de règlement ou touché des prestations, une rente ou des indemnités en raison d'une maladie ou d'un accident? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|---|---|---|---|

8.5 Autres renseignements

Vous

- a) Consommez-vous des boissons alcoolisées?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de verres pour chaque catégorie.

Consommation	Vin	Bière	Spiritueux
Quotidienne			
Hebdomadaire			
Mensuelle			

Conjoint

- Consommez-vous des boissons alcoolisées?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer le nombre de verres pour chaque catégorie.

Consommation	Vin	Bière	Spiritueux
Quotidienne			
Hebdomadaire			
Mensuelle			

8. Déclaration d'assurabilité (suite)

8.5 Autres renseignements (suite)

Veillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

Au cours des dix dernières années :

- | | Vous | Conjoint | Enfant(s) |
|---|---|---|---|
| b) Votre consommation d'alcool a-t-elle déjà été substantiellement supérieure à ce qui est indiqué ci-dessus? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| c) Avez-vous déjà consulté un médecin, suivi un traitement, reçu des services de counseling, été accusé de conduite avec facultés affaiblies ou été arrêté par suite de l'usage d'alcool ou de drogues? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| d) A-t-on déjà suspendu votre permis de conduire ou avez-vous déjà été trouvé coupable de conduite en état d'ébriété ou avec facultés affaiblies? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| e) Avez-vous commis trois infractions au code de la circulation ou plus au cours des trois dernières années? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| f) Avez-vous déjà fait usage de sédatifs, d'analgésiques, d'hypnotiques, de tranquillisants ou de stimulants? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| g) Avez-vous déjà fait usage de marijuana, de haschich, de cannabis, de cocaïne, de narcotiques, d'hallucinogènes, d'héroïne, de barbituriques, ou cherché à obtenir ou reçu des conseils ou des traitements pour usage de drogues ou de médicaments prescrits ou non prescrits en vente libre? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| h) Vous êtes-vous déjà vu refuser, ajourner, offrir moyennant surprime, annuler, résilier ou modifier en quoi que ce soit une assurance-vie, une assurance contre les maladies graves ou une assurance-invalidité, ou vous a-t-on déjà refusé un renouvellement ou une remise en vigueur de ces assurances? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Au cours des deux dernières années :

- | | | | |
|---|---|---|---|
| i) Avez-vous piloté un appareil de navigation aérienne, ou exercez-vous ou prévoyez-vous exercer des activités dangereuses, notamment le parachutisme, le vol libre, la plongée autonome, l'alpinisme, l'escalade ou la course d'automobiles ou de motos? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| j) L'une des personnes à assurer prévoit-elle un changement de pays de résidence ou un voyage à l'extérieur du Canada ou des États-Unis dans les 12 prochains mois? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Femmes seulement

- | | | | |
|--|--|--|--|
| k) Êtes-vous enceinte?
Dans l'affirmative, indiquez la date prévue de l'accouchement. | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(mm-aaaa) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(mm-aaaa) | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(mm-aaaa) |
| l) Avez-vous déjà souffert de complications de la grossesse (ex. : fausse couche, prééclampsie, césarienne)? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions énoncées dans les sections 8.4 et 8.5, veuillez donner des précisions ci-dessous. Joindre les résultats de tous les examens médicaux et bilans de santé.

Si l'espace ne suffit pas, veuillez répondre sur une feuille distincte que vous devrez signer et dater. Veuillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

Numéro de la question	Nom de la personne à assurer	Date (mm-aaaa)	Nom et adresse du médecin et de l'hôpital, s'il y a lieu	Donnez des précisions, s'il y a lieu, sur la nature de la maladie ou la blessure, les symptômes, le nombre de crises, la durée, le traitement et les résultats

