

Table des matières

Partie 1

Choix de format du contrat	1
A - Informations générales.....	1
B - Bénéficiaires	5
C - Type et montant de l'assurance demandée	8
D - Modification majeure	8
E - Admissibilité	11

Partie 2

F - Déclaration d'assurabilité	15
G - Instructions spéciales	26

Partie 3

H - Paiement de l'assurance	27
I - Assurance provisoire ou conditionnelle	33
J - Avis relatif au MIB, LLC	39
K - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins	43
L - Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances	45
M - Consentement relatif à la divulgation de renseignements personnels complémentaires au représentant	47
N - Déclarations et autorisations	48
O - Consentement particulier	52
P - Informations et déclaration du représentant	54

Références	Annexe
-------------------------	---------------

Informations importantes et directives

1. Assurez-vous que vous avez indiqué toute l'information requise dans la présente proposition d'assurance avant de la soumettre au siège social de Desjardins Assurances. Des renseignements manquants retarderont son traitement.
2. Veuillez utiliser cette proposition pour demander une assurance vie (traditionnelle ou universelle), invalidité, maladies graves ou soins de santé, ou pour demander une modification exigeant des preuves d'assurabilité.
Note : Une personne à assurer peut demander la protection SOLO Assurance salaire et/ou la protection SOLO Assurance proprio dans la même proposition. Si plus d'une personne à assurer demande la protection SOLO Assurance salaire et/ou la protection SOLO Assurance proprio, une proposition distincte doit alors être remplie pour chaque personne.
3. Veuillez **ne pas** utiliser cette proposition si vous demandez une modification à un contrat existant et que cette modification n'exige pas de preuves d'assurabilité.
4. Veuillez poser toutes les questions pertinentes de cette proposition à votre client et consigner complètement et précisément ses réponses.
De plus, assurez-vous que toutes les signatures requises figurent aux pages 44, 46, 47, 49, 50, 52 et 54.
5. Veuillez écrire lisiblement et préféablement à l'encre noire afin de faciliter les photocopies. N'utilisez pas de guillemets de répétition ni de correcteur liquide. N'effacez pas. Si vous devez faire une correction, rayez l'erreur et demandez au client d'y apposer ses initiales.
6. **Assurez-vous que vous utilisez la version la plus récente du logiciel pour illustrer l'assurance choisie.** L'illustration doit être soumise avec la proposition. En ce qui concerne les protections d'assurance vie universelle et d'assurance vie avec participation, le document « Déclarations et signatures de l'illustration » doit aussi être signé par le preneur et soumis avec la proposition.
7. Vous devez remettre une copie de l'**Avis relatif au MIB, LLC** :
 - à chaque personne à assurer âgée de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec).
 - au parent, tuteur ou représentant légal de chaque personne à assurer âgée de **moins de 14 ans** (Québec) ou de **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec).

Numéro de contrat :

☐ Affaires nouvelles ☐ Modification majeure

Référence : _____

Dossier de services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et de services complémentaires

Choix de format du contrat (applicable aux affaires nouvelles seulement)

Veuillez indiquer le format dans lequel vous souhaitez recevoir votre contrat.

Le choix que vous faites s'appliquera à **tous les contrats** qui seront établis à la suite de l'acceptation de la ou des demandes d'assurance.

☐ Numérique  Comme notre solution numérique sera déployée progressivement, il se pourrait que vous receviez votre contrat en format papier.

☐ Papier

A - Informations générales
 **ATTENTION! Tous les renseignements personnels que la personne à assurer fournira dans la présente proposition ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant seront communiqués au preneur.**
A1 - Identification des personnes à assurer et des preneurs (Personnes physiques)

- Si vous demandez la protection Assurance vie - enfants ou si vous voulez assurer des enfants en vertu du produit SOLO Assurance soins de santé, les enfants à assurer doivent être indiqués à la **section F8**.
- Pour les demandes d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne, si la personne à assurer est aussi le preneur, veuillez remplir la **section A4 - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt**.

☐ Assuré 1 seulement		☐ Assuré 1 et preneur 1		☐ Assuré 2 seulement		☐ Assuré 2 et preneur 2	
Prénom				Prénom			
Nom				Nom			
Nom de famille à la naissance				Nom de famille à la naissance			
Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin		Statut ☐ Privilégié (non fumeur) ☐ Régulier (fumeur)		Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin		Statut ☐ Privilégié (non fumeur) ☐ Régulier (fumeur)	
Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Pays de naissance		Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Pays de naissance	
 Si votre pays de naissance n'est pas le Canada, précisez la date d'arrivée au Canada (aaaa-mm-jj) : _____				 Si votre pays de naissance n'est pas le Canada, précisez la date d'arrivée au Canada (aaaa-mm-jj) : _____			
Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent (immigrant reçu)? ☐ Oui ☐ Non				Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent (immigrant reçu)? ☐ Oui ☐ Non			
Si non , précisez votre statut et répondez à la question ci-dessous : ☐ Réfugié ☐ Résident temporaire avec permis de travail ☐ Étudiant ☐ Demandeur d'asile ☐ Autre : _____				Si non , précisez votre statut et répondez à la question ci-dessous : ☐ Réfugié ☐ Résident temporaire avec permis de travail ☐ Étudiant ☐ Demandeur d'asile ☐ Autre : _____			
Avez-vous fait une demande de résidence permanente? ☐ Oui ☐ Non				Avez-vous fait une demande de résidence permanente? ☐ Oui ☐ Non			
Adresse (N°, rue, app.)				Adresse (N°, rue, app.)			
Ville		Province ou territoire		Ville		Province ou territoire	
Code postal		Courriel		Code postal		Courriel	
Numéro de téléphone à 10 chiffres Rés. : _____ Cell. : _____ Trav. : _____, poste : _____				Numéro de téléphone à 10 chiffres Rés. : _____ Cell. : _____ Trav. : _____, poste : _____			
Employeur (nom et ville)				Employeur (nom et ville)			
Emploi principal		Revenu annuel \$		Emploi principal		Revenu annuel \$	
Emploi secondaire (s'il y a lieu)		Revenu annuel \$		Emploi secondaire (s'il y a lieu)		Revenu annuel \$	
Est-ce que vous parlez et comprenez le français? ☐ Oui ☐ Non				Est-ce que vous parlez et comprenez le français? ☐ Oui ☐ Non			
Si non , indiquez la langue que vous parlez : _____				Si non , indiquez la langue que vous parlez : _____			
Qui vous explique le contenu de cette proposition dans votre langue? (Note : Cette personne ne doit pas être un preneur ni un bénéficiaire identifié dans la proposition.) ☐ Votre représentant ☐ Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :				Qui vous explique le contenu de cette proposition dans votre langue? (Note : Cette personne ne doit pas être un preneur ni un bénéficiaire identifié dans la proposition.) ☐ Votre représentant ☐ Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :			
Prénom		Nom		Prénom		Nom	
		Lien avec vous				Lien avec vous	

A - Informations générales (suite)

Veillez remplir la section suivante si les personnes à assurer et les preneurs sont âgés de 18 ans ou plus et qu'une protection d'assurance vie ou une protection d'assurance maladies graves est demandée.

☐ Assuré 1 seulement	☐ Assuré 1 et preneur 1	☐ Assuré 2 seulement	☐ Assuré 2 et preneur 2
Valeur nette personnelle au Canada	\$ CA	Valeur nette personnelle au Canada	\$ CA
Valeur nette personnelle à l'étranger	\$ CA	Valeur nette personnelle à l'étranger	\$ CA

- i** Valeur nette = actif moins passif
- Actif (ex. : liquidités, biens personnels, épargne, placements, REER, etc.)
 - Passif (ex. : prêts hypothécaires, marges de crédit, prêts personnels, soldes de cartes de crédit, etc.)

A2 - Identification d'un preneur qui n'est pas une personne à assurer

- S'il y a plus d'un preneur sans protection, veuillez fournir les renseignements personnels figurant ci-dessous dans la **section G - Instructions spéciales**.

Preneur – Personne physique

Prénom		Nom	
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin	Courriel	Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)
Adresse (N°, rue, app.) ☐ même que l'Assuré 1			Ville
Province ou territoire	Code postal	Est-ce que vous parlez et comprenez le français? ☐ Oui ☐ Non Si non , indiquez la langue que vous parlez : _____	
Numéro de téléphone à 10 chiffres		Qui vous explique le contenu de cette proposition dans votre langue? (Note : Cette personne ne doit pas être un preneur ni un bénéficiaire identifié dans la proposition.) ☐ Votre représentant ☐ Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :	
Rés. : _____	Cell. : _____	Prénom	Nom
Trav. : _____, poste : _____		Lien avec vous	

Veillez remplir la section suivante si le preneur est âgé de 18 ans ou plus et qu'une protection d'assurance vie ou une protection d'assurance maladies graves est demandée.

Valeur nette personnelle au Canada	\$ CA
Valeur nette personnelle à l'étranger	\$ CA

- i** Valeur nette = actif moins passif
- Actif (ex. : liquidités, biens personnels, épargne, placements, REER, etc.)
 - Passif (ex. : prêts hypothécaires, marges de crédit, prêts personnels, soldes de cartes de crédit, etc.)

Preneur – Personne morale, fiducie ou autre entité (ex. : Priorité santé - affaires, SOLO Assurance proprio)

- i** **Remarque :** Veuillez remplir le formulaire **08295F** pour tous les contrats d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne.

Numéro d'entreprise fédéral
 (toutes les provinces et tous les territoires)

Numéro d'entreprise provincial
 (Québec seulement)

ou
Numéro de fiducie fédéral
 (toutes les provinces et tous les territoires)

Numéro de fiducie provincial
 (Québec seulement)

Important : S'il manque un numéro d'entreprise ou de fiducie, le preneur devra les fournir à Desjardins Assurances dans un délai de **90 jours**.

Nom de l'entreprise

Adresse (N°, rue, app.)	Ville	Province ou territoire	Code postal
Courriel		Numéro de téléphone à 10 chiffres	
		, poste :	

L'entreprise exerce-t-elle des activités liées à l'industrie du cannabis (culture, transformation, vente ou autres activités connexes)? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui** : Toute entreprise qui exerce des activités liées à l'industrie du cannabis doit détenir une **licence de Santé Canada**.

Pour certaines de ces activités, une **licence de l'Agence du revenu du Canada** est aussi exigée.

Important : Vous devez nous fournir une copie de cette ou ces **licences valides** dans les **90 jours** qui suivent la signature de votre proposition.

Sinon, nous ne pourrions pas analyser votre demande.

A - Informations générales (suite)

A3 - Identification du signataire autorisé et documents à fournir

- Pour un preneur « personne morale, fiducie ou autre entité » : veuillez joindre le ou les documents donnant le pouvoir d'agir au signataire autorisé identifié ci-dessous (ex. : une procuration ou une résolution).
- Pour une personne majeure déclarée légalement inapte (preneur ou personne à assurer) : veuillez joindre les documents légaux qui confirment l'incapacité de cette personne et donnent le pouvoir d'agir au signataire autorisé identifié ci-dessous. **Note** : Vous n'avez pas à remplir le champ « Emploi précis » pour ce signataire.

Prénom	Nom	Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)
Adresse (N°, rue, app.)		
Ville	Province ou territoire	Code postal

A4 - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (Preneur – Personne physique)

À remplir pour toute demande d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne.

Si le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité, veuillez remplir le formulaire **08295F** pour la déclaration de résidence aux fins de l'impôt. Pour plus de détails, veuillez consulter la documentation sur [webi](#).

Note : S'il y a plus de 2 preneurs, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous dans la **section G – Instructions spéciales**.

Cochez toutes les options qui s'appliquent à votre situation et fournissez tous les renseignements demandés.
Si votre déclaration n'est pas remplie correctement, nous ne pourrions pas analyser votre demande d'assurance.

Preneur qui remplit la déclaration : ☐ Preneur 1 identifié à la section A1 ☐ Preneur identifié à la section A2	Preneur qui remplit la déclaration : ☐ Preneur 2 identifié à la section A1 ☐ Preneur identifié à la section A2												
☐ Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.	☐ Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.												
☐ Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen des États-Unis. a) Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'identification fiscal (NIF) des États-Unis : _____ b) Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un? ☐ Oui ☐ Non c) Si vous avez un numéro d'assurance sociale du Canada (NAS), ou que vous en avez eu un dans le passé, il est obligatoire de l'inscrire : _____ ☐ Je n'ai pas de NAS du Canada.	☐ Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen des États-Unis. a) Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'identification fiscal (NIF) des États-Unis : _____ b) Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un? ☐ Oui ☐ Non c) Si vous avez un numéro d'assurance sociale du Canada (NAS), ou que vous en avez eu un dans le passé, il est obligatoire de l'inscrire : _____ ☐ Je n'ai pas de NAS du Canada.												
☐ Je suis résident d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt. a) Si vous cochez cette case, indiquez vos pays de résidence aux fins de l'impôt et vos numéros d'identification fiscaux (NIF). <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pays de résidence aux fins de l'impôt</th> <th>NIF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> b) Si vous n'avez pas de NIF, expliquez pourquoi en cochant l'une des cases suivantes : ☐ Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu. ☐ Mon pays de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents. ☐ Autre raison (expliquez) : _____ c) Si vous avez un numéro d'assurance sociale du Canada (NAS), ou que vous en avez eu un dans le passé, il est obligatoire de l'inscrire : _____ ☐ Je n'ai pas de NAS du Canada.	Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF					☐ Je suis résident d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt. a) Si vous cochez cette case, indiquez vos pays de résidence aux fins de l'impôt et vos numéros d'identification fiscaux (NIF). <table border="1"> <thead> <tr> <th>Pays de résidence aux fins de l'impôt</th> <th>NIF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> b) Si vous n'avez pas de NIF, expliquez pourquoi en cochant l'une des cases suivantes : ☐ Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu. ☐ Mon pays de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents. ☐ Autre raison (expliquez) : _____ c) Si vous avez un numéro d'assurance sociale du Canada (NAS), ou que vous en avez eu un dans le passé, il est obligatoire de l'inscrire : _____ ☐ Je n'ai pas de NAS du Canada.	Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF				
Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF												
Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF												

A - Informations générales (suite)

A5 - Vérification de l'identité du preneur (Personne physique)

Pour quel preneur vérifiez-vous l'identité? ☐ Preneur 1 identifié à la section A1 ☐ Preneur identifié à la section A2		Pour quel preneur vérifiez-vous l'identité? ☐ Preneur 2 identifié à la section A1 ☐ Preneur identifié à la section A2	
☐ Carte d'assurance maladie* ☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Carte / certificat de citoyenneté canadienne ☐ Carte d'identité provinciale ☐ Carte de résident permanent ☐ Autre carte-photo émise par un gouvernement * Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.		☐ Carte d'assurance maladie* ☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Carte / certificat de citoyenneté canadienne ☐ Carte d'identité provinciale ☐ Carte de résident permanent ☐ Autre carte-photo émise par un gouvernement * Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.	
Lieu d'émission Province, territoire ou État : _____ Pays : _____		Lieu d'émission Province, territoire ou État : _____ Pays : _____	
Date d'expiration (aaaa-mm-jj) (un document expiré n'est pas valide)	Date de vérification de la pièce d'identité (aaaa-mm-jj)	Date d'expiration (aaaa-mm-jj) (un document expiré n'est pas valide)	Date de vérification de la pièce d'identité (aaaa-mm-jj)

Veillez remplir la section suivante si une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne est demandée.

