

L'assurance Acceptionnelle Vie<sup>MC</sup> est offerte et souscrite par Co-operators Compagnie d'assurance-vie et est distribuée par Hunter McCorquodale et ses conseillers des ventes sous contrat.

# PROPOSITION D'ASSURANCE

(non offerte au Québec)

## TEMPORAIRE 10, NON RENOUELABLE, NON TRANSFORMABLE

Remarque : Dans la présente proposition, les termes « vous », « votre » et « vos » font référence au propriétaire de la police et/ou à la personne à assurer, selon le cas.

### AVIS SUR LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE DU CONSOMMATEUR DE CO-OPERATORS COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE

#### APPRECIATION DU RISQUE

Nous vous remercions de vous être adressé à Co-operators Compagnie d'assurance-vie pour souscrire votre assurance.

Votre proposition sera évaluée afin de déterminer si la personne à assurer est admissible à la police demandée. Nous commencerons par examiner les renseignements fournis dans la proposition. Nous vérifierons ces renseignements ou demanderons des précisions de la façon indiquée ci-après. Pour l'établissement de la prime à payer, nous traitons toutes les propositions de façon uniforme et équitable.

Nous vous informerons s'il nous est impossible d'accepter le risque, ou si nous ne pouvons vous offrir qu'une assurance modifiant la protection recherchée ou moyennant une surprime, ou en ajoutant des exclusions d'après l'information obtenue lors du processus de présentation de la proposition d'assurance. Nous vous expliquerons, en termes généraux, les motifs de notre décision. Sur demande, nous vous donnerons des explications plus précises ou nous les communiquerons à votre médecin.

#### RÈGLES RELATIVES AUX RENSEIGNEMENTS

**Collecte de renseignements** - Votre proposition est une source d'information. Nous nous réservons cependant le droit :

- de vous demander de subir un examen médical ou tout autre test, notamment un électrocardiogramme, une analyse de sang ou une analyse des urines;
- de demander à des médecins, à des hôpitaux ou à d'autres fournisseurs de soins de santé de confirmer les renseignements que vous nous avez fournis ou de nous donner des précisions (les renseignements en question sont décrits dans l'autorisation que vous avez signée, dont nous vous donnerons une copie sur demande);
- d'obtenir un rapport d'une agence de renseignements sur le consommateur (voir ci-après les explications concernant ce rapport et les droits dont vous bénéficiez aux termes des lois provinciales);
- d'obtenir des renseignements auprès du MIB, inc. (voir plus loin pour en savoir plus sur cette organisation);
- d'avoir une entrevue téléphonique avec vous;
- de demander des renseignements à d'autres organisations à qui vous avez présenté une proposition d'assurance ou une demande de règlement;
- de demander des renseignements aux réassureurs qui ont pris en charge une partie du risque lié à la présente ou à d'autres propositions d'assurance ou qui ont étudié une demande de règlement.

**Utilisation de l'information** - Les renseignements recueillis dans le cadre de la relation d'assurance serviront uniquement à l'exercice de nos activités. Si vous nous communiquez votre numéro d'assurance sociale, nous l'utiliserons pour la déclaration de revenus et l'administration de toutes garanties, polices ou contrats en vertu desquels vous êtes assuré ou pour vérifier les renseignements fournis dans le cadre de la souscription du risque.

**Accès à l'information** - Sur demande écrite, nous vous enverrons une copie des renseignements pertinents que nous avons recueillis à votre sujet pour l'évaluation de votre proposition, sous réserve de toute restriction autorisée par la loi. Si vous êtes d'avis que ces renseignements sont inexacts ou incomplets, nous les vérifierons. Si nous sommes d'accord avec vous, nous apporterons les corrections nécessaires. Dans le cas contraire, vous avez le droit de formuler une demande de rectification, qui accompagnera tous les renseignements que nous communiquerons à des tiers. Cependant, nous ne vous transmettrons pas les renseignements recueillis relativement à une demande de règlement ou à une poursuite judiciaire en cours ou éventuelle.