8. Déclaration d'assurabilité (suite)

Questionnaire sur les maux de dos

Fréquence de la douleur au cours des deux dernières années	Date du premier épisode (jj-mm-aaaa)	Durée la plus longue du malaise
Quelle région était atteinte? <input type="checkbox"/> Le cou (région cervicale) <input type="checkbox"/> Le milieu (région thoracique/dorsale) <input type="checkbox"/> Le bas (région lombaire, scarée, iliaque)		
Diagnostic posé par rapport aux douleurs au dos		
Est-ce que le douleur irradie ou irradiait dans d'autres parties du corps? Si oui, dans quelle direction ou quels symptômes ressentiez-vous? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Avez-vous déjà été hospitalisé à cause d'une affection au dos? Si oui, veuillez fournir des détails. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Avez-vous déjà subi des radiographies ou d'autres examens du dos? Si oui, veuillez fournir des détails, y compris les résultats. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Avez-vous déjà été incapable de travailler à cause de malaises au dos? Si oui, veuillez fournir des détails. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Avez-vous déjà subi ou vous a-t-on déjà conseillé de subir une intervention chirurgicale ou un traitement de physiothérapie pour une affection au dos? Si oui, veuillez fournir des détails. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Quel autre traitement avez-vous reçu? (médicament, chaleur, repos, chiropraxie, etc.)		
Depuis quand avez-vous cessé d'avoir des douleurs ou des malaises au dos?		
Noms et adresses de tous les médecins consultés et dates des consultations		

Questionnaire sur les troubles mentaux/nerveux

Dates des premières indications de (jj-mm-aaaa)		
Fatigue _____	Dépression _____	Autre(s) _____
Anxiété/nervosité _____	Anxiété/nervosité _____	
Insomnie _____	Insomnie _____	
Durée du traitement de l'affection ou des affections indiquées ci-dessus	À votre avis, quelle était la cause de ces symptômes?	
Nom et adresse du ou des médecins consultés et dates des visites		
Fréquence des visites	Date de la première consultation et date de la dernière consultation (jj-mm-aaaa)	
Quel était le diagnostic?	Veuillez fournir des détails sur les traitements et les médicaments (genre et posologie) prescrits	
Les symptômes sont-ils <input type="checkbox"/> Résolus <input type="checkbox"/> Moins graves <input type="checkbox"/> Inchangés <input type="checkbox"/> Plus graves		
Si résolu, depuis combien et temps êtes-vous sans symptômes?		
Êtes-vous toujours sous traitement et/ou prenez-vous toujours des médicaments? Si oui, veuillez indiquer le genre et la posologie. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Avez-vous été hospitalisé ou vous a-t-on recommandé une hospitalisation? Si oui, veuillez indiquer les noms, les dates et les recommandations. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Est-ce que les symptômes ci-dessus vous ont déjà empêché de vous livrer à vos fonctions professionnelles? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Vous êtes-vous déjà absenté du travail à cause des problèmes susmentionnés? Si oui, veuillez fournir les dates. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Indiquez, en moyenne, la quantité d'alcool, de vin et/ou de bière que vous consommez par semaine.		
Avez-vous déjà fait usage de drogues, autres que celles prescrites par un médecin? Si oui, les noms, les quantités, la fréquence d'utilisation et la date utilisée la dernière fois. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Avez-vous déjà eu des tendances suicidaires ou avez-vous déjà tenté de vous suicider? Si oui, veuillez fournir des détails. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

9. Paiement des primes - prélèvement bancaire mensuel uniquement

• Veuillez annexer à la présente proposition une formule de chèque personnel portant la mention «spécimen».

Pour utiliser le débit préautorisé (DPA), vous devez accepter toutes les conditions de l'autorisation. En signant ci-dessous à titre de payeur, vous acceptez les conditions suivantes :

Conditions

Vous autorisez La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada ("Securian Canada") à prélever la prime mensuelle de cette assurance (y compris les taxes provinciales applicables) sur le compte indiqué sur le chèque spécimen ci-joint, au moyen d'un débit préautorisé (DPA). Vous consentez à ce que votre institution financière traite tout retrait effectué en vertu de la présente autorisation comme un retrait à des fins de services personnels. Vous reconnaissez que le montant de la prime mensuelle (y compris les taxes provinciales applicables) prélevée en vertu de la présente entente peut varier. **Vous acceptez de renoncer à l'exigence selon laquelle Securian Canada doit vous aviser de tout paiement effectué après le premier paiement, que le montant de la prime mensuelle change ou non.** Vous comprenez que la prime mensuelle est exigible le premier de chaque mois. La présente entente prend fin automatiquement lorsque Securian Canada ne peut effectuer un prélèvement sur votre compte.