Numéro de la pièce d'identité sélectionnée ci-dessus	Numéro de la pièce d'identité sélectionnée ci-dessus
Si vous vérifiez l'identité à distance, le preneur doit aussi présenter l'un des documents suivants pour confirmer son nom et son adresse : ☐ Facture de services publics ☐ Relevé des prestations de l'assurance-emploi ☐ Relevé de la Sécurité de la vieillesse ☐ État des prestations du Régime de pensions du Canada ☐ Relevé bancaire ou de carte de crédit (le relevé ne doit pas être émis par une caisse ou une entité du Mouvement Desjardins) ☐ Autre document provenant d'une source fiable qui comprend le nom et l'adresse du preneur : _____	Si vous vérifiez l'identité à distance, le preneur doit aussi présenter l'un des documents suivants pour confirmer son nom et son adresse : ☐ Facture de services publics ☐ Relevé des prestations de l'assurance-emploi ☐ Relevé de la Sécurité de la vieillesse ☐ État des prestations du Régime de pensions du Canada ☐ Relevé bancaire ou de carte de crédit (le relevé ne doit pas être émis par une caisse ou une entité du Mouvement Desjardins) ☐ Autre document provenant d'une source fiable qui comprend le nom et l'adresse du preneur : _____
Nom de l'émetteur	Nom de l'émetteur
Numéro de compte ou de référence	Numéro de compte ou de référence
Date d'émission (aaaa-mm-jj)	Date d'émission (aaaa-mm-jj)

A6 - Vérification de l'identité du signataire autorisé (Personne morale, fiducie ou autre entité / preneur majeur déclaré légalement inapte)

❗ La vérification de l'identité du signataire autorisé doit s'effectuer dans le formulaire 08295F si :

- le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité; et
- une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne est demandée.

☐ Carte d'assurance maladie* ☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Carte / certificat de citoyenneté canadienne ☐ Carte d'identité provinciale ☐ Carte de résident permanent ☐ Autre carte-photo émise par un gouvernement * Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.		
Lieu d'émission Province, territoire ou État : _____ Pays : _____	Date d'expiration (aaaa-mm-jj) (un document expiré n'est pas valide)	Date de vérification de la pièce d'identité (aaaa-mm-jj)

A7 - Preneur subrogé

- Au décès d'un des preneurs, les droits et intérêts de ce preneur relativement au présent contrat seront transférés :

☐ au preneur survivant (s'applique seulement aux contrats comportant plus d'un preneur)		☐ au preneur subrogé nommé ci-dessous	
Prénom		Nom	
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin	Numéro de téléphone à 10 chiffres	
Adresse (N°, rue, app.) ☐ même que l'Assuré 1		Ville	Province ou territoire
		Code postal	

A - Informations générales (suite)

A8 - Situation financière de l'entreprise

Vous devez remplir cette section et fournir les états financiers si l'assurance choisie est considérée comme une assurance d'entreprise (exemple : partenariat, employé clé ou prêt à une entreprise) et que l'une des situations suivantes s'applique :

- le total du montant d'assurance vie en vigueur, y compris le montant actuel demandé, **est supérieur à 500 000 \$**;
- le total du montant d'assurance maladies graves en vigueur, y compris le montant actuel demandé, **est supérieur à 250 000 \$**; ou
- vous demandez l'Option de dépôt supplémentaire pour une protection d'assurance vie avec participation, peu importe le montant d'assurance vie de base.

Nature de l'entreprise	Pourcentage détenu par l'Assuré 1 %	Pourcentage détenu par l'Assuré 2 %		
Informations sur l'entreprise du preneur	Dernière année	Avant-dernière année		
Actif	\$	\$		
Passif	\$	\$		
Revenu net	\$	\$		
Chiffre d'affaires	\$	\$		
Valeur marchande	\$	\$		
But de l'assurance :	Date de fin de l'exercice financier (aaaa-mm-jj) :			
Assurance sur la tête d'autres associés ou dirigeants (inclure l'assurance en vigueur ou en suspens)				
Nom des associés ou dirigeants	% des actions	En vigueur	En suspens	Compagnie d'assurance
		\$	\$	
		\$	\$	

B - Bénéficiaires

B1 - Décès

 Pour un contrat comportant la protection Priorité santé - affaires, veuillez remplir la **section B4 - Priorité santé - affaires** seulement.

Directive : Veuillez indiquer à qui doivent être versés tous les montants payables en cas de décès de la personne assurée en vertu de ce contrat.

Ex. : montant d'assurance vie, remboursement des primes, prestation de décès prévue dans une protection autre qu'une assurance vie.

- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.
- Veuillez utiliser la **section G - Instructions spéciales** si vous avez besoin de plus d'espace.

Bénéficiaire(s) de l'Assuré 1	%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom			☐ Marié ☐ Conjoint de fait ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Nom					
Prénom			☐ Marié ☐ Conjoint de fait ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Nom					
Bénéficiaire(s) de l'Assuré 2					
Prénom			☐ Marié ☐ Conjoint de fait ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Nom					
Prénom			☐ Marié ☐ Conjoint de fait ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Nom					

B - Bénéficiaires (suite)

B2 - Désignation de bénéficiaires subrogés

- Si un bénéficiaire indiqué dans la **section B1 - Décès** décède avant la personne assurée, le bénéficiaire subrogé indiqué ci-dessous remplace ce bénéficiaire.

Bénéficiaire de l'Assuré 1	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom		☐ Marié ☐ Conjoint de fait ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Nom				

Bénéficiaire de l'Assuré 2	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom		☐ Marié ☐ Conjoint de fait ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Nom				

B3 - Maladies graves

 Pour un contrat comportant la protection Priorité santé - affaires, veuillez remplir la **section B4 - Priorité santé - affaires** seulement.

Directive : Veuillez indiquer à qui doivent être versés tous les montants payables si la personne assurée souffre d'une maladie grave couverte en vertu d'une protection de ce contrat.

Ex. : montant d'assurance ou avance payable par une protection d'assurance maladies graves

- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.
- Veuillez utiliser la **section G - Instructions spéciales** si vous avez besoin de plus d'espace.

Bénéficiaire(s) de l'Assuré 1	%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom			☐ Marié ☐ Conjoint de fait ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Nom					
Prénom			☐ Marié ☐ Conjoint de fait ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Nom					

Bénéficiaire(s) de l'Assuré 2	%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom			☐ Marié ☐ Conjoint de fait ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Nom					
Prénom			☐ Marié ☐ Conjoint de fait ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Nom					

B - Bénéficiaires (suite)

B4 - Priorité santé - affaires

Directive : Si le bénéficiaire de la **prestation de maladie grave** et de la **prestation de décès** est une personne morale, vous n'avez pas à indiquer le lien qui existe entre ce bénéficiaire et le preneur / l'assuré. **Toutefois**, si le bénéficiaire est une personne physique, veuillez indiquer, sous le nom du bénéficiaire, le lien qui existe entre ce bénéficiaire et le copreneur (personne physique), si le contrat est établi au Québec, ou l'assuré, si le contrat est établi dans une province ou un territoire autre que le Québec.

- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.
- Veuillez utiliser la **section G - Instructions spéciales** si vous avez besoin de plus d'espace.

Prestation de maladie grave			Prestation de décès		
Bénéficiaire(s)	%	Statut	Bénéficiaire(s)	%	Statut
Nom		☐ Révocable ☐ Irrévocable	Nom		☐ Révocable ☐ Irrévocable
Nom		☐ Révocable ☐ Irrévocable	Nom		☐ Révocable ☐ Irrévocable

Prestation de santé					
Bénéficiaire(s)	%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec :	Sexe	Statut
Prénom			☐ le preneur, pour un contrat établi au Québec ☐ l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec		
Nom			☐ Marié ☐ Lui-même ou elle-même ☐ Conjoint de fait ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Prénom			☐ Marié ☐ Lui-même ou elle-même ☐ Conjoint de fait ☐ Uni civilement (Québec seulement) ☐ Autre :	☐ F ☐ M	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Nom					

B5 - Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces ou territoires autres que le Québec)

- Cette section peut être remplie pour les contrats qui sont établis à l'extérieur du Québec seulement.
- Si vous avez désigné un bénéficiaire mineur aux **sections B1 - Décès** et **B3 - Maladies graves**, vous pouvez désigner un fiduciaire pour ce bénéficiaire. Le fiduciaire doit être majeur.

Bénéficiaire(s) de l'Assuré 1	Fiduciaire	Date de naissance du fiduciaire (aaaa-mm-jj)	Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire	Sexe
Prénom	Prénom			☐ F ☐ M
Nom	Nom			
Prénom	Prénom			☐ F ☐ M
Nom	Nom			
Bénéficiaire(s) de l'Assuré 2				
Prénom	Prénom			☐ F ☐ M
Nom	Nom			
Prénom	Prénom			☐ F ☐ M
Nom	Nom			

C - Type et montant de l'assurance demandée

- L'illustration (tableau du siège social et exigences de sélection) doit être soumise avec la proposition.
- Pour les protections d'assurance vie universelle et d'assurance vie avec participation, le document « Déclarations et signatures de l'illustration » doit aussi être signé par le preneur et soumis avec la proposition.
- Pour les protections d'assurance invalidité SOLO, indiquez les périodes d'attente et d'indemnisation.

Assuré 1		Assuré 2	
Nom de la protection	Montant d'assurance	Nom de la protection	Montant d'assurance
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Protections complémentaires :		Protections complémentaires :	

☐ Individuelle
 ☐ Conjointe premier décès
 ☐ Conjointe dernier décès
 ☐ Conjointe dernier décès, libérée premier décès

Groupe affinité

La totalité (100 %) du fonds accumulé (assurance vie universelle) sera versée au moment du paiement de la prestation de décès prévue par la protection choisie (option par défaut).

Autres choix : ☐ 100 % au premier décès ☐ variable à chaque décès, précisez : _____

Pour la protection « Vie entière avec participation » (choix de l'option de participation / ajout de l'Option de dépôt supplémentaire)

- ☐ Supplément d'assurance - garanti à vie
 ☐ Bonifications d'assurance libérée
 ☐ Réduction de la prime annuelle
☐ Supplément d'assurance - garanti 10 ans
 ☐ Participations en dépôt
 ☐ Remise en argent
☐ Option de dépôt supplémentaire (ODS)
 Indiquez le montant du dépôt annuel permis sur une **base annuelle seulement** : _____ \$

D - Modification majeure

- Pour les modifications figurant ci-dessous, veuillez remplir la **partie 2, section F - Déclaration d'assurabilité** et toute section applicable des **parties 1 et 3**.
- Pour toute demande de modification n'exigeant pas de preuves d'assurabilité, veuillez utiliser le formulaire **09219F**.
- Toute demande de modification majeure sera apportée de manière à conserver les droits acquis du contrat. Dans certaines situations, un nouveau contrat devra être établi.

Modifications possibles

Cochez la case appropriée pour toutes les protections, sauf pour les protections d'assurance invalidité SOLO.

- ☐ Ajout d'assuré(s) ou de protection(s)
 ☐ Demande de taux privilégié
 ☐ Révision d'une surprime ou d'une exclusion
☐ Remplacement à l'intérieur d'un même contrat
 ☐ Remplacement partiel
☐ Ajout ou modification de l'Option de dépôt supplémentaire (ODS) – Pour savoir quel formulaire remplir (07002F ou 24311F), consultez la page **Administration de l'en-vigueur** sur [web](#) .
☐ Autre : _____

D - Modification majeure (suite)

Cochez la case appropriée uniquement pour les modifications aux protections d'assurance invalidité SOLO.

- | | |
|---|---|
| ☐ Ajout d'un avenant | ☐ Modification de la structure de prime de T65 à T10 |
| ☐ Augmentation de la période d'indemnisation | ☐ Réduction de la période d'attente |
| ☐ Augmentation de la rente mensuelle | ☐ Relèvement de classe professionnelle ¹ |
| ☐ Changement de classe professionnelle | ☐ Révision d'une surprime ou d'une exclusion |
| ☐ Demande de taux privilégié | ☐ Autre : _____ |

¹ Pour une demande de relèvement de classe professionnelle seulement : Ne remplissez pas cette proposition si le contrat est en vigueur depuis 5 ans ou moins. Utilisez plutôt la Demande de modification n'exigeant pas de preuves d'assurabilité **(09219F)**.

Description des modifications demandées pour l'Assuré 1	Montant d'assurance / Dépôt annuel permis (ODS) ²	
	De	À

² Veuillez vous assurer d'indiquer le dépôt sur une base **annuelle**.

Description des modifications demandées pour l'Assuré 2	Montant d'assurance / Dépôt annuel permis (ODS) ²	
	De	À

² Veuillez vous assurer d'indiquer le dépôt sur une base **annuelle**.



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

E - Admissibilité

E1 - Admissibilité aux protections d'assurance invalidité SOLO

① Une personne à assurer peut demander la protection SOLO Assurance salaire et/ou la protection SOLO Assurance proprio dans cette section. Si plus d'une personne à assurer demande la protection SOLO Assurance salaire et/ou la protection SOLO Assurance proprio, une proposition distincte doit alors être remplie pour chaque personne.

- Pour SOLO Assurance salaire, veuillez répondre aux **questions 1 à 20**.
- Pour SOLO Assurance proprio, veuillez répondre aux **questions 1 à 14**. Si vous demandez un relèvement de la classe professionnelle, veuillez aussi répondre à la **question 15**.
- Pour SOLO Assurance soins de santé, veuillez remplir la **section E2** seulement.

Personne qui sera preneur pour la protection SOLO Assurance proprio : ☐ **Preneur 1** identifié à la **section A1** ☐ **Preneur 2** identifié à la **section A1**
☐ **Preneur identifié à la section A2** (Personne physique) ☐ **Preneur identifié à la section A2** (Personne morale, fiducie ou autre entité)

Situation particulière

1- a) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, indiquez la date à laquelle vous devez accoucher (aaaa-mm-jj) : _____

b) Êtes-vous en retrait préventif? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, vous n'êtes admissible qu'à SOLO Assurance proprio.

Veuillez alors remplir la **section E1** en fonction de votre situation d'emploi préalable à votre retrait préventif.

2- Êtes-vous en congé parental? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, vous n'êtes admissible qu'à SOLO Assurance proprio.

Veuillez alors remplir la section E1 en fonction de votre situation d'emploi préalable à votre congé parental.

3- Êtes-vous admissible à des prestations d'assurance-emploi? ☐ Oui ☐ Non

Profil d'emploi

4- Profession ou métier

5- Diplôme obtenu (niveau d'études)

☐ Études secondaires ☐ Études professionnelles ☐ Études collégiales ☐ Études universitaires
☐ Aucun ☐ Autre, précisez : _____

6- Depuis quand exercez-vous cette profession ou ce métier (aaaa-mm-jj)?

Si moins de 3 ans, indiquez votre emploi précédent :

7- **Fonctions et tâches** - Veuillez indiquer le % associé aux fonctions que vous occupez et **préciser les tâches** que vous effectuez pour chaque type de fonction dans la colonne « Tâches ».

Fonctions	Pourcentage	Tâches
a) Manuelles ou physiques		
b) Gestion ou travail de bureau		
c) Supervision		
d) Autres, précisez :		
TOTAL:	100 %	

8- Nombre d'heures travaillées par semaine : _____

9- Nombre de semaines travaillées par année : _____ semaines/année

10- Travaillez-vous à domicile? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, répondez aux questions suivantes :

a) Indiquez le pourcentage du travail que vous effectuez à domicile au cours d'une année : _____ %

b) Si vous avez une clientèle, se rend-elle chaque semaine à votre domicile pour recevoir vos services? ☐ Oui ☐ Non

c) Avez-vous touché un revenu annuel d'au moins 50 000\$, après déduction de vos dépenses d'emploi, pour chacune des 2 dernières années? ☐ Oui ☐ Non

11- Occupez-vous un autre emploi à temps partiel ou à temps plein?

☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez indiquer :

a) vos fonctions exactes : _____

b) votre nombre d'heures travaillées par semaine : _____

E - Admissibilité (suite)

E1 - Admissibilité aux protections d'assurance invalidité SOLO (suite)

Profil de l'entreprise ou de l'employeur

12- Nom de l'entreprise

13- Adresse (No, rue, app.)