**Conservation de l'information** - Les renseignements que vous nous fournissez sont conservés pendant toute la durée de votre contrat et servent au règlement convenable des demandes. Dans le cas du rejet de votre proposition ou de votre décision de ne pas souscrire l'assurance demandée, ces renseignements seront conservés et serviront à l'étude de toute proposition présentée à une date ultérieure, ainsi qu'à la vérification de renseignements reçus par nous ou d'autres assureurs pour toutes autres propositions d'assurance que vous pourriez soumettre.

#### RAPPORTS SUR LE CONSOMMATEUR

Nous demandons parfois à une agence indépendante de nous fournir un rapport sur le consommateur pour vérifier ou préciser des renseignements fournis relativement à la proposition. L'agence de renseignements sur le consommateur collecte des renseignements au sujet de votre santé, de votre mode de vie, de vos activités professionnelles, de vos finances et de vos caractéristiques particulières. L'agence peut s'adresser, en personne ou par téléphone, à vous ou à vos collègues ou collaborateurs, à des institutions financières ou à d'autres sources pertinentes.

L'agence qui fait le rapport sera discrète et impartiale. Il se peut qu'elle conserve les renseignements et les fournisse, dans les limites permises par la loi, à d'autres intervenants qui ont un besoin légitime de consulter ces rapports. Nous vous communiquerons, sur demande, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de toute agence à laquelle nous demandons d'établir un rapport à votre sujet. L'agence vous fournira les renseignements contenus dans son rapport si vous en faites la demande et présentez une preuve de votre identité.

#### DOSSIER DE CONDUITE

Dans certains cas, nous nous adressons à la division des véhicules à moteur de votre province pour obtenir une copie de votre dossier de conduite afin d'évaluer l'assurabilité ou le risque de mortalité.

#### MIB, INC. (MIB)

Toute information concernant votre assurabilité sera considérée comme confidentielle. Cependant, nous ou nos réassureurs pouvons faire un bref rapport au MIB, Inc., une association à but non lucratif de sociétés d'assurance qui exploite un échange d'information au nom de ses membres. Si vous soumettez une demande d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement auprès d'une autre société membre du MIB, le MIB fournira sur demande à cette société l'information contenue dans son dossier. Dès réception d'une demande de votre part, le MIB divulguera toute information qu'il peut avoir dans votre dossier. Vous pouvez joindre le MIB à [canada\\_disclosure@mib.com](mailto:canada_disclosure@mib.com).

**CETTE PAGE DOIT ÊTRE DÉTACHÉE ET REMISE AU PROPOSANT.**

## AVIS SUR LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE DU CONSOMMATEUR DE CO-OPERATORS COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE (SUITE)

Si vous doutez de l'exactitude de l'information dans le fichier du MIB, communiquez avec le MIB à l'adresse suivante et demandez une correction : 330 University Avenue, Suite 501, Toronto (Ontario) M5G 1R7. Nous ou nos réassureurs pouvons également communiquer des informations dans notre dossier à d'autres compagnies d'assurance à qui vous pouvez soumettre une demande d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement. Les consommateurs peuvent obtenir de l'information au sujet du MIB sur son site Web au [www.mib.com](http://www.mib.com).

### REMPLACEMENT

Si vous avez l'intention de résilier un contrat existant, d'en demander la valeur de rachat ou d'obtenir une avance sur police afin d'acquitter les primes de la police demandée par la présente, veuillez en informer votre conseiller en sécurité financière. Il vous fournira les renseignements dont vous avez besoin pour comparer la police que vous avez demandée à la police que vous prévoyez remplacer ou utiliser.

#### Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Co-operators Compagnie d'assurance-vie s'engage à protéger la vie privée de ses clients, ainsi que la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels recueillis, utilisés, conservés et divulgués dans le cadre de ses affaires.