La présente autorisation reste en vigueur jusqu'à ce que Securian Canada reçoive de votre part un avis écrit visant à la modifier ou à y mettre fin. L'avis doit être envoyé à l'adresse indiquée ci-dessous au moins 10 jours ouvrables avant le prochain prélèvement prévu. Vous pouvez obtenir un modèle de formulaire d'annulation de DPA ou en savoir plus sur votre droit d'annuler une entente de DPA auprès de votre institution financière ou en visitant le www.payments.ca.

Securian Canada ne peut pas céder la présente autorisation à une autre entreprise ou à une autre personne en vue de permettre à celle-ci de prélever ces montants sur votre compte (par exemple, en cas de changement de contrôle dans la compagnie) sans vous en aviser au moins 10 jours à l'avance par écrit.

Vous avez droit à certains recours si un prélèvement ne respecte pas la présente entente. Par exemple, vous avez le droit de vous faire rembourser un prélèvement qui n'est pas autorisé ou qui ne respecte pas la présente entente de DPA. Pour en savoir plus sur les recours auxquels vous avez droit, communiquez avec votre institution financière ou visitez le www.payments.ca.

Securian Canada
Régimes d'associations et de groupes d'affinités
C.P. 963 SUCC A,
Toronto, ON, Canada M5W 1G5
Téléphone : 1-877-363-2773

Je confirme/nous confirmons que toutes les personnes dont la signature est nécessaire pour autoriser des prélèvements sur le compte bancaire ont signé ci-dessous.

Votre prénom		Nom de famille	
Signature X		Date (jj-mm-aaaa)	
Prénom du/des payeur(s)		Nom de famille	
Signature du/des payeur(s) (le cas échéant) X		Date (jj-mm-aaaa)	
Prénom du/des cotitulaire(s) du compte joint		Nom de famille	
Signature du cotitulaire du compte (si les deux signatures sont exigées) X		Date (jj-mm-aaaa)	

10. Renseignements sur le payeur

Veuillez indiquer tous les renseignements sur le cotitulaire du compte joint, le cas échéant.

Nom (prénom et nom de famille) du/des payeur(s) ou raison sociale complète de la société/entité		
S'il y a lieu : date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lien avec vous	
Adresse (numéro et rue)	Ville	
Province	Pays	Code postal

11. Déclaration et autorisation

Veuillez lire cette partie et signer à l'endroit prévu à cette fin.

Je certifie que les réponses données dans la présente proposition sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute réticence, omission ou fausse déclaration relative à la présente proposition entraîne l'annulation de l'assurance.

Je déclare avoir lu l'Avis relatif au Medical Information Bureau (MIB) et, en signant ci-dessous, j'autorise cet organisme à transmettre à Securian Canada ou à ses réassureurs tous les renseignements qu'il possède à mon sujet.

J'autorise Securian Canada et ses mandataires et fournisseurs de services à utiliser et à échanger des renseignements nécessaires à la tarification ou à la gestion administrative, ou au règlement des prestations se rapportant à la présente assurance avec toute personne physique ou morale qui possède des renseignements pertinents à mon sujet en ce qui concerne l'examen de la présente proposition, notamment les professionnels de la santé et les établissements médicaux, le MIB, les agences d'enquête, les assureurs et les réassureurs.

Je conviens que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

J'ai lu et je comprends les renseignements sur l'assurance que j'entends souscrire.