Ville

Province ou territoire

Code postal

14- a) Depuis quand travaillez-vous pour cet employeur ou à votre propre compte (aaaa-mm-jj)? _____

b) Veuillez indiquer votre situation d'emploi actuelle :

☐ Employé

☐ Travailleur autonome

☐ Propriétaire d'entreprise

c) Veuillez remplir le tableau suivant si vous êtes un propriétaire d'entreprise :

Nombre d'employés à temps plein (à l'exclusion des propriétaires):

Pourcentage des actions que vous détenez dans l'entreprise :

%

Profil du revenu gagné annuel net assurable (revenu gagné après les dépenses, mais avant les impôts)

15- Revenu gagné selon votre situation d'emploi actuelle

a) ☐ Employé

Le revenu gagné correspond au montant déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : ligne 10100 plus ligne 10400, moins ligne 22900.

Salaire de
l'année en cours

Salaire de
l'année précédente

Salaire de
l'avant-dernière année

\$

\$

\$

b) ☐ Travailleur autonome

c) ☐ Associé

Le revenu gagné correspond au revenu net déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : lignes 13500 à 14300 - le revenu à ce jour est le revenu de l'année financière en cours.

Revenu à ce jour
(année en cours)

Revenu total
(dernière année)

Revenu total
(avant-dernière année)

\$

\$

\$

d) ☐ Propriétaire d'une société
par actions/compagnie (inc.)

Le revenu gagné correspond au montant déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : ligne 10100 plus 10400, plus votre part des profits ou des pertes. Ce revenu exclut les revenus de retraite, les intérêts, **les dividendes** de toute source et tout autre revenu de placement, les revenus de location, les gains en capital, les droits d'auteur, les redevances et les pensions alimentaires touchées ainsi que toute rémunération différée et tout autre revenu qui ne sont pas reçus directement en retour d'un service fourni.

Dernière année

Avant-dernière année

Salaire

\$

\$

Profit ou (perte)
de l'entreprise

\$

\$

Total

\$

\$

Date de fin de l'exercice financier (aaaa-mm-jj):

e) ☐ Producteur agricole reconnu

Le revenu gagné inclut les dépenses d'amortissement.

Revenu de
l'année en cours

Revenu de l'année
précédente

Revenu de
l'avant-dernière année

\$

\$

\$

E - Admissibilité (suite)

E1 - Admissibilité aux protections d'assurance invalidité SOLO (suite)

- 16- Si vous travaillez à votre compte, votre revenu est-il fractionné aux fins de l'impôt? ☐ Oui ☐ Non
Si **oui**, quel est le montant du fractionnement? _____ \$
- 17- Vos revenus non professionnels de la dernière année civile dépassent-ils 30 000 \$? ☐ Oui ☐ Non
(Les revenus non professionnels sont des revenus provenant d'autres sources que votre emploi et que vous continuerez de recevoir même si vous êtes invalide, p. ex. : profit net tiré de revenus locatifs, gains en capital, dividendes non professionnels, intérêts.)
Si **oui**, veuillez indiquer le total de vos revenus non professionnels : _____ \$
- 18- Votre valeur nette (actif moins passif) est-elle supérieure à 4 000 000 \$? ☐ Oui ☐ Non
Si **oui**, veuillez répondre à la **question 20** - Valeur nette.
- 19- Demandez-vous la Prestation sans preuves de revenu? ☐ Oui ☐ Non
Si **oui**, des preuves financières sont requises pour déterminer l'admissibilité. Veuillez vous reporter au Guide du conseiller.

20- Valeur nette

Économies, liquidités, actions, obligations	\$
Avoir dans votre entreprise (à l'exclusion du fonds commercial)	\$
Biens immobiliers	\$
Autres (précisez)	\$
Total	\$

E2 - Admissibilité à SOLO Assurance soins de santé

Est-ce que la personne à assurer est :	Assuré 1	Assuré 2
a) couverte par le régime d'assurance maladie provincial?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
b) couverte par le régime d'assurance médicaments provincial? Si non , veuillez préciser la raison :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
c) une femme enceinte? Si oui , veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement (aaaa-mm-jj) : _____	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

F - Déclaration d'assurabilité

F1 - Identification des personnes à assurer

- Si cette proposition a trait à plus de 2 personnes à assurer, utilisez une proposition additionnelle à leur égard.

Assuré 1		Assuré 2	
Prénom		Prénom	
Nom à la naissance		Nom à la naissance	
Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin	Date de naissance (aaaa-mm-jj)

F2 - Assurance en vigueur

 Le traitement de cette proposition peut être retardé si cette section n'est pas remplie.

Protections d'assurance vie et maladies graves individuelles			Assuré 1	Assuré 2
Déterminez-vous présentement une protection d'assurance vie ou maladies graves individuelle? Ne tenez pas compte des protections demandées dans cette proposition, des protections d'assurance collective et de l'assurance crédit obtenue dans une banque ou une caisse. Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque protection d'assurance individuelle détenue auprès de Desjardins Assurances ou d'une autre compagnie.			☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Assuré 1	Montant\$	Nom de la compagnie	But de l'assurance	
			Personnelle	Affaires
VIE			☐	☐
			☐	☐
MG			☐	☐
			☐	☐
Assuré 2	Montant\$	Nom de la compagnie	But de l'assurance	
			Personnelle	Affaires
VIE			☐	☐
			☐	☐
MG			☐	☐
			☐	☐

Protections d'assurance invalidité SOLO (SOLO Assurance salaire et SOLO Assurance proprio) ☐ Assuré 1 ou ☐ Assuré 2

Déterminez-vous présentement une protection d'assurance invalidité? ☐ Oui ☐ Non

- Veuillez inclure les protections d'assurance individuelle, les protections d'assurance collective (y compris celles de MÉDIC Construction) et l'assurance crédit. Ne tenez pas compte des protections demandées dans cette proposition.

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque protection d'assurance invalidité détenue auprès de Desjardins Assurances ou d'une autre compagnie.

Si vous avez une protection de la MÉDIC Construction, veuillez indiquer la lettre du régime : _____

Protections d'assurance invalidité en vigueur	Émission du contrat (aaaa-mm-jj)	Rente mensuelle	Période d'attente	Période d'indemnisation	Imposable
Nom de la compagnie Type de protection ☐ Assurance salaire individuelle ☐ Assurance collective ☐ Assurance crédit (ex. : SOLO Assurance proprio) ☐ Assurance frais généraux ☐ Assurance crédit (banque/caisse)					☐ Oui ☐ Non
Nom de la compagnie Type de protection ☐ Assurance salaire individuelle ☐ Assurance collective ☐ Assurance crédit (ex. : SOLO Assurance proprio) ☐ Assurance frais généraux ☐ Assurance crédit (banque/caisse)					☐ Oui ☐ Non
Nom de la compagnie Type de protection ☐ Assurance salaire individuelle ☐ Assurance collective ☐ Assurance crédit (ex. : SOLO Assurance proprio) ☐ Assurance frais généraux ☐ Assurance crédit (banque/caisse)					☐ Oui ☐ Non

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
F3 - Identification du médecin traitant

- Indiquez les coordonnées du médecin qui détient votre dossier médical.

Assuré 1			Assuré 2 ☐ Même que pour l'Assuré 1		
Prénom et nom du médecin			Prénom et nom du médecin		
Adresse (N°, rue, app.)			Adresse (N°, rue, app.)		
Ville	Province ou territoire	Code postal	Ville	Province ou territoire	Code postal
Numéro de téléphone à 10 chiffres	Date de votre dernière consultation (aaaa-mm-jj)		Numéro de téléphone à 10 chiffres	Date de votre dernière consultation (aaaa-mm-jj)	
Raison et résultats de votre dernière consultation			Raison et résultats de votre dernière consultation		

F4 - Examens demandés par le représentant
Directives pour le représentant

- Si vous n'avez pas demandé d'examens, n'indiquez rien dans cette section. À l'extérieur du Québec, veuillez fournir les exigences et remplir cette section.
- Lorsque vous demandez des examens relativement à un dossier Prestige, avisez la firme paramédicale et l'enquêteur qu'il s'agit d'un tel dossier.

Firme paramédicale								
☐ Solutions d'assurance Dynacare ☐ ExamOne ☐ Autre :								
Firme d'enquête								
☐ Solutions d'assurance Dynacare (Keyfacts) ☐ Autre :								
	Examen paramédical	Profil sanguin	ECG au repos	ECG à l'effort	Analyse d'urine	BVA	Rapport d'enquête	Autre
Assuré 1	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Assuré 2	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Numéro d'autorisation pour l'Assuré 1 (obligatoire) : _____

Numéro d'autorisation pour l'Assuré 2 (obligatoire) : _____

F5 - Questions obligatoires pour toutes les personnes à assurer

				Assuré 1		Assuré 2	
1- Remplissez-vous cette proposition dans le but de remplacer une protection d'assurance vie, invalidité ou maladies graves établie par Desjardins Assurances ou une autre compagnie? Si oui, veuillez remplir un avis ou un préavis de remplacement. La ou les protections du ou des contrats suivants seront résiliées si cette proposition d'assurance est acceptée.				☐ Oui ☐ Non		☐ Oui ☐ Non	
Type de protection	Assuré 1			Assuré 2			
	Montant d'assurance remplacé	Nom de la compagnie	Numéro de contrat (s'il s'agit d'un contrat de Desjardins Assurances)	Montant d'assurance remplacé	Nom de la compagnie	Numéro de contrat (s'il s'agit d'un contrat de Desjardins Assurances)	
Vie							
Invalidité							
Maladies graves							

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

2- Avez-vous soumis une ou des propositions d'assurance vie, invalidité ou maladies graves qui sont actuellement à l'étude auprès de Desjardins Assurances ou d'une autre compagnie d'assurance?

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Type de protection	Assuré 1			Assuré 2		
	Montant à l'étude (inclure le montant demandé dans cette proposition)	Nom de la compagnie	Montant d'assurance total voulu après étude (toutes compagnies d'assurance confondues)	Montant à l'étude (inclure le montant demandé dans cette proposition)	Nom de la compagnie	Montant d'assurance total voulu après étude (toutes compagnies d'assurance confondues)
Vie						
Invalidité						
Maladies graves						

3- Au cours des **10 dernières années**, est-ce que Desjardins Assurances ou une autre compagnie vous a refusé une proposition d'assurance vie, invalidité, maladies graves ou soins de santé?

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

	Protection demandée				Année	Raison du refus
Assuré 1	☐ Vie	☐ Invalidité	☐ Maladies graves	☐ Soins de santé		
Assuré 2	☐ Vie	☐ Invalidité	☐ Maladies graves	☐ Soins de santé		

Cette question s'adresse aux personnes à assurer âgées de 17 ans ou plus.

4- Quand avez-vous fumé ou utilisé des produits contenant du tabac ou de la nicotine pour la dernière fois?

- Ces produits comprennent** : cigarette, cigarette électronique / vapoteuse, cigarillo, gros cigare (sans filtre), gomme ou timbres de nicotine, médication pour cesser de fumer, tabac mélangé avec marijuana / cannabis, ou tout autre produit contenant du tabac ou de la nicotine (ex. : pipe, pipe à eau / chicha, tabac à chiquer, noix de bétel)

Assuré 1	☐ Dans les 12 derniers mois	☐ Il y a plus d'un an	☐ Il y a plus de 2 ans	☐ Il y a plus de 10 ans	☐ Jamais
Assuré 2	☐ Dans les 12 derniers mois	☐ Il y a plus d'un an	☐ Il y a plus de 2 ans	☐ Il y a plus de 10 ans	☐ Jamais

Si vous avez coché « **Dans les 12 derniers mois** », vous devez remplir le tableau ci-dessous.

	Produits fumés ou utilisés	Remplir seulement pour : cigarette, cigarillo et gros cigare sans filtre		
		Nombre à l'unité	Fréquence de consommation	
Assuré 1			☐ Quotidienne	☐ Mensuelle ☐ Annuelle
Assuré 2			☐ Quotidienne	☐ Mensuelle ☐ Annuelle

Cette question s'adresse aux personnes à assurer âgées de 18 ans ou plus.

5- Au cours des **5 dernières années**, avez-vous fait faillite?

☐ Oui ☐ Non

☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

	Date de la faillite (aaaa-mm-jj)	Personnelle	Affaires	Date de la libération (aaaa-mm-jj)
Assuré 1		☐	☐	
Assuré 2		☐	☐	

Vous n'avez pas à remplir la **section F6** si une télé-entrevue ou un examen paramédical est requis pour la personne à assurer.

F6 – Questions sur votre santé et vos habitudes de vie
1. Taille et poids

Assuré 1				Assuré 2			
Taille		Poids		Taille		Poids	
cm	pi	kg	lb	cm	pi	kg	lb
Cause de toute perte de poids de plus de 4,5 kg (10 lb) depuis un an				Cause de toute perte de poids de plus de 4,5 kg (10 lb) depuis un an			

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

2. Antécédents familiaux

	Assuré 1	Assuré 2
Est-ce qu'un membre de votre famille biologique immédiate (père, mère, frère ou sœur) a déjà reçu un des diagnostics suivants? - cancer ou tumeur - cardiomyopathie - sclérose en plaques - maladie de Parkinson - maladie du cœur - diabète - maladie de Huntington - maladie d'Alzheimer ou démence - accident vasculaire cérébral (AVC) ou accident ischémique transitoire (AIT) - maladie polykystique des reins - maladie du motoneurone (sclérose latérale amyotrophique (SLA), maladie de Lou Gehrig ou autre) - dystrophie musculaire (Becker, Duchenne, Steinert, maladie de Thomsen ou autre) - autre maladie ou problème de santé héréditaire qui a affecté au moins 2 membres de votre famille (sauf la haute pression ou le cholestérol) Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Assuré 1	Diagnostic (s'il s'agit d'un cancer ou d'une tumeur, indiquez le type)	Âge au moment du diagnostic	Assuré 2	Diagnostic (s'il s'agit d'un cancer ou d'une tumeur, indiquez le type)	Âge au moment du diagnostic
Père			Père		
Mère			Mère		
Frère			Frère		
Soeur			Soeur		

Les questions suivantes portent sur votre santé et vos habitudes de vie. Vous n'avez pas besoin de déclarer les renseignements suivants :

- Allergies
- Chirurgie esthétique effectuée sans complications
- Contraception
- Hémorroïdes
- Hypothyroïdisme (thyroïde trop lente) chez l'adulte (traité correctement et qui ne présente pas de symptômes)
- Problème de la vue corrigé par des lunettes ou des verres de contact
- Ménopause
- Retrait de l'appendice effectué sans complications
- Retrait des amygdales effectué sans complications
- Retrait des végétations effectué sans complications
- Vaccination

Nous vous demandons aussi de ne pas nous fournir des renseignements sur tout test génétique (ADN, ARN ou chromosomes) que vous avez subi ou que vous prévoyez subir.

