

**Numéro de contrat 051504**

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.

Effacer

**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)	
Nom de l'association avec lequel vous êtes affilié		<input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur	Par <i>non-fumeur</i> , il faut entendre que vous n'avez pas utilisé de produits du tabac ni d'auxiliaires antitabagiques au cours de 12 derniers mois.		
Adresse du domicile (numéro et rue)				Appartement ou bureau	
Ville		Province		Code postal	
Téléphone (domicile)			Téléphone (bureau)		
Télécopieur			Adresse courriel		

**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)	
Profession			Revenu gagné annuel		
			\$		
<input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur		Par <i>non-fumeur</i> , il faut entendre que vous n'avez pas utilisé de produits du tabac ni d'auxiliaires antitabagiques au cours de 12 derniers mois.			

**2. Assurance demandée (veuillez vous reporter à la brochure pour obtenir des renseignements sur les couvertures et les garanties offertes)**

**Assurance-invalidité de longue durée (ILD)**

Total des prestations mensuelles désirées, par tranches de 250 \$

<b>Membres</b>	– Délai de carence de 30 jours – minimum de 500 \$ jusqu'à un maximum de 5 000 \$	\$
<b>Employés</b>	– Délai de carence de 120 jours – minimum de 500 \$ jusqu'à un maximum de 2 500 \$	\$

**Assurance-vie de base**

Pour membres et employés seulement  Option A (25 000 \$)

**2. Assurance demandée (veuillez vous reporter à la brochure pour obtenir des renseignements sur les couvertures et les garanties offertes) (suite)**

**Assurance-vie facultative**

Minimum de 25 000 \$ - Maximum de 250 000 \$ (multiples de 25 000 \$)

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

**Assurance-vie du conjoint**

Minimum 25 000 \$ - Maximum 250 000 \$, multiples de 25 000 \$. La couverture ne peut être supérieure à celle du membre.

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

**Assurance-vie des enfants à charge**

(10 000 \$ pour tout enfant à charge)\*\*  Oui  Non

**Assurance contre les maladies graves (AMG)**

Minimum de 50 000 \$ - Maximum de 300 000 \$ (multiples de 10 000 \$).

Couverture **demandée à ce moment-ci** :

	\$
--	----

**Assurance contre les maladies graves (AMG) du conjoint**

Minimum 50 000 \$ Maximum 300 000 \$ (Multiples de 10 000 \$). La couverture ne peut être supérieure à celle du membre.

Couverture **demandée à ce moment-ci** :

	\$
--	----

**Assurance de base en cas de décès et mutilation par accident**

(50 000 \$) - Pour membres et employés seulement  Oui  Non

**Assurance facultative en cas de décès et mutilation par accident**

(Minimum de 25 000 \$ - Maximum de 250 000 \$ (multiples de 25 000 \$) - La couverture ne peut être supérieure au capital de l'assurance-vie).

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

**Assurance facultative en cas de décès et mutilation par accident du conjoint**

(Minimum de 25 000 \$ - Maximum de 250 000 \$ (multiples de 25 000 \$) - La couverture ne peut être supérieure au capital de l'assurance-vie).

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

**La couverture choisie doit être la même pour l'assurance-maladie complémentaire et l'assurance dentaire.**

**Assurance maladie complémentaire** (y compris l'assurance voyage)

assurance pour personne seule  assurance familiale

**Assurance dentaire**

assurance pour personne seule  assurance familiale

**Assurance Frais généraux (AFG) - pour les membres seulement**

Délai de carence de 30 jours. Minimum de 500 \$ à un maximum de 6 000 \$; multiples de 100 \$

a) Total de l'Assurance Frais généraux mensuelle souhaitée

	\$
--	----

b) Nombre de personnes qui partagent les frais de votre bureau

--

c) Votre part

	%
--	---

## 2. Assurance demandée (veuillez vous reporter à la brochure pour obtenir des renseignements sur les couvertures et les garanties offertes) (suite)

d) Le maximum des prestations mensuelles pouvant être souscrites est en fonction des renseignements suivants. (Précisez votre part de la moyenne des frais mensuels réels.)

Salaire des employés	\$
Services publics (téléphone, chauffage, etc.)	\$
Loyer ou intérêt sur prêt hypothécaire et impôt foncier (pour le bureau seulement)	\$
Impôt de l'entreprise intérêts sur emprunt et primes d'assurance de l'entreprise	\$
Amortissement ou location de matériel	\$
Autres frais, décrire brièvement	\$
<b>Total</b> (Le montant demandé ne doit pas excéder ce chiffre.)	\$

\* Vous devez cocher *Révocable* ou *Irrévocable* pour que cette demande 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 membre assuré ne peut modifier sa désignation ou son assurance qu'avec le consentement écrit du bénéficiaire.

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

## 3. Renseignements sur les assurances - À remplir si vous désirez souscrire une assurance de rente d'invalidité, une assurance frais généraux, une assurance contre les maladies graves ou une assurance vie.

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

## 4. Renseignements sur les activités professionnelles

Profession/fonction		Travaillez-vous à votre compte? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
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.

## 5. Renseignements financiers

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

	<b>Année courante</b> du _____ au _____ (mm-aaaa) (mm-aaaa)	<b>Dernière année 20</b> _____
Revenu annuel net avant impôts		\$
Est-ce qu'une part de votre revenu consiste en un salaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l' <i>affirmative</i> , indiquez le montant	\$
Sources des revenus autres que le revenu gagné? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans l' <i>affirmative</i> , indiquez le montant	\$
		Indiquez le nom de l'employeur
		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)

## 6. Déclaration d'assurabilité

### 6.1 Antécédents médicaux

#### Renseignements sur vous

Taille pi po   m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain : <input type="checkbox"/> Perte :
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.		