Co-operators reconnaît et respecte le droit à la vie privée. Lorsque vous adhérez à une assurance ou que vous présentez une demande de règlement, nous établissons un dossier confidentiel, puis nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels à votre sujet pour établir, administrer, traiter et gérer votre assurance. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Seuls les membres de notre personnel et d'autres personnes autorisées ont accès à vos renseignements personnels afin d'exécuter leurs fonctions. Nos systèmes et procédures sont conçus pour prévenir la perte, l'utilisation inappropriée ou non autorisée, la divulgation, la modification ou la destruction de vos renseignements. Notre engagement à l'égard de la sécurité s'applique également aux contrats et aux ententes que nous signons avec nos fournisseurs et prestataires de services externes. Nous pouvons conserver et utiliser vos renseignements personnels au Canada, aux États-Unis et dans d'autres pays à des fins de traitement, de stockage, d'analyse ou de reprise des activités après sinistre. De plus, ceux-ci peuvent être divulgués, dans le cadre d'une ordonnance légale et en vertu des lois applicables, à un gouvernement, à un tribunal, ainsi qu'à un organisme de réglementation et d'application de la loi. Pour plus de détails quant à notre politique sur la vie privée, visitez le [www.cooperators.ca](http://www.cooperators.ca). Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, communiquez avec le chef de la Protection de la vie privée de Co-operators aux coordonnées suivantes : Priory Square, Guelph (Ontario) N1H 6P8. Téléphone : 1-888-887-7773. Courriel : [privacy@cooperators.ca](mailto:privacy@cooperators.ca) (veuillez préciser quelle compagnie de Co-operators est concernée par votre demande).

Si vous refusez l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels dans le cadre de votre demande d'adhésion et de la gestion de toute police que nous établissons, nous ne serons pas en mesure de vous offrir le produit d'assurance qui vous intéresse, de gérer votre assurance ou de traiter votre demande de règlement.

**CETTE PAGE DOIT ÊTRE DÉTACHÉE ET REMISE AU PROPOSANT.**

L'assurance Acceptionnelle Vie<sup>MC</sup> est offerte et souscrite par Co-operators Compagnie d'assurance-vie et est distribuée par Hunter McCorquodale et ses conseillers des ventes sous contrat.

# PROPOSITION D'ASSURANCE

(non offerte au Québec)

## TEMPORAIRE 10, NON RENOUELABLE, NON TRANSFORMABLE

Remarque : Dans la présente proposition, les termes « vous », « votre » et « vos » font référence au propriétaire de la police et/ou à la personne à assurer, selon le cas.

### A. PERSONNE À ASSURER

Aux fins de la présente proposition, le terme « assuré » ou l'expression « personne à assurer » s'entend de la personne sur la tête de laquelle une assurance est demandée.

- Nom \_\_\_\_\_  
Prénom Initial Nom de famille
- Nom de jeune fille (selon le cas) \_\_\_\_\_ Langue pour la police :  Français  Anglais
- Date de naissance \_\_\_\_\_ Lieu de naissance \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA
- État matrimonial :  Célibataire  Marié  Séparé  Divorcé  Veuf  Conjoint de fait
- Citoyenneté :  Canadienne  Résidence permanente - Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_  Homme  Femme
- Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue Ville Province Code postal
- Nombre d'années \_\_\_\_\_ Adresse antérieure, si moins d'un an \_\_\_\_\_
- Numéro de téléphone - domicile \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone - travail \_\_\_\_\_
- Courriel \_\_\_\_\_
- Profession/Tâches \_\_\_\_\_ Durée \_\_\_\_\_
- Nom de l'employeur \_\_\_\_\_
- Adresse de l'employeur \_\_\_\_\_  
N° et rue Ville Province Code postal

### B. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DE LA PERSONNE À ASSURER

Confirmer l'identité à l'aide d'un document d'identité avec adresse, photo et signature.

- Numéro de permis de conduire \_\_\_\_\_ Province où il a été délivré \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA
- OU** - L'un des documents suivants :
- Passeport Numéro \_\_\_\_\_ Lieu de délivrance \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA
- Carte de résident permanent Numéro \_\_\_\_\_ Lieu de délivrance \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

### C. ASSURANCE DEMANDÉE

- Capital assuré (minimum 300 000 \$, maximum 10 000 000 \$) \_\_\_\_\_ \$
- Objectif de l'assurance :  Personnel Raison \_\_\_\_\_ Revenu annuel \_\_\_\_\_ \$ Valeur nette \_\_\_\_\_ \$  
 Affaires Remplir le **questionnaire sur les finances**