3. Antécédents médicaux

	Assuré 1	Assuré 2
3.1- Au cours des 10 dernières années, avez-vous consulté un professionnel de la santé, reçu un traitement, pris un médicament ou subi un test pour l'une ou l'autre des raisons suivantes? Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous et fournir les détails pertinents à la section F9 – Explications.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

	Assuré			Assuré	
	1	2		1	2
a) Tumeur ou cancer Ex. : lymphome, leucémie, mélanome, tout autre type de cancer	☐	☐	b) Cœur ou vaisseaux sanguins Ex. : haute pression, cholestérol, douleur à la poitrine, souffle au cœur, palpitations, crise cardiaque, maladie de Raynaud, angine	☐	☐
c) Santé mentale, neurodiversité ou trouble de développement Ex. : anxiété, stress, trouble de l'adaptation, dépression, trouble de la personnalité, trouble alimentaire, trouble du spectre de l'autisme, trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), trisomie 21, retard de développement	☐	☐	d) Diabète ou hormones (système endocrinien) Ex. : problème de thyroïde, diabète de tout type, y compris le prédiabète et l'intolérance au glucose	☐	☐
e) Muscles ou os Ex. : douleur, fracture, entorse, rupture du ligament, tendinite, luxation, fibromyalgie, hernie de la colonne vertébrale, déviation de la colonne vertébrale, tunnel carpien, arthrite, sciatique	☐	☐	f) Appareil génital ou urinaire Ex. : infection urinaire, problème aux reins, infection transmise sexuellement ou par le sang, affirmation de genre, infertilité, complication de grossesse, fausse couche, test Pap anormal, problème aux ovaires, endométriose, fibrome, trouble de la prostate	☐	☐

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

	Assuré			Assuré	
	1	2		1	2
g) Seins Ex. : douleur, kyste ou nodule bénin, masse ou bosse bénigne, fibroadénome, mastite	☐	☐	h) Poumons ou respiration Ex. : asthme, apnée du sommeil, pneumonie, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), emphysème, bronchite chronique, fibrose kystique, pneumothorax, sarcoïdose	☐	☐
i) Foie, vésicule biliaire ou pancréas Ex. : maladie du foie gras, hépatite, cirrhose, pancréatite, pierre à la vésicule biliaire	☐	☐	j) Appareil digestif Ex. : douleur, reflux, syndrome du côlon irritable, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, diverticulite, hernie, polypes, maladie coéliquae, ulcère	☐	☐
k) Système nerveux ou cérébral Ex. : maux de tête, accident vasculaire cérébral (AVC), paralysie cérébrale, syndrome de Rett, dystrophie musculaire, commotion cérébrale, épilepsie, étourdissement, sclérose en plaques, syndrome de fatigue chronique, maladie d'Alzheimer	☐	☐	l) Yeux, oreilles, nez, bouche ou gorge Ex. : surdité, acouphène, glaucome, cataracte, strabisme, décollement de la rétine, polypes des cordes vocales	☐	☐
m) Sang Ex. : anémie, caillot de sang à la jambe (phlébite), facteur V Leiden, surcharge en fer, carence en vitamine B12, maladie de von Willebrand, nombre peu élevé de plaquettes, varices, hémophilie	☐	☐	n) Peau Ex. : kyste sébacé, eczéma, grain de beauté nécessitant un suivi, psoriasis, tumeur de graisse bénigne, éruption cutanée	☐	☐

	Assuré 1	Assuré 2
3.2- Au cours des 10 dernières années : a) Avez-vous été hospitalisé? Si oui , veuillez fournir les détails pertinents à la section F9 – Explications . b) Avez-vous subi un test? Ex. : ��lectrocardiogramme (ECG), échographie, imagerie par résonance magnétique (IRM), mammographie, colonoscopie ou biopsie Si oui , veuillez fournir les détails pertinents à la section F9 – Explications . c) Avez-vous ressenti des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé? Si oui , veuillez fournir les détails pertinents à la section F9 – Explications .	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non
3.3- Attendez-vous des résultats ou un suivi pour : • un test, une biopsie ou un examen médical? • une consultation d'un professionnel de la santé? • un traitement? • une opération? Si oui , veuillez fournir les détails pertinents à la section F9 – Explications .	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non
3.4- Au cours des 10 dernières années, avez-vous été invalide pendant plus de 4 semaines consécutives? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

	Date du début de l'invalidité (aaaa-mm-jj)	Raison de l'invalidité	Durée de l'invalidité
Assuré 1			
Assuré 2			

4. Consommation d'alcool ou de drogues

	Assuré 1	Assuré 2
4.1- Alcool Consommez-vous habituellement plus de 15 boissons alcoolisées par semaine? Si oui , veuillez indiquer la quantité consommée ci-dessous.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Quantité consommée par semaine		
Assuré 1		
Assuré 2		

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
4.2- Cannabis et autres drogues

a) Avez-vous consommé du cannabis ou des produits de cannabis **plus d'une fois par semaine** au cours des **12 derniers mois**?

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

b) Avez-vous consommé des drogues, des opioïdes ou des médicaments non prescrits au cours des **10 dernières années**?

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Assuré 1	Assuré 2
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

	Cannabis/produits de cannabis Veuillez cocher l'option qui s'applique à votre situation	Quantité	Fréquence	Période d'utilisation (aaaa-mm-jj)	
Assuré 1	☐ Usage récréatif ☐ Usage médical ☐ Usage récréatif et médical			De :	À :
Assuré 2	☐ Usage récréatif ☐ Usage médical ☐ Usage récréatif et médical			De :	À :
	Autres drogues (ex. : cocaïne, hallucinogènes, opiacés, sédatifs, substances inhalées, stéroïdes, stimulants)	Quantité	Fréquence	Période d'utilisation (aaaa-mm-jj)	
Assuré 1				De :	À :
				De :	À :
Assuré 2				De :	À :
				De :	À :

4.3- Traitement pour usage d'alcool ou de drogues

a) Avez-vous déjà reçu un traitement pour votre consommation d'alcool ou de drogues?
(Ex. : cure de désintoxication ouverte ou fermée, médicaments, programme de réadaptation interne ou hospitalier)

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

	Substance consommée	Nombre de traitements suivis	Date du dernier traitement (aaaa-mm)	Date où vous avez consommé cette substance pour la dernière fois (aaaa-mm)
Assuré 1	☐ Alcool ☐ Cannabis/produits de cannabis ☐ Autres drogues			
Assuré 2	☐ Alcool ☐ Cannabis/produits de cannabis ☐ Autres drogues			

b) Avez-vous déjà pris part à un groupe de soutien?
(Ex. : Alcooliques anonymes)

Si **oui**, indiquez la période :

Assuré 1 : De : _____ À : _____ Assuré 2 : De : _____ À : _____
(aaaa-mm) (aaaa-mm) (aaaa-mm) (aaaa-mm)

☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

c) Vous a-t-on déjà recommandé de **diminuer ou cesser** votre consommation d'alcool ou de drogues?

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

	Substance consommée	Raison motivant ☐ la diminution ☐ l'arrêt	Consommation antérieure	Date de diminution ou d'arrêt (aaaa-mm)
Assuré 1	☐ Alcool ☐ Cannabis/produits de cannabis ☐ Autres drogues			
Assuré 2	☐ Alcool ☐ Cannabis/produits de cannabis ☐ Autres drogues			

d) Vous a-t-on déjà recommandé de **recevoir des traitements** pour votre consommation d'alcool ou de drogues?

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

☐ Oui ☐ Non ☐ Oui ☐ Non

	Substance consommée	Type de traitement recommandé
Assuré 1		
Assuré 2		

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
5. Infractions

	Assuré 1	Assuré 2
5.1- Au cours des 5 dernières années , avez-vous commis :		
a) plus de 2 infractions routières (à l'exception des contraventions de stationnement)?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
b) une infraction ayant entraîné la suspension ou la révocation de votre permis de conduire (ex. : conduite avec facultés affaiblies)?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.		

	Date de l'infraction (aaaa-mm)	Genre de délit	Vitesse (km) au-dessus de la limite (pour les excès de vitesse)	Date de la récupération du permis de conduire (aaaa-mm)
Assuré 1				
Assuré 2				

5.2- Au cours des 5 dernières années , avez-vous été accusé ou reconnu coupable d'une infraction au Code criminel (y compris la conduite avec facultés affaiblies)?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.		

	Date de l'infraction (aaaa-mm)	Genre de délit	Peine imposée (ex. : amende, probation, prison)	Peine de prison	Date de fin de la probation (aaaa-mm)
				Durée	Date de la libération (aaaa-mm)
Assuré 1					
Assuré 2					

6. Voyages et activités dangereuses

	Assuré 1	Assuré 2
6.1- Voyages		
Au cours des 12 prochains mois , avez-vous l'intention de voyager, d'habiter ou de travailler ailleurs qu'au Canada ou aux États-Unis?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.		

	Destination		Date du départ (aaaa-mm-jj)	Date du retour (aaaa-mm-jj)	Raison du voyage (ex. : affaires, études, famille ou vacances)
	Pays	Ville			
Assuré 1					
Assuré 2					

6.2- Activités dangereuses		
a) Au cours des 12 derniers mois , avez-vous pratiqué une activité dangereuse?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
b) Au cours des 12 prochains mois , avez-vous l'intention de pratiquer une activité dangereuse? Ex. : sports d'escalade, sports aquatiques, sports motorisés, sports de combat, sports aériens, sports équestres, sports d'hiver	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.		

	Assuré 1	Assuré 2
Nom de l'activité (S'il y en a plus qu'une, veuillez fournir les détails pertinents à la section F10 – Autres activités dangereuses .)		
Date de début de l'activité (aaaa-mm)		
Activité pratiquée à quel titre?	☐ Amateur ☐ Professionnel	☐ Amateur ☐ Professionnel

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

	Assuré 1	Assuré 2
Fréquence de l'activité		
Déterminez-vous une formation, une certification ou un permis pour faire cette activité?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Pays où l'activité est ou sera pratiquée		
Si vous avez déjà subi des blessures graves en vous livrant à cette activité, veuillez indiquer la date et la nature des blessures subies, s'il y a lieu.		
Faites-vous partie d'un club ou d'une association?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Si l'activité pratiquée est la **plongée** ou l'**escalade extérieure/l'alpinisme**, veuillez fournir les précisions suivantes :

Plongée sous-marine

Quelle est la profondeur maximale de plongée?		
Plongez-vous parfois sous la glace ou dans des cavernes ou épaves? Si oui , précisez :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Pratiquez-vous parfois cette activité en solo? Si oui , précisez :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Escalade extérieure/alpinisme

Type d'escalade ou d'alpinisme pratiqué Ex. : glace, glacier, paroi rocheuse		
Quelle altitude maximale atteignez-vous (mètres ou pieds)?		
Pratiquez-vous parfois cette activité en solo? Si oui , précisez :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

7. Questions applicables à SOLO Assurance soins de santé seulement

	Assuré		Enfant			
	1	2	1	2	3	4
a) Avez-vous pris des médicaments pendant 20 jours consécutifs ou plus au cours des 2 dernières années ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
b) Prenez-vous un médicament ou vous a-t-on avisé de suivre un traitement pour une maladie chronique ou récurrente ou prévoyez-vous prendre un médicament ou suivre un traitement au cours des 3 prochains mois ? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Note : Les médicaments utilisés pour le contrôle des naissances ou pour traiter des affections mineures comme le rhume ou la grippe ne doivent pas être pris en considération lorsque vous répondez à cette question.

Nom de la personne à assurer	Nom du médicament ou traitement	Affection traitée	Concentration et dose quotidienne du médicament	Coût mensuel	Durée de la période d'administration

F7 - Questions additionnelles – Assurance maladies graves pour enfant de moins de 16 ans

- Veuillez remplir cette section SEULEMENT si la personne à assurer identifiée à la **section A1** est un enfant de **moins de 16 ans** et qu'une assurance maladies graves est demandée.

Questions générales	Assuré 1	Assuré 2
Si la personne à assurer n'a pas de frères et sœurs, passez à la question 12.		
8- Combien de frères et de sœurs la personne à assurer a-t-elle?		
9- Est-ce que tous les frères et sœurs de la personne à assurer sont présentement couverts par une protection d'assurance maladies graves? Si non , veuillez expliquer pourquoi :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

	Assuré 1	Assuré 2
10- Si tous les frères et sœurs de la personne à assurer sont présentement couverts par une protection d'assurance maladies graves, ont-ils tous le même montant d'assurance? Si non , veuillez expliquer pourquoi :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

11- Est-ce que la personne à assurer a des frères et sœurs qui ont reçu un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
--	---	---

Assuré 1	Âge au moment du diagnostic	Assuré 2	Âge au moment du diagnostic
Frère		Frère	
Frère		Frère	
Soeur		Soeur	
Soeur		Soeur	

12- Est-ce que le père ou la mère de la personne à assurer est présentement couvert par une protection d'assurance maladies graves?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Si oui , veuillez indiquer le montant d'assurance pour chaque parent :		
Si non , veuillez expliquer pourquoi :		

Antécédents médicaux	Assuré 1	Assuré 2
13- Si la personne à assurer est âgée de moins d'un an, est-ce que la durée de la grossesse a été de moins de 36 semaines ? Si oui , veuillez expliquer pourquoi :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

F8 - Questionnaire relatif aux enfants à assurer

• À remplir **SEULEMENT** si les enfants doivent être assurés en vertu de la protection Assurance vie – enfants ou de SOLO Assurance soins de santé.

Enfant 1				Enfant 2			
Prénom				Prénom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin		Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Taille cm pi po		Poids kg lb		Poids il y a un an kg lb		Cause de toute perte de poids de plus de 4,5 kg (10 lb) depuis un an :	
Cause de toute perte de poids de plus de 4,5 kg (10 lb) depuis un an :				Cause de toute perte de poids de plus de 4,5 kg (10 lb) depuis un an :			
Enfant 3				Enfant 4			
Prénom				Prénom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin		Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Sexe ☐ Féminin ☐ Masculin		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Taille cm pi po		Poids kg lb		Poids il y a un an kg lb		Cause de toute perte de poids de plus de 4,5 kg (10 lb) depuis un an :	
Cause de toute perte de poids de plus de 4,5 kg (10 lb) depuis un an :				Cause de toute perte de poids de plus de 4,5 kg (10 lb) depuis un an :			

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
Propositions d'assurance précédentes pour les enfants

14- Au cours des **10 dernières années**, est-ce que Desjardins Assurances ou une autre compagnie a refusé une proposition d'assurance vie, soins de santé ou maladies graves soumise pour l'enfant à assurer?

☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque enfant concerné.

	Protection demandée	Année	Raison du refus
Enfant 1	☐ Vie ☐ Soins de santé ☐ Maladies graves		
Enfant 2	☐ Vie ☐ Soins de santé ☐ Maladies graves		
Enfant 3	☐ Vie ☐ Soins de santé ☐ Maladies graves		
Enfant 4	☐ Vie ☐ Soins de santé ☐ Maladies graves		

Questions médicales pour les enfants à assurer

Les questions suivantes portent sur la santé des enfants à assurer. Il n'est pas nécessaire de déclarer les renseignements suivants :

- Allergies
- Chirurgie esthétique – effectuée sans complications
- Contraception
- Entorse
- Infection de l'oreille – complètement rétablie sans complications
- Problème de la vue corrigé par des lunettes ou des verres de contact
- Retrait de l'appendice – effectué sans complications
- Retrait des amygdales – effectué sans complications
- Retrait des végétations – effectué sans complications
- Vaccination

Nous vous demandons aussi de ne pas nous fournir des renseignements sur tout test génétique (ADN, ARN ou chromosomes) que les enfants à assurer ont subi ou qu'ils prévoient subir.

15- Au cours des **10 dernières années**, est-ce qu'un des enfants à assurer a déjà consulté un professionnel de la santé, reçu des traitements ou subi une opération ou des tests pour l'une ou l'autre des raisons suivantes?

☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque enfant concerné et fournir les détails à la **section**

F9 - Explications.