#### Renseignements sur votre conjoint - Veuillez remplir cette section si vous demandez l'assurance-conjoint

Taille pi po   m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain : <input type="checkbox"/> Perte :
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.		

#### Renseignements sur les personnes à charge\* - Veuillez remplir cette section si vous demandez l'assurance des personnes à charge

Prénom	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de naissance (jj-mm-aaaa)
Prénom	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de naissance (jj-mm-aaaa)

\* Une personne à charge est un enfant de moins de 21 ans, ou âgé de 21 à 25 ans (26 au Québec) si étudiant à temps plein; ou n'importe quel âge si atteint d'une incapacité physique ou mentale.

Si l'espace ne suffit pas, veuillez utiliser une feuille distincte en prenant soin de signer et de dater celle-ci.

## 6. Déclaration d'assurabilité (suite)

### 6.2 Antécédents familiaux

Est-ce que des membres de votre famille immédiate (parents, frères, sœurs) 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?

<b>Vous</b>	<b>Votre conjoint</b>
<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 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 la maladie	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (s'il y a lieu)
Père				
Mère				
Frère(s)				
Sœur(s)				

### 6.3 Renseignements sur les médicaments et/ou les traitements

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?

<b>Vous</b>	<b>Conjoint</b>	<b>Enfant(s)</b>
<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
			\$			
			\$			

Si l'espace ne suffit pas, veuillez répondre sur une feuille distincte signée et datée.

### 6.4 Renseignements médicaux

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

- douleurs à la poitrine, crise cardiaque, anomalie décelée à un électrocardiogramme, hypertension artérielle, arythmie, maladie vasculaire périphérique, souffle cardiaque, taux élevé de cholestérol, ou toute maladie ou tout trouble du cœur ou de l'appareil circulatoire?
- accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, phlébite, paralysie, étourdissements, convulsions, épilepsie, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, troubles du cerveau ou du système nerveux?
- 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?
- tumeur, cancer, polypes, ou autre néoplasme, maladie de la peau ou troubles de ganglions lymphatiques, leucémie, troubles sanguins ou trouble immunitaire, ou toute autre forme de maladie maligne?
- 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?

<b>Vous</b>	<b>Conjoint</b>	<b>Enfant(s)</b>
<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

## 6. Déclaration d'assurabilité (suite)

	<b>Vous</b>	<b>Conjoint</b>	<b>Enfant(s)</b>
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?	<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) 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?	<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) 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?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
i) 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
j) 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
k) 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
l) Avez-vous déjà 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
m) 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 :			
n) 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
o) 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
p) 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
q) 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
r) 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
s) 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 :			
t) 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

### 6.5 Autres renseignements

#### Vous

a) Consommez-vous des boissons alcoolisées?

Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la quantité et la fréquence de consommation.

#### Votre conjoint

Consommez-vous des boissons alcoolisées?

Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez indiquer la quantité et la fréquence de consommation.

## 6. Déclaration d'assurabilité (suite)

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 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 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 |
| e) 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 |
| f) 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 ou offerts 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 |
| g) 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 :

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| h) 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 |
|---|---|---|---|

L'une des personnes à assurer :

- |   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| i) 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

- |  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| j) Êtes-vous enceinte?<br>Dans l'affirmative, indiquez la date prévue de l'accouchement.                     | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|  | (mm-aaaa)   | (mm-aaaa)   | (mm-aaaa)   |
| k) 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 6.4 et 6.5, 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.

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

## 7. Paiement des primes

Débit préautorisé (DPA)  Mensuelle  Annuelle

**Veillez annexer à la présente demande une formule de chèque personnel portant la mention «NUL».**

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 ou annuelle de cette assurance (y compris les taxes provinciales applicables) sur le compte indiqué ci-dessus, 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 ou annuelle (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 ou annuelle change ou non. Vous comprenez que soit la prime mensuelle est exigible le premier de chaque mois, soit la prime annuelle est exigible le 1er mars. 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.paiements.ca](http://www.paiements.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.paiements.ca](http://www.paiements.ca).

Securian Canada  
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.

Signature du titulaire du compte <b>X</b>	Date (jj-mm-aaaa)
Signature du titulaire du compte <b>X</b>	Date (jj-mm-aaaa)

**N'envoyez pas d'argent avec cette demande. Vous recevrez un relevé de prime.**

## 8. Renseignements sur le payeur

Veillez 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)			Appartement or bureau
Ville	Province/état	Pays	Code postal



## 9. Déclaration et autorisation

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 La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada («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.

J'autorise Securian Canada à échanger les renseignements se rapportant à la proposition d'assurance avec le gestionnaire du régime pour les besoins de la gestion administrative de ma proposition d'assurance. Il s'agit notamment des renseignements se rapportant à la nature et à la situation des documents requis pour les besoins de la tarification, tel qu'un bilan sanguin, un questionnaire sur les maux de dose ou une déclaration du médecin traitant, mais cela ne comprend pas les résultats mêmes de tels examens ni le contenu même de tout questionnaire ou document dûment rempli. Je comprends que je peux refuser de donner mon autorisation concernant l'échange de renseignements médicaux et décider à tout moment de retirer la présente autorisation en communiquant avec Securian Canada.

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

Signature du proposant <b>X</b>		Signature du conjoint <b>X</b>	
Signé à (ville)	Signé à (province)		Date (jj-mm-aaaa)
Nom du conseiller (le cas échéant)	Numéro de téléphone	Adresse courriel du conseiller	

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

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

## 10. 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

## 11. 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/>.