### D. PROPRIÉTAIRE

- Le propriétaire de la police sera :  L'assuré (remplir la désignation de bénéficiaire à la page suivante)  
 Une personne autre que l'assuré (fournir de l'information supplémentaire ci-dessous)  
 Une société ou toute autre entité (remplir la partie Propriétaire - entreprise)
- Nom \_\_\_\_\_  
Prénom Initial Nom de famille
- Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue Ville Province Code postal
- Numéro de téléphone - domicile \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone - travail \_\_\_\_\_
- Courriel \_\_\_\_\_
- Nom de l'employeur \_\_\_\_\_
- Adresse de l'employeur \_\_\_\_\_  
N° et rue Ville Province Code postal

## E. VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU PROPRIÉTAIRE (S'IL NE S'AGIT PAS DE L'ASSURÉ)

Confirmer l'identité à l'aide d'un document d'identité avec adresse, photo et signature.

1. Numéro de permis de conduire \_\_\_\_\_ Province où il a été délivré \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA

**OU** - L'un des documents suivants :

Passeport Numéro \_\_\_\_\_ Lieu de délivrance \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA

Carte de résident permanent Numéro \_\_\_\_\_ Lieu de délivrance \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_

JJ/MMM/AAAA

## F. PROPRIÉTAIRE - ENTREPRISE

1. Dénomination sociale de l'entreprise ou de l'entité \_\_\_\_\_ Province d'enregistrement \_\_\_\_\_

2. Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

3. Personne-ressource pour la correspondance \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

## G. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Faute de désignation de bénéficiaire, le propriétaire (s'il est vivant) ou la succession du propriétaire est le bénéficiaire par défaut.

**1. PREMIER(S) BÉNÉFICIAIRE(S)** Si le bénéficiaire doit être irrévocable, veuillez remplir le formulaire de désignation de bénéficiaire irrévocable.

| Nom complet | Lien entre le bénéficiaire et l'assuré | Lien entre le bénéficiaire et le propriétaire (s'il ne s'agit pas de l'assuré) | Date de naissance du bénéficiaire (JJ/MMM/AAAA) | Part en % (total 100 %) |
|-------------|--|--|---|-------------------------|
|             |  |  |   |                         |
|             |  |  |   |                         |
|             |  |  |   |                         |

**2. BÉNÉFICIAIRE(S) SUBSIDIAIRE(S)** Si le bénéficiaire doit être irrévocable, veuillez remplir le formulaire de désignation de bénéficiaire irrévocable.

| Nom complet | Lien entre le bénéficiaire et l'assuré | Lien entre le bénéficiaire et le propriétaire (s'il ne s'agit pas de l'assuré) | Date de naissance du bénéficiaire (JJ/MMM/AAAA) | Part en % (total 100 %) |
|-------------|--|--|---|-------------------------|
|             |  |  |   |                         |
|             |  |  |   |                         |
|             |  |  |   |                         |

## 3. FIDUCIAIRE POUR LES ENFANTS MINEURS

| Nom du fiduciaire | Lien entre le fiduciaire et l'assuré | En fiducie jusqu'à l'âge de |
|-------------------|--------------------------------------|-----------------------------|
|                   |                                      |                             |
|                   |                                      |                             |
|                   |                                      |                             |

## H. RENSEIGNEMENTS BANCAIRES DU PROPRIÉTAIRE

1. Prime modale \_\_\_\_\_ \$ Mode de paiement de la prime :  PA mensuel  Annuel  Semestriel

2. Payeur de la prime :  Assuré

Autre \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Nom du détenteur du compte conjoint \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

3. Date du retrait :  À l'établissement **OU**  Préciser la date \_\_\_\_\_

Remarque : Le retrait ne peut avoir lieu le 29<sup>e</sup>, 30<sup>e</sup> ou 31<sup>e</sup> jour du mois.

## I. RÉGIME DE PRÉ-AUTORISATION DE PAIEMENT

Joindre un spécimen de chèque.

1. Le propriétaire autorise Co-operators Compagnie d'assurance-vie à faire des prélèvements sur son compte bancaire à son institution financière afin de payer les primes des polices établies sur la foi de la proposition.