	Enfant					Enfant			
	1	2	3	4		1	2	3	4
a) Tumeur ou cancer Ex. : lymphome, leucémie, mélanome, tout autre type de cancer	☐	☐	☐	☐	b) Cœur ou vaisseaux sanguins Ex. : souffle au cœur, battements de cœur irréguliers, trouble ou malformation d'une valve du cœur, communication entre les cavités du cœur (oreillettes ou ventricules), cardiomyopathie	☐	☐	☐	☐
c) Santé mentale, neurodiversité ou trouble de développement Ex. : anxiété, stress, trouble de l'adaptation, dépression, trouble de la personnalité, trouble alimentaire, trouble du spectre de l'autisme, trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/H), trisomie 21, retard de développement	☐	☐	☐	☐	d) Diabète ou hormones (système endocrinien) Ex. : diabète de tout type, y compris le prédiabète, l'intolérance au glucose, un problème de thyroïde	☐	☐	☐	☐
e) Muscles ou os Ex. : douleur, fracture, rupture du ligament, luxation, déviation de la colonne vertébrale	☐	☐	☐	☐	f) Appareil génital ou urinaire Ex. : infection urinaire, problème aux reins, infection transmise sexuellement ou par le sang, affirmation de genre	☐	☐	☐	☐
g) Poumons ou respiration Ex. : asthme, apnée du sommeil, pneumonie, bronchite chronique, fibrose kystique, pneumothorax	☐	☐	☐	☐	h) Foie, vésicule biliaire ou pancréas Ex. : hépatite, jaunisse	☐	☐	☐	☐
i) Appareil digestif Ex. : douleur, reflux, syndrome du côlon irritable, maladie de Crohn, colite ulcéreuse, hernie, sténose du pylore, maladie cœliaque, gastroentérite	☐	☐	☐	☐	j) Système nerveux ou cérébral Ex. : maux de tête, commotion cérébrale, épilepsie, syndrome Gilles de la Tourette, méningite, dystrophie musculaire, paralysie cérébrale, dysphasie, syndrome de Rett	☐	☐	☐	☐
k) Yeux, oreilles, nez, bouche ou gorge Ex. : surdité, cataracte présente à la naissance, strabisme, laryngite, mucocèle, fente au palais	☐	☐	☐	☐	l) Sang Ex. : drépanocytose, anémie, facteur V Leiden, maladie de von Willebrand, nombre peu élevé de plaquettes, hémophilie, thalassémie, agranulocytose	☐	☐	☐	☐
m) Peau Ex. : kyste sébacé, eczéma, grain de beauté nécessitant un suivi, psoriasis, tumeur de graisse bénigne, éruption cutanée, hémangiome bénin	☐	☐	☐	☐					

F9 - Explications

F10 - Autres activités dangereuses

Assuré 1	
Assuré 2	

G - Instructions spéciales

- Indiquez tout autre détail pertinent pour l'établissement du contrat, le paiement des primes ou la modification majeure.

H - Paiement de l'assurance

⚠ IMPORTANT : Cette section ainsi que le formulaire **09312F – Accord de débits préautorisés (DPA)**, s'il y a lieu, doivent **obligatoirement** être remplis pour que la personne à assurer puisse bénéficier **gratuitement** de l'assurance prévue à la **section I – Assurance provisoire ou conditionnelle** pendant l'étude des protections demandées.

i S'il y a plus de 2 contrats dans la présente proposition, veuillez remplir la **section H – Paiement de l'assurance** d'une autre proposition.

H1 - Paiement du contrat 1

• Remplissez **Identification du contrat** seulement s'il y a 2 contrats dans la proposition.

Identification du contrat

☐ Nouveau contrat	Principales protections demandées et nom des personnes à assurer
☐ Contrat à modifier	Numéro de contrat

Conservation d'âge

La conservation d'âge s'applique-t-elle au contrat?

- ☐ Oui → Veuillez répondre aux questions ci-dessous.
☐ Non → Veuillez passer directement à la section **Information sur la prime**.

1- Si un changement d'âge a eu lieu depuis l'enregistrement de l'illustration **ou** si la date d'établissement de l'illustration est antérieure à la date de son enregistrement, souhaitez-vous bénéficier de la prime proposée dans l'illustration?

☐ Oui ☐ Non

En cochant **oui**, vous comprenez que le montant dû devra être payé **rétroactivement** :

- a) Au **jour qui précède le changement d'âge** de la personne à assurer :
- Pour un nouveau contrat
- b) Au **jour de la date d'échéance des primes qui précède le changement d'âge** de la personne à assurer :
- Pour un contrat établi à la suite du remplacement d'un contrat en vigueur
 - Pour un contrat établi à la suite de l'exercice d'un droit ou d'un privilège prévu à un contrat en vigueur
 - Pour un contrat en vigueur auquel une protection est ajoutée

i Par exemple, si la date d'échéance des primes indiquée à la Page des données du contrat est fixée au 22 de chaque mois et que la personne à assurer a changé d'âge le 13 février 2026, le montant dû devra être payé **rétroactivement** au 22^e jour du mois qui précède le changement d'âge, soit le 22 janvier 2026.

2- Acceptez-vous que le montant dû soit payé **rétroactivement** au jour indiqué ci-dessus, selon le cas?

☐ Oui ☐ Non

En cochant **oui** :

- vous acceptez que le montant du premier retrait comprenne la prime mensuelle indiquée à la section **Information sur la prime** et toutes les primes dues **rétroactivement**;
- vous comprenez que la ou les personnes à assurer ne seront pas couvertes à partir du jour indiqué ci-dessus. Elles seront plutôt couvertes à partir de la date de prise d'effet des protections demandées, telle qu'elle est définie dans les Dispositions générales de votre contrat.

En cochant **non**, vous comprenez que vous devez joindre une nouvelle illustration à votre demande d'assurance.

Information sur la prime

Pour un contrat sans l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)

☐ Prime annuelle : _____ \$ **OU** ☐ Prime mensuelle : _____ \$

Note : Pour un contrat d'assurance vie universelle, la prime inclut le coût d'assurance total, l'épargne et la taxe provinciale sur prime.

Pour un contrat avec l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)

⚠ Indiquez « 0 » à la ligne « Dépôt » si vous ne souhaitez pas verser un dépôt en même temps que le paiement de la prime.

☐ Prime et dépôt annuels	OU	☐ Prime et dépôt mensuels
Prime : _____ \$		Prime : _____ \$
Dépôt : _____ \$		Dépôt : _____ \$
Montant annuel total : _____ \$		Montant mensuel total : _____ \$

H - Paiement de l'assurance (suite)

Choix du mode de paiement

ATTENTION! Vous devez cocher un seul mode de paiement dans cette section. Si vous choisissez « Lors de la livraison du contrat », ce choix prévaudra en tout temps, et aucune assurance provisoire ou conditionnelle ne pourra s'appliquer.

 Veuillez cocher **une seule case** pour identifier comment vous voulez effectuer les **paiements périodiques** de votre contrat.

☐ **Débits préautorisés** – Veuillez remplir le formulaire **09312F – Accord de débits préautorisés (DPA)**, section **Paiements périodiques**.

☐ **Carte de crédit** – Le titulaire de la carte de crédit doit appeler au 1 888 558-5525.

Important : La carte de crédit peut être utilisée pour une fréquence de paiement **annuelle** seulement (Maximum de 10 000 \$).
Pour un contrat avec l'ODS, le paiement doit comprendre **la prime et le dépôt annuels**.

 _____  _____
Prénom et nom du titulaire de la carte de crédit Signature du titulaire de la carte de crédit Date (aaaa-mm-jj)

En signant ci-dessus, je confirme que je suis le titulaire de la carte de crédit et j'accepte qu'elle soit utilisée pour payer le montant indiqué dans cette section.

☐ **Chèque** – Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.

Important : Le chèque peut être utilisé pour une fréquence de paiement **annuelle** seulement.

ATTENTION! Ne cochez pas la case suivante si vous avez déjà coché un autre mode de paiement.

☐ **Lors de la livraison du contrat** (ne s'applique pas pour un contrat en vigueur)

 Si vous choisissez de payer lors de la livraison du contrat, les personnes à assurer ne bénéficieront pas d'une assurance provisoire ou conditionnelle gratuite.

Utilisation de la valeur de rachat

Pour utiliser la valeur de rachat d'un contrat en vigueur pour payer la prime du contrat (ou la prime et le dépôt pour un contrat avec l'ODS), remplissez ce qui suit après avoir choisi un autre mode de paiement ci-dessus :

Numéro du contrat en vigueur	Montant	Numéro du contrat en vigueur	Montant
	\$		\$

Lorsque le montant de la valeur de rachat que vous souhaitez utiliser sera épuisé, nous percevrons, selon le mode de paiement choisi ci-dessus, les montants nécessaires pour couvrir toute prime due et le montant de tout dépôt prévu à la partie **Information sur la prime**, s'il y a lieu.

Instructions :

H - Paiement de l'assurance (suite)

H2 - Paiement du contrat 2

- Remplissez **Identification du contrat** seulement s'il y a 2 contrats dans la proposition.

Identification du contrat

☐ Nouveau contrat	Principales protections demandées et nom des personnes à assurer
☐ Contrat à modifier	Numéro de contrat

Conservation d'âge

La conservation d'âge s'applique-t-elle au contrat?

☐ Oui → Veuillez répondre aux questions ci-dessous.

☐ Non → Veuillez passer directement à la section **Information sur la prime**.

- 1- Si un changement d'âge a eu lieu depuis l'enregistrement de l'illustration **ou** si la date d'établissement de l'illustration est antérieure à la date de son enregistrement, souhaitez-vous bénéficier de la prime proposée dans l'illustration?

☐ Oui ☐ Non

En cochant **oui**, vous comprenez que le montant dû devra être payé **rétroactivement** :

a) Au **jour qui précède le changement d'âge** de la personne à assurer :

- Pour un nouveau contrat

b) Au **jour de la date d'échéance des primes qui précède le changement d'âge** de la personne à assurer :

- Pour un contrat établi à la suite du remplacement d'un contrat en vigueur
- Pour un contrat établi à la suite de l'exercice d'un droit ou d'un privilège prévu à un contrat en vigueur
- Pour un contrat en vigueur auquel une protection est ajoutée

i Par exemple, si la date d'échéance des primes indiquée à la Page des données du contrat est fixée au 22 de chaque mois et que la personne à assurer a changé d'âge le 13 février 2026, le montant dû devra être payé **rétroactivement** au 22^e jour du mois qui précède le changement d'âge, soit le 22 janvier 2026.

- 2- Acceptez-vous que le montant dû soit payé **rétroactivement** au jour indiqué ci-dessus, selon le cas?

☐ Oui ☐ Non

En cochant **oui** :

- vous acceptez que le montant du premier retrait comprenne la prime mensuelle indiquée à la section **Information sur la prime** et toutes les primes dues **rétroactivement**;
- vous comprenez que la ou les personnes à assurer ne seront pas couvertes à partir du jour indiqué ci-dessus. Elles seront plutôt couvertes à partir de la date de prise d'effet des protections demandées, telle qu'elle est définie dans les Dispositions générales de votre contrat.

En cochant **non**, vous comprenez que vous devez joindre une nouvelle illustration à votre demande d'assurance.

Information sur la prime

Pour un contrat sans l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)

☐ Prime annuelle : _____ \$ **OU** ☐ Prime mensuelle : _____ \$

Note : Pour un contrat d'assurance vie universelle, la prime inclut le coût d'assurance total, l'épargne et la taxe provinciale sur prime.

Pour un contrat avec l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)

i Indiquez « 0 » à la ligne « Dépôt » si vous ne souhaitez pas verser un dépôt en même temps que le paiement de la prime.

☐ Prime et dépôt **annuels**

OU

☐ Prime et dépôt **mensuels**

Prime : _____ \$

Prime : _____ \$

Dépôt : _____ \$

Dépôt : _____ \$

Montant annuel total : _____ \$

Montant mensuel total : _____ \$

H - Paiement de l'assurance (suite)

Choix du mode de paiement

ATTENTION! Vous devez cocher un seul mode de paiement dans cette section. Si vous choisissez « Lors de la livraison du contrat », ce choix prévaudra en tout temps, et aucune assurance provisoire ou conditionnelle ne pourra s'appliquer.

 Veuillez cocher **une seule case** pour identifier comment vous voulez effectuer les **paiements périodiques** de votre contrat.

☐ **Débits préautorisés** – Veuillez remplir le formulaire **09312F – Accord de débits préautorisés (DPA)**, section **Paiements périodiques**.

☐ **Carte de crédit** – Le titulaire de la carte de crédit doit appeler au 1 888 558-5525.

Important : La carte de crédit peut être utilisée pour une fréquence de paiement **annuelle** seulement (Maximum de 10 000 \$).
Pour un contrat avec l'ODS, le paiement doit comprendre **la prime et le dépôt annuels**.



Prénom et nom du titulaire de la carte de crédit

X

Signature du titulaire de la carte de crédit

Date (aaaa-mm-jj)

En signant ci-dessus, je confirme que je suis le titulaire de la carte de crédit et j'accepte qu'elle soit utilisée pour payer le montant indiqué dans cette section.

☐ **Chèque** – Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.

Important : Le chèque peut être utilisé pour une fréquence de paiement **annuelle** seulement.

ATTENTION! Ne cochez pas la case suivante si vous avez déjà coché un autre mode de paiement.

☐ **Lors de la livraison du contrat** (ne s'applique pas pour un contrat en vigueur)

 Si vous choisissez de payer lors de la livraison du contrat, les personnes à assurer ne bénéficieront pas d'une assurance provisoire ou conditionnelle gratuite.

Utilisation de la valeur de rachat

Pour utiliser la valeur de rachat d'un contrat en vigueur pour payer la prime du contrat (ou la prime et le dépôt pour un contrat avec l'ODS), remplissez ce qui suit après avoir choisi un autre mode de paiement ci-dessus :

Numéro du contrat en vigueur	Montant	Numéro du contrat en vigueur	Montant
	\$		\$

Lorsque le montant de la valeur de rachat que vous souhaitez utiliser sera épuisé, nous percevrons, selon le mode de paiement choisi ci-dessus, les montants nécessaires pour couvrir toute prime due et le montant de tout dépôt prévu à la partie **Information sur la prime**, s'il y a lieu.

Instructions :

H - Paiement de l'assurance (suite)

H3 - Autre paiement ou remboursement

- Veuillez remplir cette section pour effectuer un paiement ou un remboursement uniques à l'égard d'un nouveau contrat ou d'un contrat à modifier.

Contrat 1	Choix du mode de paiement
☐ Dépôt ponctuel pour la protection « Option de dépôt supplémentaire » Montant : _____ \$	☐ Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU ☐ Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
☐ Dépôt supplémentaire au fonds accumulé (pour une assurance vie universelle) Montant : _____ \$	☐ Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU ☐ Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
☐ Remboursement d'une avance obtenue sur le contrat Montant : _____ \$	☐ Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU ☐ Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
☐ Dépôt dans un compte « Dépôt prime » en vue du paiement de la prime Montant : _____ \$ Fournissez les instructions relatives au retrait du montant périodique du compte « Dépôt prime » :	☐ Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU ☐ Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
 Certaines conditions pourraient s'appliquer à l'utilisation de ce compte.	
Contrat 2	Choix du mode de paiement
☐ Dépôt ponctuel pour la protection « Option de dépôt supplémentaire » Montant : _____ \$	☐ Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU ☐ Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
☐ Dépôt supplémentaire au fonds accumulé (pour une assurance vie universelle) Montant : _____ \$	☐ Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU ☐ Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
☐ Remboursement d'une avance obtenue sur le contrat Montant : _____ \$	☐ Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU ☐ Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
☐ Dépôt dans un compte « Dépôt prime » en vue du paiement de la prime Montant : _____ \$ Fournissez les instructions relatives au retrait du montant périodique du compte « Dépôt prime » :	☐ Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU ☐ Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
 Certaines conditions pourraient s'appliquer à l'utilisation de ce compte.	



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

I - Assurance provisoire ou conditionnelle

⚠ Pour que la personne à assurer ait droit à une assurance provisoire ou conditionnelle, la section H – Paiement de l'assurance doit obligatoirement être remplie.

Aucune assurance provisoire ou conditionnelle ne s'appliquera pour :

- une protection émise à la suite de l'exercice d'un droit ou d'un privilège prévu au contrat (ex. : droit transformation, droit d'échange, privilège d'assurabilité, garantie d'assurabilité);
- une protection modifiée pour laquelle des preuves d'assurabilité sont exigées (ex. : changement de tarif fumeur à non-fumeur, révision d'exclusion, révision de surprime);
- une protection SOLO Assurance soins de santé.