Signature du proposant X		Signature du conjoint X	
Signé à (ville)	Signé à (province)	Date (jj-mm-aaaa)	

Veuillez retourner la proposition dûment remplie à l'adresse suivante :

**Securian Canada
C.P. 963 SUCC A,
Toronto, ON, Canada M5W 1G5**

12. Avis relatif au Medical Information Bureau

Au cours de l'étude de votre proposition, Securian Canada peut communiquer à ses réassureurs des renseignements à votre sujet. Securian Canada et ses réassureurs peuvent en outre transmettre les renseignements figurant dans leurs dossiers à d'autres sociétés d'assurances de personnes auxquelles vous pourriez présenter une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement.

Securian Canada, de même que ses réassureurs, peuvent également transmettre un rapport sommaire sur les résultats de leurs vérifications au *Medical Information Bureau* (MIB), organisme à but non lucratif composé de sociétés d'assurance de personnes qui effectue des échanges de renseignements au nom des sociétés membres. Si la personne désignée dans la proposition présente une proposition d'assurance ou une demande de règlement à une autre société membre du MIB, le MIB fournira sur demande à la société d'assurance les renseignements qui figurent dans ses dossiers.

Vous pouvez consulter les renseignements personnels que le MIB possède à votre sujet et les faire rectifier s'ils sont inexacts ou incomplets.

Pour communiquer avec le MIB, vous pouvez écrire à l'adresse suivante :

Medical Information Bureau
330, avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1R7

ou téléphoner au 416-597-0590

13. Protection des renseignements personnels

Le respect de votre vie privée est une priorité pour Securian Canada. Nous recueillons l'information à même les formulaires de demande. Nous collectons d'autres renseignements que vous nous communiquez ou que vous envoyez à nos partenaires de distribution concernant des produits d'assurance ou des produits financiers que nous offrons. Nous collectons aussi les données (avec votre consentement) par le biais d'évaluations médicales ou professionnelles, le cas échéant, et auprès de médecins, de praticiens de la santé, d'hôpitaux, de cliniques ou d'autres établissements de santé, de compagnies d'assurance, du Bureau de renseignements médicaux (MIB, LLC./MIB), et d'autres agents, organismes publics ou autres organisations, établissements ou personnes qui ont des dossiers médicaux, le cas échéant. Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels notamment aux fins suivantes : la confirmation de votre identité et la tarification, y compris la détermination de votre admissibilité ou de votre besoin d'assurance ou des produits financiers que vous demandez; l'administration et les services; le règlement des sinistres; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations; la conformité aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous et nos sociétés affiliées pouvons utiliser les renseignements personnels dans le but de vous offrir ou de permettre à des compagnies de choix de vous offrir d'autres produits et services. Vous pouvez retirer votre consentement à cet égard à tout moment en composant 1-888-968-4155 ou en écrivant au Bureau de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels à l'adresse suivante : 25, avenue Sheppard Ouest, pièce 1400, Toronto ON M2N 6S6. Nous ne donnons accès à vos renseignements personnels qu'à nos propres employés et entrepreneurs indépendants, aux sociétés affiliées au sein de notre groupe de sociétés, aux administrateurs, partenaires de distribution et autres tiers fournisseurs de services, aux sociétés dont les activités sont externalisées et à nos réassureurs qui ont besoin de vos renseignements personnels pour s'acquitter de leurs tâches. Par ailleurs, nous donnerons accès à vos renseignements personnels à toute personne que vous autoriserez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et nos pratiques en matière de protection de la vie privée. Parfois, sauf si nous en sommes interdits, ces personnes peuvent se trouver dans d'autres provinces du Canada ou dans d'autres pays ou vos renseignements personnels peuvent être stockés sur des serveurs situés dans d'autres provinces canadiennes ou dans d'autres pays. Advenant une situation pareille, vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois des provinces ou pays en question. Vous pouvez demander de consulter l'information que nous avons sur vous dans nos dossiers. Au besoin, vous pouvez nous demander de la corriger en nous le faisant savoir par écrit. Vous trouverez de plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de vie privée sur le site suivant : <http://www.securiancanada.ca/fr/vie-privee/>.