Établir un nouveau compte PA

Utiliser un compte PA existant

## J. FAILLITE

1. Est-ce qu'un propriétaire ou un assuré a déjà déclaré faillite ou effectué une cession volontaire, ou est actuellement un failli non libéré? .....  Oui  Non  
Si oui, veuillez fournir des détails (y compris la date de la libération et préciser s'il s'agissait d'une faillite d'entreprise ou personnelle). \_\_\_\_\_

## K. ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE (PERSONNE À ASSURER)

1. Avez-vous une assurance vie à l'étude ou en vigueur? .....  Oui  Non

| Nom de l'entreprise | Personnelle/Affaires | En vigueur/à l'étude | Montant d'assurance | Date d'établissement/À l'étude |
|---------------------|----------------------|----------------------|---------------------|--------------------------------|
|                     |                      |                      |                     |                                |
|                     |                      |                      |                     |                                |
|                     |                      |                      |                     |                                |
|                     |                      |                      |                     |                                |
|                     |                      |                      |                     |                                |

2. Cette assurance remplacera-t-elle ou modifiera-t-elle considérablement toute autre police d'assurance vie individuelle en vigueur où que ce soit?  Oui  Non  
Si oui, veuillez remplir la **Déclaration en cas de remplacement d'une police d'assurance vie**.

3. Une proposition d'assurance vie, maladie, maladies graves ou invalidité a-t-elle déjà été refusée, reportée, modifiée ou acceptée avec surprime? ..  Oui  Non  
Si oui, veuillez préciser (notamment l'assureur, la décision et la date approximative). \_\_\_\_\_

## L. SECTION DE RENSEIGNEMENTS NON MÉDICAUX (PERSONNE À ASSURER)

### 1. ACTIVITÉS DANGEREUSES

- a. Au cours des deux dernières années, avez-vous effectué des vols en tant que pilote, apprenti pilote, ou membre de l'équipage? .....  Oui  Non
- b. Au cours des deux dernières années, avez-vous participé à une quelconque activité dangereuse comme la course automobile, la course de motoneige, l'alpinisme ou l'escalade de parois rocheuses, le deltaplane, le parapente, le parachute ascensionnel, le saut en parachute, la plongée sous-marine, etc.? .....  Oui  Non  
**Si oui pour a. ou b., veuillez remplir le questionnaire approprié.**
- c. Planifiez-vous l'une de ces activités? .....  Oui  Non  
**Si oui, veuillez fournir des détails dans la section Remarques (page 6).**

### 2. VOYAGE

- a. Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis au cours des deux dernières années? .....  Oui  Non
- b. Prévoyez-vous le faire au cours des 12 prochains mois? .....  Oui  Non  
**Si oui pour a. ou b., veuillez remplir le questionnaire sur les voyages à l'étranger.**

### 3. CONSOMMATION DE DROGUES

- a. Avez-vous déjà utilisé des médicaments non prescrits par un médecin, notamment narcotiques, cocaïne, stéroïdes, amphétamines, hallucinogènes et/ou marijuana? .....  Oui  Non
- b. Avez-vous déjà reçu ou vous a-t-on déjà recommandé de recevoir des conseils, du counselling ou un traitement pour votre consommation de drogue? ...  Oui  Non  
**Si oui pour a. ou b., veuillez remplir le questionnaire sur la consommation de drogue.**

### 4. JUSTICE

- a. Avez-vous déjà été condamné pour une infraction criminelle, notamment pour refus de vous soumettre à l'alcootest ou pour conduite en état d'ébriété? ..  Oui  Non
- b. Des accusations criminelles pèsent-elles actuellement contre vous? .....  Oui  Non  
**Si oui pour a. ou b., veuillez fournir des précisions et les dates dans la section Remarques (page 6).**
- c. Avez-vous été condamné pour des infractions routières au cours des trois dernières années ou avez-vous déjà subi une suspension de permis de conduire?  Oui  Non  
**Si oui, dans la section Remarques (page 6), veuillez préciser les dates et le type d'infractions; ainsi que la date, la durée et le motif de chaque suspension.**  
**Si oui pour a., b. ou c., veuillez inscrire :** Votre ou vos numéros de permis de conduire \_\_\_\_\_  
Province(s) \_\_\_\_\_