I1 - ASSURANCE VIE PROVISOIRE

Si nous devons poursuivre l'étude des protections demandées, l'Assurance vie provisoire couvrira gratuitement chaque personne pour qui une ou des protections prévoyant un versement en cas de décès sont demandées.

i Les protections complémentaires Accident ou Mort, mutilation ou perte d'usage accidentelles ne sont pas visées par l'Assurance vie provisoire. Par conséquent, aucun montant ne sera payable par l'Assurance vie provisoire pour ces protections.

Admissibilité

Une seule condition doit être respectée

À la date de signature de la proposition, les informations de paiement de la prime doivent être fournies dans la **section H - Paiement de l'assurance**.

Importance de nous fournir des renseignements exacts

Si des renseignements inexacts ou incomplets sont fournis sur la personne assurée dans le cadre de la demande d'assurance, nous pourrions annuler l'Assurance vie provisoire pour cette personne et/ou refuser une réclamation.

Début de l'assurance

L'Assurance vie provisoire débute à la signature de la proposition.

Montant payable à la suite d'une réclamation

Toute réclamation doit être faite par écrit au moyen du formulaire requis. Nous nous réservons le droit d'exiger des documents et des renseignements supplémentaires pour étudier la réclamation.

Quel est le montant payable?

Nous versons le montant de chaque protection prévoyant un versement en cas de décès de la personne assurée.

À qui versons-nous le montant payable?

Nous versons le montant payable au bénéficiaire désigné. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, nous versons le montant payable selon les règles prévues par la loi.

Limites et exclusions

1- Limite applicable au montant payable

Lorsque la personne assurée a une ou plusieurs assurances vie provisoires en vigueur avec nous, le montant payable pour l'ensemble des protections prévoyant un versement en cas de décès est limité à :

- a) **1 000 000 \$**, si la personne assurée a 75 ans ou moins à son décès;
- b) **50 000 \$**, si la personne assurée a plus de 75 ans à son décès.

2- Exclusions

- a) Aucun montant ne sera payable si, dans **les 5 ans précédant** la signature de la proposition, la personne assurée a :
 - reçu un traitement ou consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour des signes ou des symptômes liés au trouble de santé qui a entraîné son décès;
 - subi des tests ou des examens qui ont démontré la présence de signes ou de symptômes liés au trouble de santé qui a entraîné son décès.
- b) Aucun montant ne sera payable si, à son décès, la personne assurée a moins de 15 jours.
- c) Aucun montant ne sera payable si le décès de la personne assurée résulte d'un suicide.
- d) Aucun montant ne sera payable si le décès de la personne assurée résulte d'un trouble de santé qui existait à la signature de la proposition et qui a entraîné l'administration de l'aide médicale à mourir.

Fin de l'assurance

L'Assurance vie provisoire de la personne assurée prend fin à la **première** des dates suivantes :

- 1- Automatiquement, à la date de prise d'effet de la ou des protections prévoyant un versement en cas de décès.
- 2- La date du refus de couvrir la personne assurée pour toutes les protections prévoyant un versement en cas de décès.
- 3- La date de la fermeture de la demande d'assurance.
- 4- Automatiquement, la 91^e journée après la date de signature de la proposition.

I - Assurance provisoire ou conditionnelle (suite)

I2 - ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE

Si nous devons poursuivre l'étude des protections demandées, l'Assurance maladies graves provisoire couvrira gratuitement chaque personne pour qui une ou des protections Priorité santé ou Option santé sont demandées.

Partie 1 – Description de la protection

Cette partie est complétée par la [Partie 2 – Définition des troubles de santé couverts](#) de l'Assurance maladies graves provisoire et en fait partie intégrante. Votre représentant vous présentera et vous fournira ce document (disponible sur [web](#) .

Admissibilité

Une seule condition doit être respectée

À la date de signature de la proposition, les informations de paiement de la prime doivent être fournies dans la **section H - Paiement de l'assurance**.

Importance de nous fournir des renseignements exacts

Si des renseignements inexacts ou incomplets sont fournis sur la personne assurée dans le cadre de la demande d'assurance, nous pourrions annuler l'Assurance maladies graves provisoire pour cette personne et/ou refuser une réclamation.

Début de l'assurance

L'Assurance maladies graves provisoire débute à la signature de la proposition.

Montant payable à la suite d'une réclamation

Toute réclamation doit être faite par écrit au moyen du formulaire requis. Nous nous réservons le droit d'exiger des documents et des renseignements supplémentaires pour étudier la réclamation.

Quel est le montant payable?

Si la personne assurée a un des troubles de santé couverts indiqués ci-dessous, nous versons le montant de chaque protection Priorité santé et Option santé demandées.

À qui versons-nous le montant payable?

Nous versons le montant payable au bénéficiaire désigné. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, nous versons le montant payable selon les règles prévues par la loi.

Troubles de santé couverts

Les troubles de santé pour lesquels nous pourrions verser le montant payable sont les suivants:

Troubles cardiaques

- Accident vasculaire cérébral
- Chirurgie de l'aorte
- Crise cardiaque
- Pontage aortocoronarien
- Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Trouble neurologique

- Méningite purulente

Troubles liés aux organes vitaux

- Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
- Greffe d'un organe vital
- Insuffisance rénale

Troubles accidentels et fonctionnels

- Brûlures graves
- Cécité
- Coma
- Lésion cérébrale acquise
- Paralysie
- Perte de l'usage de la parole
- Perte de membres
- Surdité

Autres

- Anémie aplasique
- Infection au VIH contractée au travail
- Perte d'autonomie permanente

 **Même si la personne assurée a un trouble de santé couvert, cela ne signifie pas que nous verserons le montant payable.** Pour que nous puissions verser le montant payable, le trouble de santé doit absolument répondre à toutes les conditions de la définition de ce trouble de santé prévue à la **Partie 2 – Définition des troubles de santé couverts**.

I - Assurance provisoire ou conditionnelle (suite)

12 - ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE (suite)

Limites et exclusions

1- Limite applicable au montant payable

Lorsque la personne assurée a une ou plusieurs assurances maladies graves provisoires en vigueur avec nous, le montant payable pour l'ensemble des protections Priorité santé et Option santé demandées est limité à **500 000 \$**.

2- Exclusions générales

a) Aucun montant ne sera payable pour un trouble de santé couvert* :

1. Si, **dans les 5 ans précédant** la signature de la proposition, la personne assurée a :
 - eu ce trouble de santé;
 - reçu un traitement ou consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé;
 - subi des tests ou des examens qui ont démontré la présence de signes ou de symptômes liés à ce trouble de santé.
2. Si, **dans les 90 jours précédant** la signature de la proposition, la personne assurée a eu des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé pour lesquels elle n'a pas consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé.

* Ni pour tout autre trouble de santé couvert qui pourrait en découler

b) Aucun montant ne sera payable si le trouble de santé couvert résulte directement ou indirectement :

1. d'une blessure que la personne assurée s'inflige volontairement ou d'une tentative de suicide;
2. de la participation de la personne assurée à un acte criminel ou à tout acte qui y est lié;
3. d'une guerre, déclarée ou non, d'une émeute ou d'une révolution, que la personne assurée y ait pris part ou non;
4. de la conduite d'un véhicule motorisé par la personne assurée alors qu'elle est sous l'effet de la drogue ou que la concentration d'alcool dans son sang est égale ou supérieure à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang;
5. de l'usage illégal ou illicite de toute drogue;
6. de l'absorption ou de l'usage volontaire de toute substance toxique ou de tout type de gaz;
7. de la consommation volontaire de médicaments obtenus sur ordonnance qui dépasse la posologie recommandée par un professionnel de la santé ou de médicaments obtenus sans ordonnance qui dépasse la posologie recommandée par le fabricant.

c) Aucun montant ne sera payable si le trouble de santé couvert est diagnostiqué après le décès de la personne assurée.

3- Exclusion supplémentaire pour un nouveau-né

Cette exclusion peut s'appliquer si la personne assurée est un nouveau-né qui a moins de 15 jours à la signature de la proposition.

Aucun montant ne sera payable pour un trouble de santé couvert* si, avant d'avoir 15 jours, la personne assurée a :

- eu ce trouble de santé;
- eu des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé;
- reçu un traitement pour des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé;
- subi des tests ou des examens qui ont démontré la présence de signes ou de symptômes liés à ce trouble de santé.

* Ni pour tout autre trouble de santé couvert qui pourrait en découler

 **Les limites et les exclusions prévues dans la définition des troubles de santé couverts s'ajoutent aux exclusions ci-dessus.**

Fin de l'assurance

L'Assurance maladies graves provisoire de la personne assurée prend fin à la **première** des dates suivantes :

- 1- La date à laquelle nous versons le montant payable par l'Assurance maladies graves provisoire de la personne assurée.
- 2- Automatiquement, à la date de prise d'effet de la ou des protections Priorité santé ou Option santé demandées.
- 3- La date du refus de couvrir la personne assurée pour toutes les protections Priorité santé ou Option santé demandées.
- 4- La date de la fermeture de la demande d'assurance.
- 5- Automatiquement, la 91^e journée après la date de signature de la proposition.

I - Assurance provisoire ou conditionnelle (suite)

I3 - ASSURANCE INVALIDITÉ CONDITIONNELLE

Les spécimens de contrat [SOLO Assurance salaire](#) et/ou [SOLO Assurance proprio](#) complètent l'Assurance invalidité conditionnelle. Votre représentant vous présentera et vous fournira le ou les spécimens de contrat qui s'appliquent à votre demande (disponibles sur [web](#) ).

 Les termes indiqués en italique dans ce texte ont le même sens que ceux qui sont définis dans le texte des protections qui font partie du contrat SOLO qui sera établi, s'il y a lieu.

À quoi sert l'Assurance invalidité conditionnelle?

L'Assurance invalidité conditionnelle permet de devancer la date de prise d'effet des protections qui est définie dans les Dispositions générales du contrat SOLO qui sera établi, si la personne assurée devient *invalidé* et que toutes les conditions prévues à la section **Conditions applicables** sont respectées.

Ainsi, la date de prise d'effet des protections qui seront établies pourrait être devancée :

- à la date à laquelle la proposition est signée, si l'*invalidité* résulte d'un **accident**;
- à la date à laquelle la personne assurée a répondu à toutes les questions d'assurabilité et passé tous les examens et/ou tests requis, si l'*invalidité* résulte d'une **maladie**.

La personne assurée pourrait alors être couverte par les protections du contrat qui sera établi à compter d'une de ces dates, selon la cause de son *invalidité*.

Conditions applicables

- 1- À la date de signature de la proposition, les informations de paiement de la prime doivent être fournies dans la **section H - Paiement de l'assurance**.
- 2- Nous devons accepter les protections demandées dans la présente proposition avec ou sans modification (voir section **Acceptation des protections demandées avec ou sans modification** ci-dessous).
- 3- L'**accident** qui entraîne l'*invalidité* de la personne assurée doit survenir :
 - a) après la signature de la proposition; et
 - b) avant la plus rapprochée des dates suivantes :
 - la date de prise d'effet des protections définie dans les Dispositions générales du contrat qui sera établi; et
 - le 91^e jour suivant la date de signature de la proposition.

OU

La **maladie** qui entraîne l'*invalidité* de la personne assurée doit survenir :

- a) après qu'elle aura répondu à toutes les questions d'assurabilité et passé tous les examens et/ou tests requis; et
 - b) avant la plus rapprochée des dates suivantes :
 - la date de prise d'effet des protections définie dans les Dispositions générales du contrat qui sera établi; et
 - le 91^e jour suivant la date de signature de la proposition.
- 4- La *prestation mensuelle* doit être payable selon ce qui est prévu au contrat qui sera établi (voir section **À propos du contrat qui sera établi** ci-dessous).

Importance de nous fournir des renseignements exacts

Si des renseignements inexacts ou incomplets sont fournis sur la personne assurée dans le cadre de la demande d'assurance, nous pourrions annuler le contrat qui sera établi pour cette personne et/ou refuser une réclamation. L'Assurance invalidité conditionnelle ne serait donc pas applicable.

Acceptation des protections demandées avec ou sans modification

Nous décidons si nous acceptons les protections demandées avec ou sans modification, ou si nous les refusons, en respectant les règles de tarification de Desjardins Assurances et en tenant compte de tous les renseignements recueillis sur la personne à assurer dans le cadre de la demande d'assurance.

Par ailleurs, lorsque l'Assurance invalidité conditionnelle s'applique, notre décision ne tiendra pas compte de :

- tout *accident* qui pourrait survenir après la signature de la proposition; et
- toute *maladie* qui pourrait survenir après que la personne assurée aura répondu à toutes les questions d'assurabilité et passé tous les examens et/ou tests requis.

- 1- Lorsque nous **acceptons** les protections demandées **sans modification**, cela signifie que nous couvrirons la personne assurée en cas d'*invalidité* selon ce qui est prévu dans le contrat qui sera établi.

Si la personne assurée devient *invalidé*, la date de prise d'effet des protections du contrat qui sera établi pourrait être devancée, si toutes les conditions indiquées dans la section **Conditions applicables** sont respectées.

I - Assurance provisoire ou conditionnelle (suite)

I3 - ASSURANCE INVALIDITÉ CONDITIONNELLE (suite)

- 2- Lorsque nous **acceptons** les protections demandées **avec modification**, cela signifie que nous couvrirons la personne assurée en cas d'*invalidité* selon ce qui est prévu au contrat, lequel sera établi avec des exclusions et/ou des limites **supplémentaires** (ex. : ajout d'une exclusion, augmentation de la période d'attente, diminution de la rente mensuelle demandée, etc.).

⚠ Par exemple, si le contrat est établi avec 2 exclusions supplémentaires, une pour un trouble de santé spécifique et une pour la pratique d'un sport dangereux, cela signifie qu'aucune *prestation mensuelle* ne sera payable si la personne assurée devient *invalidé* à cause de ce trouble de santé ou de la pratique de ce sport pendant ou après l'étude de la demande d'assurance.

Si la personne assurée devient *invalidé*, la date de prise d'effet des protections du contrat qui sera établi pourrait être devancée, si toutes les conditions indiquées dans la section **Conditions applicables** sont respectées.

- 3- Lorsque nous **refusons** les protections demandées, cela signifie que nous n'établirons aucun contrat pour la personne assurée et que celle-ci ne sera pas couverte en cas d'*invalidité*.

L'Assurance invalidité conditionnelle ne serait donc pas applicable.

À propos du contrat qui sera établi

En attendant de recevoir son contrat, le preneur doit se référer au **Spécimen de contrat – SOLO Assurance salaire** et/ou au **Spécimen de contrat – SOLO Assurance proprio**, selon le cas, pour comprendre :

- la portée de l'Assurance invalidité conditionnelle; et
- les conditions, les limites et les exclusions applicables aux protections demandées.

⚠ Ce spécimen de contrat **ne remplace pas** le contrat qui sera établi, car il n'est pas personnalisé en fonction des protections demandées dans la présente proposition. Il comprend le texte des Dispositions générales ainsi que le texte de toutes les protections qui peuvent faire partie d'un contrat SOLO.



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

J - Avis relatif au MIB, LLC – À remettre à la personne à assurer 1

Qu'est-ce que le MIB, LLC?

Le MIB, LLC (« MIB ») est un organisme qui permet l'échange d'information entre des compagnies d'assurance membres du MIB Group Inc. et exerçant leurs activités au Canada et aux États-Unis. Il gère une base de données qui contient les profils des clients de ces compagnies d'assurance.

Quelles informations échangeons-nous et pourquoi?

Comme presque tous les assureurs qui offrent de l'assurance de personnes au Canada, Desjardins Assurances fait partie du MIB et peut échanger des informations vous concernant avec cet organisme.

Le MIB permet de confirmer que les informations fournies par les clients des compagnies d'assurance membres sont complètes et exactes.