## N. SECTION DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (PERSONNE À ASSURER)

1. Taille \_\_\_\_\_  pi/po  cm Poids \_\_\_\_\_  lb  kg
2. Modification du poids durant les 12 derniers mois :  Aucune  Perte : précisez le nombre \_\_\_\_\_  Gain : précisez le nombre \_\_\_\_\_
3. Raison de la perte/prise de poids \_\_\_\_\_
4. Avez-vous un médecin? .....  Oui  Non  
 Si oui, remplir la section suivante. Si non, fournir le nom de la clinique que vous consultez et fournir l'information demandée ci-dessous.  
 Nom \_\_\_\_\_ Date de la dernière consultation \_\_\_\_\_  
MMM/AAAA  
 Adresse \_\_\_\_\_  
N° et rue Ville Province Code postal  
 Téléphone \_\_\_\_\_ Raison de la consultation \_\_\_\_\_  
 Résultats/Diagnostic \_\_\_\_\_ Traitement/Médication \_\_\_\_\_
5. Êtes-vous enceinte? .....  Oui  Non  
 Si oui, date prévue de l'accouchement \_\_\_\_\_  
MMM/AAAA
6. Est-ce que vous ou l'un des membres de votre famille immédiate (père, mère, frères et sœurs) avez déjà eu une maladie du cœur, un AVC, de l'hypertension, un taux élevé de cholestérol, un cancer (précisez le type), du diabète, une maladie mentale, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Huntington, la sclérose en plaques, la maladie de Parkinson, la maladie du motoneurone, une maladie rénale héréditaire ou toute autre maladie héréditaire?  Oui  Non

| Membre de la famille | Affection | Âge au début de la maladie | Âge si encore vivant | Âge au décès | Cause du décès | Type de cancer |
|----------------------|-----------|----------------------------|----------------------|--------------|----------------|----------------|
|                      |           |                            |                      |              |                |                |
|                      |           |                            |                      |              |                |                |
|                      |           |                            |                      |              |                |                |
|                      |           |                            |                      |              |                |                |
|                      |           |                            |                      |              |                |                |

7. Êtes-vous actuellement sous observation, ou consultez-vous un médecin ou un praticien de médecine douce, suivez-vous un traitement auprès d'un médecin ou de tout praticien de médecine douce, ou prenez-vous un médicament en raison d'une affection ou d'un malaise? (On entend par praticien de médecine douce : herboriste, acupuncteur, chiropraticien, homéopathe, naturopathe, etc.) .....  Oui  Non  
**Si oui, dans la section Remarques (page 8), donnez des détails, le nom des médicaments, etc.**
8. Avez-vous une déficience ou maladie mentale, ou physique ou des symptômes ou signes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté de médecin ou reçu de traitement? .....  Oui  Non  
**Si oui, veuillez fournir des détails dans la section Remarques (page 8).**
9. Vous a-t-on déjà diagnostiqué le syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA), vous a-t-on déjà recommandé de passer un test de dépistage pour le VIH, avez-vous déjà reçu un résultat positif à un test de dépistage du VIH, ou avez-vous souffert de tout autre trouble du système immunitaire? .....  Oui  Non  
**Si oui, précisez les dates et les détails dans la section Remarques (page 8).**
10. Prévoyez-vous subir une intervention chirurgicale ou passer des examens ou des épreuves qui n'ont pas encore eu lieu, ou vous a-t-on conseillé de telles procédures? .....  Oui  Non  
**Si oui, précisez les dates et les détails dans la section Remarques (page 8).**
11. Vous a-t-on déjà diagnostiqué l'une des affections suivantes, ou avez-vous déjà reçu des soins ou des conseils à ce sujet :
- a. Cancer, tumeur, excroissance anormale ou kyste, ou lésion cutanée inhabituelle? .....  Oui  Non
  - b. Douleurs thoraciques, hypertension, taux élevé de cholestérol, souffle cardiaque, rhumatisme articulaire aigu, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), accident ischémique transitoire (AIT) ou autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins? .....  Oui  Non
  - c. Diabète, sucre dans les urines ou taux de sucre élevé dans le sang? .....  Oui  Non
  - d. Anxiété, dépression, idées ou tentatives suicidaires ou tout autre trouble nerveux ou mental? .....  Oui  Non
  - e. Sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson ou maladie du motoneurone? .....  Oui  Non
  - f. Épilepsie, crises d'épilepsie, convulsions, perte de connaissance ou tout autre trouble du cerveau ou du système nerveux? .....  Oui  Non
  - g. Asthme, bronchite, tuberculose, emphysème ou tout autre trouble des poumons ou de l'appareil respiratoire? .....  Oui  Non
  - h. Hépatite A, B, C ou de type inconnu, état porteur de l'hépatite ou tout autre trouble du foie? .....  Oui  Non
  - i. Hémorragie intestinale, colite, maladie de Crohn, trouble du pancréas, de la vésicule biliaire, de l'estomac ou des intestins (y compris le côlon et le rectum) ou tout autre trouble de l'appareil digestif? .....  Oui  Non
  - j. Protéines, pus ou sang dans les urines, calcul rénal ou tout autre trouble de la vessie ou des reins? .....  Oui  Non
  - k. Troubles des seins, de la prostate ou des organes reproducteurs ou infection transmissible sexuellement? .....  Oui  Non
  - l. Arthrite, paralysie, fibromyalgie, syndrome de fatigue chronique ou tout autre trouble des os, des muscles, des articulations ou de la colonne vertébrale? .....  Oui  Non
  - m. Leucémie, anémie, hémophilie ou tout autre trouble ou anomalie du sang? .....  Oui  Non
  - n. Troubles de la thyroïde, de l'hypophyse, des surrénales ou d'autres glandes? .....  Oui  Non
  - o. Troubles de la vue ou de l'ouïe, ou déficience visuelle ou auditive? .....  Oui  Non