Nous échangeons uniquement de l'information sur les éléments qui peuvent avoir une influence sérieuse sur votre santé ou votre espérance de vie, comme :

- les troubles médicaux importants
- la pratique d'un passe-temps dangereux
- un mauvais dossier de conduite
- la consommation d'alcool ou de drogues
- un dossier criminel

Ces informations deviennent alors disponibles pour les autres compagnies d'assurance membres. Le MIB conserve généralement ces informations pendant 7 ans.

À quels moments échangeons-nous ces informations?

Quand nous recevons :

- une demande d'assurance vous concernant
- une réclamation

De plus, si une autre compagnie membre reçoit une demande d'assurance vous concernant dans les 2 ans après la soumission de la présente demande d'assurance, nous pourrions communiquer des renseignements au MIB à l'intention de cette autre compagnie.

Vos renseignements personnels sont bien protégés

Le MIB est tenu aux mêmes exigences de confidentialité des renseignements personnels que tout assureur au Canada. Il doit donc respecter les lois canadiennes et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Comme le MIB est basé aux États-Unis, vos renseignements pourraient être transférés à l'extérieur du Canada. Sachez que le MIB doit aussi respecter les lois des États-Unis en matière de protection des renseignements personnels.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la politique du MIB sur la protection de vos renseignements personnels en visitant le www.mib.com/privacy_policy.html (en anglais seulement).

Vous avez le droit de consulter vos renseignements et de les faire corriger au besoin

Vous devez contacter directement le MIB aux coordonnées suivantes :

- Par courriel canadadisclosure@mib.com
- Par téléphone 1 866 692-6901
- Par courrier
MIB, LLC
50 Braintree Hill Park, Suite 400
Braintree MA 02184-8734 USA
- Site Internet www.mib.com



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

J - Avis relatif au MIB, LLC – À remettre à la personne à assurer 2

Qu'est-ce que le MIB, LLC?

Le MIB, LLC (« MIB ») est un organisme qui permet l'échange d'information entre des compagnies d'assurance membres du MIB Group Inc. et exerçant leurs activités au Canada et aux États-Unis. Il gère une base de données qui contient les profils des clients de ces compagnies d'assurance.

Quelles informations échangeons-nous et pourquoi?

Comme presque tous les assureurs qui offrent de l'assurance de personnes au Canada, Desjardins Assurances fait partie du MIB et peut échanger des informations vous concernant avec cet organisme.

Le MIB permet de confirmer que les informations fournies par les clients des compagnies d'assurance membres sont complètes et exactes.

Nous échangeons uniquement de l'information sur les éléments qui peuvent avoir une influence sérieuse sur votre santé ou votre espérance de vie, comme :

- les troubles médicaux importants
- la pratique d'un passe-temps dangereux
- un mauvais dossier de conduite
- la consommation d'alcool ou de drogues
- un dossier criminel

Ces informations deviennent alors disponibles pour les autres compagnies d'assurance membres. Le MIB conserve généralement ces informations pendant 7 ans.

À quels moments échangeons-nous ces informations?

Quand nous recevons :

- une demande d'assurance vous concernant
- une réclamation

De plus, si une autre compagnie membre reçoit une demande d'assurance vous concernant dans les 2 ans après la soumission de la présente demande d'assurance, nous pourrions communiquer des renseignements au MIB à l'intention de cette autre compagnie.

Vos renseignements personnels sont bien protégés

Le MIB est tenu aux mêmes exigences de confidentialité des renseignements personnels que tout assureur au Canada. Il doit donc respecter les lois canadiennes et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Comme le MIB est basé aux États-Unis, vos renseignements pourraient être transférés à l'extérieur du Canada. Sachez que le MIB doit aussi respecter les lois des États-Unis en matière de protection des renseignements personnels.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la politique du MIB sur la protection de vos renseignements personnels en visitant le www.mib.com/privacy_policy.html (en anglais seulement).

Vous avez le droit de consulter vos renseignements et de les faire corriger au besoin

Vous devez contacter directement le MIB aux coordonnées suivantes :

- Par courriel canadadisclosure@mib.com
- Par téléphone 1 866 692-6901
- Par courrier
MIB, LLC
50 Braintree Hill Park, Suite 400
Braintree MA 02184-8734 USA
- Site Internet www.mib.com



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

K - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins

-  Ce consentement concerne :
- chaque **preneur** « **personne physique** »
 - chaque **personne à assurer**

1. Gestion de vos renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite.

Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches.

2. Vos droits

Vous avez le droit :

- de consulter les renseignements personnels que le Mouvement Desjardins détient à votre sujet
- de faire corriger tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent

Pour savoir comment faire, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

3. Collecte ou transfert de vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada

Desjardins Assurances fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi recueillis et/ou transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays.

Vous pouvez trouver l'information sur nos politiques et pratiques en matière de collecte et de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en consultant la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez aussi obtenir cette information ou poser toute question à ce sujet en communiquant avec nous au 1 888 558-5525.

En signant cette section :

- vous reconnaissez avoir pris connaissance de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins, que vous pouvez consulter au www.desjardins.com/politique-confidentialite,
- vous autorisez le Mouvement Desjardins à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette politique et la réglementation applicable,
- vous comprenez et acceptez que le présent consentement a préséance sur tout autre consentement que vous avez signé par le passé,
- vous comprenez que le présent consentement sera valide aussi longtemps que vous aurez une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.

 **Veillez signer à la page suivante**

K - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins (suite)
Preneurs

 **X** _____
Signature du preneur « personne physique »

_____ Date (aaaa-mm-jj)
Signé à (ville, province ou territoire)

 **X** _____
Signature du second preneur « personne physique »

_____ Date (aaaa-mm-jj)
Signé à (ville, province ou territoire)

Cochez l'option qui s'applique :

- ☐ **Preneur 1** identifié à la **section A1** – personne physique
- ☐ Preneur identifié à la **section A2** – personne physique
- ☐ Signataire autorisé identifié à la **section A3** (preneur majeur déclaré légalement inapte)

Cochez l'option qui s'applique :

- ☐ **Preneur 2** identifié à la **section A1** – personne physique
- ☐ Preneur identifié à la **section A2** – personne physique
- ☐ Signataire autorisé identifié à la **section A3** (preneur majeur déclaré légalement inapte)

Personnes à assurer âgées de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

- Si la personne à assurer est majeure et qu'elle est déclarée légalement inapte, le signataire autorisé identifié à la **section A3** doit signer en son nom.

 **X** _____
Signature de la personne à assurer 1

_____ Date (aaaa-mm-jj)
Signé à (ville, province ou territoire)

 **X** _____
Signature de la personne à assurer 2

_____ Date (aaaa-mm-jj)
Signé à (ville, province ou territoire)

Protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants : enfants âgés de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

- Si la personne à assurer est majeure et qu'elle est déclarée légalement inapte, le signataire autorisé identifié à la **section A3** doit signer en son nom.

 **X** _____
Signature de l'enfant 1

_____ Date (aaaa-mm-jj)
Signé à (ville, province ou territoire)

 **X** _____
Signature de l'enfant 2

_____ Date (aaaa-mm-jj)
Signé à (ville, province ou territoire)

 **X** _____
Signature de l'enfant 3

_____ Date (aaaa-mm-jj)
Signé à (ville, province ou territoire)

 **X** _____
Signature de l'enfant 4

_____ Date (aaaa-mm-jj)
Signé à (ville, province ou territoire)

Si la personne à assurer a **moins de 14 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.

Identification du signataire : ☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur (Québec) ☐ Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

Signataire pour : ☐ Personne à assurer 1 ☐ Personne à assurer 2
☐ Enfant 1 ☐ Enfant 2 ☐ Enfant 3 ☐ Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules)

X _____
Signature

_____ Date (aaaa-mm-jj)
Signé à (ville, province ou territoire)

Identification du signataire : ☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur (Québec) ☐ Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

Signataire pour : ☐ Personne à assurer 1 ☐ Personne à assurer 2
☐ Enfant 1 ☐ Enfant 2 ☐ Enfant 3 ☐ Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules)

X _____
Signature

_____ Date (aaaa-mm-jj)
Signé à (ville, province ou territoire)

L - Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances

 Ce consentement concerne chaque **personne à assurer**.

1. Pourquoi Desjardins Assurances a besoin de votre consentement

Votre consentement nous permet de recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels nécessaires aux fins suivantes :

1. étudier une demande d'assurance de votre part
2. gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
3. traiter une réclamation

De plus, votre consentement nous permet de faire ce qui suit, au besoin :

- consulter un ancien dossier d'assurance que vous avez chez Desjardins Assurances, si c'est le cas
- demander un rapport d'enquête sur vous à une agence de renseignements personnels, si nécessaire
- communiquer au MIB, LLC un résumé de vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, après l'étude d'une demande d'assurance de votre part

Le MIB, LLC est un organisme qui gère une base de données permettant à des compagnies d'assurance au Canada et aux États-Unis de recueillir et partager de l'information sur leurs clients.

- communiquer à votre médecin tout renseignement médical obtenu à votre sujet pendant l'étude d'une demande d'assurance ou réclamation de votre part pour que l'information vous soit transmise
- communiquer à tout assureur ou réassureur tout renseignement pertinent (comme des résultats d'exams médicaux) pour leur permettre d'évaluer une demande d'assurance de votre part

En nous donnant votre consentement, vous autorisez également nos réassureurs à recueillir, utiliser et partager vos renseignements personnels de la même façon que nous. Nos réassureurs sont des compagnies qui nous assurent nous, Desjardins Assurances.

2. Auprès de qui vos renseignements personnels sont-ils recueillis ou partagés?

Vous donnez votre consentement pour la collecte et le partage des renseignements nécessaires auprès de vous, mais aussi auprès d'autres personnes et organisations. Ces personnes et organisations comprennent, entre autres :

- le MIB, LLC
- des professionnels ou professionnelles de la santé ou des établissements de santé (exemples : médecins, hôpitaux, cliniques)
- des fournisseurs de services de santé
- des firmes paramédicales
- des organismes publics ou parapublics
- d'autres assureurs que Desjardins Assurances
- des réassureurs
- votre employeur ou un ex-employeur
- le preneur (le ou la propriétaire du contrat d'assurance), si vous n'êtes pas cette personne
- toute autre composante de Desjardins, si elle est concernée par l'assurance
- une agence de renseignements personnels ou une agence d'investigation

3. Si cette demande concerne vos enfants

Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels nécessaires sur eux, s'ils sont âgés de moins de 14 ans au Québec, ou de moins de 16 ans ailleurs qu'au Québec.

En signant à la page suivante, vous autorisez Desjardins Assurances et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette section, la réglementation applicable et la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez consulter cette politique au www.desjardins.com/politique-confidentialite.

 **Veuillez signer à la page suivante**

L - Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances (suite)

Personnes à assurer âgées de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

- Si la personne à assurer est majeure et qu'elle est déclarée légalement inapte, le signataire autorisé identifié à la **section A3** doit signer en son nom.

X _____
Signature de la personne à assurer 1

X _____
Signature de la personne à assurer 2

Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants : enfants âgés de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

- Si la personne à assurer est majeure et qu'elle est déclarée légalement inapte, le signataire autorisé identifié à la **section A3** doit signer en son nom.

X _____
Signature de l'enfant 1

X _____
Signature de l'enfant 2

Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

X _____
Signature de l'enfant 3

X _____
Signature de l'enfant 4

Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Si la personne à assurer a **moins de 14 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.

Identification du signataire : ☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur (Québec) ☐ Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

Signataire pour : ☐ Personne à assurer 1 ☐ Personne à assurer 2
☐ Enfant 1 ☐ Enfant 2 ☐ Enfant 3 ☐ Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) **X** _____
Signature

Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Identification du signataire : ☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur (Québec) ☐ Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

Signataire pour : ☐ Personne à assurer 1 ☐ Personne à assurer 2
☐ Enfant 1 ☐ Enfant 2 ☐ Enfant 3 ☐ Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) **X** _____
Signature

Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

M - Consentement relatif à la divulgation de renseignements personnels complémentaires au représentant

 **Veuillez utiliser un formulaire pour chaque personne à assurer concernée.**

Directives à l'intention du représentant

- L'obtention du consentement de la personne à assurer n'est pas obligatoire dans le cadre d'une demande d'assurance.
- Seule la personne à assurer peut être informée des renseignements personnels complémentaires que vous pourriez obtenir à son sujet auprès de Desjardins Assurances.

 Dans la section 3 ci-dessous, nous utilisons le terme « représentant » pour désigner :

- le représentant avec qui le preneur fait affaire; **et**
- certains membres désignés du personnel administratif du centre financier auquel le représentant est rattaché.

1. Identification de la personne à assurer

Prénom	Nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
--------	-----	--------------------------------

2. Identification du représentant

Prénom	Nom	Code du représentant
--------	-----	----------------------

3. À quoi sert ce consentement?

Dans le cadre d'une demande d'assurance, vous devez fournir différents renseignements personnels, comme ceux liés à votre santé et à vos habitudes de vie. Lorsque nous étudions la demande d'assurance, il arrive que nous obtenions des renseignements **complémentaires** à ceux que vous nous avez déjà fournis. Sachez que nous ne sommes pas autorisés à partager ces renseignements complémentaires avec le représentant, à moins que vous nous autorisiez à le faire.

En signant ce consentement, vous nous autorisez à partager ces renseignements complémentaires avec le représentant pour qu'il puisse vous expliquer la décision prise à l'égard de l'assurance demandée.

Exemples de renseignements personnels complémentaires que nous pourrions partager avec le représentant :

- Des résultats d'examen médicaux et/ou d'épreuves de laboratoire
- Des précisions sur votre santé, comme des maladies ou des troubles de santé particuliers (ex. : maladies mentales, maladies infectieuses, consommation de médicaments, de drogues ou d'alcool), des traitements reçus ou votre participation à des programmes de réhabilitation
- Des renseignements sur votre santé et vos habitudes de vie que nous pourrions découvrir lors de l'étude de la demande d'assurance et que vous ignoriez au moment où vous avez signé la proposition d'assurance
- Vos antécédents professionnels et votre situation financière
- Une infraction au Code de la sécurité routière ou à d'autres lois similaires
- Une infraction au Code criminel

i **Rassurez-vous! Même si vous nous autorisez à partager des renseignements personnels complémentaires avec le représentant, nous ne lui divulguons pas de renseignements que nous jugeons hautement confidentiels (ex. : résultats de tests qui démontrent la présence d'une maladie grave).**

Fin du consentement

Ce consentement prendra fin **60 jours** après la date à laquelle le représentant aura été informé de notre décision à l'égard de l'assurance demandée.

Annulation du consentement

Vous pouvez annuler ce consentement en tout temps en nous appelant au 1 877 315-8484.

4. Déclaration et signature

En signant ci-dessous, je reconnais avoir pris connaissance du présent consentement et en comprendre la portée.

Personne à assurer âgée de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

- Si la personne à assurer est majeure et qu'elle est déclarée légalement inapte, le signataire autorisé identifié à la **section A3** doit signer en son nom.

X _____
Signature de la personne à assurer Signé à (ville, province ou territoire) Date (aaaa-mm-jj)

Si la personne à assurer a **moins de 14 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.

Identification du signataire : ☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur (Québec) ☐ Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) X Signature _____ Signé à (ville, province ou territoire) _____ Date (aaaa-mm-jj) _____

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

N - Déclarations et autorisations

- 1- Le preneur et la personne à assurer déclarent que toutes les réponses et les déclarations qu'ils ont fournies dans la présente proposition, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, sont véridiques et complètes. Ils comprennent que toutes ces réponses et déclarations serviront de base à l'établissement du contrat.

De plus, ils comprennent que tous les renseignements supplémentaires recueillis par Desjardins Assurances en lien avec l'assurabilité de la personne à assurer dans le cadre de l'étude de la demande d'assurance (questionnaires, examens, tests, entrevues téléphoniques, etc.) serviront aussi de base à l'établissement du contrat.

- 2- Le preneur et la personne à assurer s'engagent à aviser Desjardins Assurances de tout changement dans l'assurabilité de la personne à assurer entre la date de signature de la proposition et la date de prise d'effet des protections demandées, telle qu'elle est définie dans les Dispositions générales du contrat qui sera établi. Un tel changement peut comprendre, par exemple :

- Un changement dans l'état de santé
- Un trouble, une maladie, une affection, une blessure, une opération ou un traitement
- Une consultation, un examen ou un traitement par un professionnel de la santé
- Une recommandation de prendre un rendez-vous ou de demander une consultation avec un professionnel de la santé qui n'a pas encore eu lieu
- Un test médical ou une recommandation de subir un test médical, quel qu'il soit, qui n'a pas encore eu lieu
- Un accident
- Un changement d'emploi, de fonctions ou de responsabilités
- Un changement dans les habitudes de vie :
 - Consommation de tabac, de produits de nicotine, d'alcool, de cannabis, etc.
 - Pratique d'un sport dangereux
 - Voyage ou séjour à l'extérieur du Canada ou des États-Unis
- Une infraction au Code de la sécurité routière ou à d'autres lois similaires
- Une infraction au Code criminel
- Etc.

- 3- La personne à assurer consent à ce que l'assurance soit établie sur sa personne.

- 4- La personne à assurer accepte que les renseignements personnels fournis à son sujet dans la présente proposition, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, soient communiqués au preneur.

- 5- Le preneur reconnaît :

- a) que le produit lui a été bien décrit et que la nature des protections demandées lui a été bien précisée;
- b) que les exclusions applicables à ces protections lui ont été clairement expliquées;
- c) qu'il a reçu ou s'est vu présenter l'illustration expliquant les valeurs et/ou les caractéristiques des protections demandées;
- d) que les renseignements fournis dans la « Déclaration de résidence aux fins de l'impôt », le cas échéant, sont exacts et complets et que, en cas de changement, il doit fournir à Desjardins Assurances une nouvelle déclaration dans un délai de 30 jours;
- e) qu'il s'engage à fournir à Desjardins Assurances, dans un délai de 90 jours, le ou les numéros d'entreprise ou de fiducie manquants à la **section A2 – Identification d'un preneur qui n'est pas une personne à assurer**;
- f) qu'il s'engage à fournir à Desjardins Assurances, dans un délai de 90 jours, le cas échéant, une copie de toute licence de cannabis valide délivrée par Santé Canada, et, selon la nature des activités de son entreprise, par l'Agence du revenu du Canada;
- g) que le représentant lui a communiqué verbalement ou par écrit le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il fait affaire, le fait qu'il reçoit des commissions ou un salaire pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis, ou à des avantages non pécuniaires, comme la participation à des congrès ou à d'autres activités de reconnaissance.

- 6- Si la « conservation d'âge » s'applique à la **section H – Paiement de l'assurance** :

- a) Le preneur accepte que le montant du premier retrait comprenne :
 - la prime mensuelle indiquée à la sous-section « Information sur la prime »; **et**
 - toutes les primes dues rétroactivement.
- b) Le preneur comprend que la ou les personnes à assurer ne seront pas couvertes à partir du jour indiqué à la sous-section « Conservation d'âge ». Elles seront plutôt couvertes à compter de la date de prise d'effet des protections demandées, telle qu'elle est définie dans les Dispositions générales du contrat.

- 7- Le preneur et la personne à assurer reconnaissent que toute déclaration inexacte, y compris celle relative à la consommation de tabac ou de produits de nicotine, peut entraîner l'annulation du contrat.

- 8- Le preneur comprend que si l'option « Lors de la livraison du contrat » a été choisie à la **section H – Paiement de l'assurance**, les avantages liés à la divulgation des informations de paiement ne s'appliqueront pas.

- 9- La personne à assurer reconnaît qu'elle a lu la **section J - Avis relatif au MIB, LLC**.

- 10- Le preneur et la personne à assurer ont lu la présente section avant de la signer.

- 11- Le preneur reconnaît que le représentant lui a décrit l'Assurance vie provisoire, s'il y a lieu, et il en accepte toutes les conditions, les limites et les exclusions applicables.

- 12- Le preneur reconnaît que le représentant lui a décrit l'Assurance maladies graves provisoire, s'il y a lieu, et il en accepte toutes les conditions, les limites et les exclusions applicables. Il reconnaît également que le représentant lui a présenté et décrit la Partie 1 – Description de la protection prévue à la **section I2 – Assurance maladies graves provisoire** et la Partie 2 – Définition des troubles de santé couverts de l'Assurance maladies graves provisoire.

- 13- Le preneur reconnaît que le représentant lui a expliqué la nature de l'Assurance invalidité conditionnelle, s'il y a lieu. Il reconnaît également que le représentant lui a présenté et décrit le spécimen de contrat SOLO Assurance salaire et/ou SOLO Assurance proprio, selon le cas.

N - Déclarations et autorisations (suite)

- 14- Pour les protections prévoyant un versement en cas de décès ou de maladies graves :** Le preneur comprend que la personne à assurer sera couverte à partir de la signature de la proposition par les protections demandées ou par une assurance provisoire, s'il y a lieu, si les conditions suivantes sont respectées :
- l'option « Lors de la livraison du contrat » ne doit pas avoir été cochée à la **section H – Paiement de l'assurance**;
 - les informations de paiement de la prime doivent être fournies à la **section H – Paiement de l'assurance**; et
 - si le mode de paiement choisi dans cette section est « Débits préautorisés », le formulaire **09312F – Accord de débits préautorisés (DPA)** dûment rempli doit être joint à la présente proposition.

- 15- Pour les protections prévoyant un versement en cas d'invalidité :** Le preneur comprend que la personne à assurer pourra bénéficier des avantages de l'Assurance invalidité conditionnelle, s'il y a lieu, si les conditions suivantes sont respectées :
- l'option « Lors de la livraison du contrat » ne doit pas avoir été cochée à la **section H – Paiement de l'assurance**;
 - les informations de paiement de la prime doivent être fournies à la **section H – Paiement de l'assurance**; et
 - si le mode de paiement choisi dans cette section est « Débits préautorisés », le formulaire **09312F – Accord de débits préautorisés (DPA)** dûment rempli doit être joint à la présente proposition.

Remarque : Le Formulaire complémentaire de vérification d'identité (08295F) dûment rempli et tous les documents demandés dans ce formulaire doivent être joints à la proposition dans la situation suivante :

- a) le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité; et
- b) une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne est demandée.

Preneurs

X

Signature du preneur

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Cochez l'option qui s'applique :

- ☐ **Preneur 1** identifié à la **section A1** – personne physique
- ☐ Preneur identifié à la **section A2** – personne physique
- ☐ Signataire autorisé identifié à la **section A3** (personne morale, fiducie ou autre entité / preneur majeur déclaré légalement inapte)

X

Signature du second preneur

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Cochez l'option qui s'applique :

- ☐ **Preneur 2** identifié à la **section A1** – personne physique
- ☐ Preneur identifié à la **section A2** – personne physique
- ☐ Signataire autorisé identifié à la **section A3** (personne morale, fiducie ou autre entité / preneur majeur déclaré légalement inapte)

Personnes à assurer âgées de **18 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

- Si la personne à assurer est majeure et qu'elle est déclarée légalement inapte, le signataire autorisé identifié à la **section A3** doit signer en son nom.

X

Signature de la personne à assurer 1

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

X

Signature de la personne à assurer 2

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Protection SOLO Assurance soins de santé : enfants âgés de **18 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

- Si la personne à assurer est majeure et qu'elle est déclarée légalement inapte, le signataire autorisé identifié à la **section A3** doit signer en son nom.

X

Signature de l'enfant 1

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

X

Signature de l'enfant 2

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

X

Signature de l'enfant 3

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

X

Signature de l'enfant 4

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

N - Déclarations et autorisations (suite)

Si la personne à assurer a **moins de 18 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.

Identification du signataire : ☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur (Québec) ☐ Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

Signataire pour : ☐ Personne à assurer 1 ☐ Personne à assurer 2
☐ Enfant 1 ☐ Enfant 2 ☐ Enfant 3 ☐ Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules)

X _____
Signature

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Identification du signataire : ☐ Parent (père ou mère) ☐ Tuteur (Québec) ☐ Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

Signataire pour : ☐ Personne à assurer 1 ☐ Personne à assurer 2
☐ Enfant 1 ☐ Enfant 2 ☐ Enfant 3 ☐ Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)

Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules)

X _____
Signature

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Consentement du bénéficiaire irrévocable et du créancier pour les modifications majeures demandées à la section D

- Cette section doit être remplie lorsque la signature du bénéficiaire irrévocable ou du créancier ayant pris une garantie sur le contrat est requise.

Bénéficiaire irrévocable du contrat : Je déclare que je consens à toute modification demandée à la **section D** du présent document, y compris la révocation de ma désignation à titre de bénéficiaire irrévocable, s'il y a lieu.

Prénom et nom

X _____
Signature

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Prénom et nom

X _____
Signature

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Créancier ayant pris une garantie sur le contrat : Je déclare que je consens à toute modification demandée à la **section D** du présent document.

Nom

X _____
Signature

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

O - Consentement particulier

Applicable au Québec seulement

Dans le cadre de l'offre de services financiers d'assurances et de rentes qu'un de nos représentants pourra vous faire, nous souhaitons utiliser des renseignements nécessaires d'ordre personnel ou financier. Pour plus de précisions sur le contenu de chacune de ces catégories de renseignements, vous pouvez vous reporter au verso. Veuillez autoriser, dans le tableau ci-dessous, les « Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués » auxquelles vous consentez.

Après avoir pris connaissance de l'Avis de consentement particulier présenté au verso, je soussigné consens à ce que les renseignements que Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers détient à mon égard soient utilisés dans le cadre d'une offre de services financiers d'assurances et de rentes.

Ce consentement sera valide jusqu'à sa révocation ou jusqu'à la date de révocation indiquée ci-dessous.

Identification et signature – preneur(s) et personne(s) à assurer		Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués et Autorisation	
Note : Si la personne est majeure et qu'elle est déclarée légalement inapte, le signataire autorisé identifié à la section A3 doit signer en son nom.			
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
X			
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
X			
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
X			
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
X			
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
X			
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels ☐ Oui ☐ Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers ☐ Oui ☐ Non	
X			

Conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, **vous pouvez demander qu'on vous donne accès aux renseignements qu'on détient sur vous.**

O - Consentement particulier (suite)

Avis de consentement particulier

Vous êtes libre de donner ce consentement ou non

Article 92 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers

Ce que vous devez savoir

- Nous détenons, aujourd'hui, des renseignements à votre sujet.
- Nous avons besoin de votre consentement pour permettre à certains de nos représentants d'avoir accès à ces renseignements.
- Ces représentants auront aussi accès aux mises à jour des renseignements faites pendant la durée du consentement.
- Ces représentants utiliseront les renseignements disponibles **afin de vous solliciter pour de nouveaux produits et services financiers.**

Vous êtes libre d'établir la durée de validité de votre consentement

- Si vous accordez un consentement pour une période indéterminée, vous pourrez en tout temps y mettre fin en le révoquant.
À la fin du présent formulaire, vous trouverez un modèle de révocation que vous pourrez utiliser ou dont vous pourrez vous inspirer.
- Si vous voulez accorder un consentement pour une période limitée, vous pourrez le faire en fixant vous-même cette période.
Le présent formulaire prévoit à la section « Consentement particulier » un endroit où vous pourrez inscrire la période désirée.

La Loi sur la distribution de produits et services financiers vous donne des droits importants.

Sans cette autorisation spécifique, Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers ne pourra utiliser ces renseignements à d'autres fins que celles pour lesquelles ils ont été recueillis. **Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers ne peut vous contraindre à donner ce consentement ni refuser de continuer à faire affaire avec vous du seul fait que vous refusez de le lui donner;** l'article 94 de la loi vous protège. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec l'Autorité des marchés financiers à l'un des numéros suivants :

Québec : 418 525-0337 Montréal : 514 395-0337 Sans frais : 1 877 525-0337

Les renseignements que nous détenons à votre sujet, aujourd'hui, ont été recueillis dans le cadre de l'offre de services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et services complémentaires.

Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués

Personnels : notamment prénom et nom, date de naissance, sexe, adresse, numéro de téléphone, emploi.

Financiers : notamment revenu personnel et familial, personnes à charge, autres assurances et rentes en vigueur, placements, bilan financier, si entreprise : actif et passif.

Modèle de révocation du consentement particulier

Prénom et nom (en lettres majuscules)			Numéro de contrat
Adresse (N°, rue, app.)			Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Ville	Province ou territoire	Code postal	Numéro de téléphone à 10 chiffres

Je révoque le consentement particulier donné à

Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers
200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2

par l'avis suivant :

En date du : _____
Date (aaaa-mm-jj)

Par la présente, je soussigné, _____, vous avise que j'annule
Prénom et nom du preneur ou de la personne assurée

le consentement particulier visant à vous permettre d'utiliser les renseignements qui me concernent à de nouvelles fins.

Consentement que je vous ai donné le : _____
Date du consentement (aaaa-mm-jj)

X

Signature du preneur ou de la personne assurée
(ou signataire autorisé si cette personne est majeure et qu'elle est déclarée légalement inapte)

Signé à (ville, province ou territoire)

P - Informations et déclaration du représentant

Rémunération: ☐ de carrière ☐ accélérée ☐ sans objet

Le représentant déclare :

- 1- que les preneurs et les personnes à assurer ont lu toutes les questions de la présente proposition et qu'à sa connaissance, leurs réponses sont véridiques et complètes;
- 2- qu'il a vu toutes les personnes à assurer;
- 3- qu'il a vu tous les preneurs (y compris les personnes autorisées à signer au nom des preneurs s'il s'agit de personnes morales, de fiducies ou d'autres entités) et qu'il a dûment vérifié leur identité;
- 4- qu'il a fait part des informations suivantes aux preneurs ou qu'il les leur a communiquées par écrit : le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il fait affaire, le fait qu'il reçoit des commissions ou un salaire pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis, ou à des avantages non pécuniaires, comme la participation à des congrès ou à d'autres activités de reconnaissance;
- 5- qu'il a communiqué par écrit aux preneurs tout conflit d'intérêts relatif à cette proposition;
- 6- qu'il a rempli le Formulaire complémentaire de vérification d'identité (08295F) et s'est assuré que les documents requis y étaient joints, si le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité et qu'une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne est demandée.

Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cochez si vous êtes stagiaire ☐
Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cochez si vous êtes stagiaire ☐
Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cochez si vous êtes stagiaire ☐

Le représentant est-il la personne à assurer ou le preneur?	☐ Oui ☐ Non
---	---

X

Signature du représentant

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

QUÉBEC SEULEMENT - Si le représentant est un stagiaire, veuillez remplir cette section.

Prénom du superviseur	Nom du superviseur	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel			

X

Signature du superviseur (au Québec seulement)

Signé à (ville, province ou territoire)

Date (aaaa-mm-jj)

Références

1

Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse (N°, rue, app.)			Numéro de téléphone à 10 chiffres
			Rés. : _____ Cell. : _____
Ville	Province ou territoire	Code postal	Trav. : _____, poste : _____

2

Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse (N°, rue, app.)			Numéro de téléphone à 10 chiffres
			Rés. : _____ Cell. : _____
Ville	Province ou territoire	Code postal	Trav. : _____, poste : _____

3

Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse (N°, rue, app.)			Numéro de téléphone à 10 chiffres
			Rés. : _____ Cell. : _____
Ville	Province ou territoire	Code postal	Trav. : _____, poste : _____

4

Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse (N°, rue, app.)			Numéro de téléphone à 10 chiffres
			Rés. : _____ Cell. : _____
Ville	Province ou territoire	Code postal	Trav. : _____, poste : _____



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.