**Si vous avez répondu « oui » à UNE des questions ci-dessus, dans la section Remarques (page 8), donnez les dates, les diagnostics, les résultats, les traitements, les médicaments, la fréquence, la durée, le nom du médecin et de l'hôpital.**





## P. DÉCLARATION, CONVENTION ET AUTORISATION

Dans la présente Déclaration, convention et autorisation :

1. Par « proposant », on entend à la fois la personne à assurer et le propriétaire si ce dernier n'est pas la personne à assurer.
2. « Proposition » désigne l'ensemble des formulaires de proposition et des renseignements requis par la Compagnie pour souscrire le risque, y compris la présente proposition initiale, tout formulaire de proposition modifié, toute demande de modification, l'entrevue téléphonique (le cas échéant), les résultats d'examen médicaux ou paramédicaux, ainsi que tout renseignement supplémentaire ou mis à jour présenté à la Compagnie.
3. « Compagnie » désigne Co-operators Compagnie d'assurance-vie et son représentant autorisé Hunter McCorquodale.

### DÉCLARATION

Le proposant déclare qu'il était présent au moment où la présente proposition initiale a été remplie, qu'il a eu l'occasion de relire les réponses et les déclarations qui y ont été consignées, et que ces dernières sont exactes et complètes.

### DÉCLARATION ET CONVENTION

Le proposant déclare ce qui suit et y consent :

1. Au moment de remplir la proposition, le proposant a l'obligation de divulguer à la Compagnie tous les faits dont il a connaissance. Il doit donc répondre à toutes les questions de la proposition de façon honnête, exhaustive et exacte.
2. Personne n'a le pouvoir d'omettre une question ou de modifier la proposition de quelque façon que ce soit.
3. Toute police établie par la Compagnie est fondée sur les réponses et déclarations consignées dans la proposition.
4. Si un proposant fait une fausse déclaration ou omet de divulguer tout fait important influant sur l'évaluation du risque d'assurance, la Compagnie peut annuler la police d'assurance. Les faits sont importants lorsqu'ils ont une incidence sur la décision de la Compagnie d'établir un contrat selon les conditions proposées et moyennant la prime facturée.
5. Aucune prestation de décès n'est payable en cas de décès du fait d'un suicide ou d'un acte d'autodestruction de l'assuré, qu'il ait été sain d'esprit ou non, y compris l'euthanasie de l'assuré assisté par une autre personne, notamment un médecin.
6. Une fois que la présente proposition a été signée, il est impossible de la modifier sans le consentement du proposant.
7. En acceptant la police offerte par la Compagnie, le proposant confirme ce qui suit : (a) toutes les réponses et déclarations consignées dans la proposition sont vraies, complètes et exactes; (b) il est entendu que les modalités de la protection prévue par la police excluent le décès de l'assuré pour toute cause énoncée à la rubrique des clauses exclues au titre de la police s'il s'agit de la cause immédiate, d'une cause antécédente ou d'une cause sous-jacente du décès, et aucune prestation de décès ne sera versée en pareil cas.
8. Si une entrevue téléphonique est prévue dans le cadre de la proposition, la Compagnie utilise les réponses fournies lors de cette entrevue pour déterminer l'admissibilité de la personne à assurer. Le proposant comprend qu'il est lié par ses réponses et que tout renseignement trompeur, erroné ou inexact fourni peut entraîner l'annulation de l'assurance au moment de la présentation d'une demande de règlement ou à tout autre moment. Pour corriger tout renseignement fourni lors de l'entrevue téléphonique ou toute autre partie de la proposition, le proposant doit en faire la demande par écrit à la Compagnie.
9. Les renseignements ne sont réputés avoir été fournis à la Compagnie que s'ils sont consignés dans la proposition.
10. La Compagnie n'assume aucune responsabilité au titre de la présente proposition tant que la police ne prend pas effet (conformément aux lois du territoire où la proposition initiale a été remplie) et qu'aucun changement de l'assurabilité de l'assuré n'est survenu entre la date où la proposition initiale a été signée et la date de prise d'effet de la police.

### AUTORISATION

Le proposant comprend que lorsqu'il présente une demande d'assurance, la Compagnie collecte des renseignements personnels à son sujet. Ces renseignements sont nécessaires pour procéder à la sélection des risques et administrer les garanties prévues par toute police établie par la Compagnie, ainsi que pour étudier les demandes de règlement présentées.

Par la présente, le proposant autorise :

1. Tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique, cabinet paramédical ou autre établissement ou prestataire de services médicaux ou paramédicaux à fournir des renseignements au sujet du proposant et de son état de santé à la Compagnie ou à son représentant autorisé Hunter McCorquodale, à ses réassureurs ou à ses fournisseurs et prestataires de services externes. Les télécopies, photocopies, ou copies numérisées ou électroniques de cette autorisation ont la même valeur que l'original.
2. Tout assureur, le MIB, Inc. ou toute autre organisation, institution ou personne à fournir des renseignements concernant l'assurabilité du proposant, y compris son état de santé, à la Compagnie ou à son représentant autorisé Hunter McCorquodale, à ses réassureurs ou à ses fournisseurs et prestataires de services externes.
3. La division des véhicules à moteur de toute province à fournir le dossier de conduite du proposant à la Compagnie ou à son représentant autorisé Hunter McCorquodale, à ses réassureurs ou à ses fournisseurs et prestataires de services externes.

Le proposant autorise la Compagnie, ses réassureurs, et ses fournisseurs et prestataires de services externes :

1. À transmettre un résumé de ses renseignements médicaux personnels au MIB;
2. À utiliser les renseignements le concernant à leur disposition pour examiner la proposition, y compris les renseignements contenus dans les dossiers classés;
3. À lui faire passer tout examen, radiographie, électrocardiogramme, hémogramme et tests sanguins (y compris un test de détection des anticorps anti-VIH) requis par la Compagnie aux fins de l'examen de la proposition;
4. À divulguer tout renseignement obtenu dans le cadre du processus d'examen à l'un des proposants, à son médecin de famille et aux autorités de santé publique, au besoin;
5. À faire appel à une agence de renseignements sur le consommateur afin d'obtenir des renseignements sur le mode de vie ou les données financières du proposant;
6. À utiliser son numéro d'assurance sociale (NAS) aux fins de l'impôt, de l'examen de la proposition et de l'administration des garanties, polices ou contrats dont bénéficie le proposant;
7. Dans le cas où le proposant présente une proposition auprès d'un autre assureur, à transmettre à l'autre assureur tous les renseignements concernant son assurabilité que la Compagnie a en main;
8. Aux fins de la sélection des risques, à demander des renseignements le concernant à tout autre assureur ou réassureur auprès duquel il a présenté une proposition d'assurance.

Acceptionnelle Vie<sup>MC</sup> est une marque de commerce de Co-operators Compagnie d'assurance-vie, utilisée avec permission.

Co-operators<sup>MD</sup> est une marque déposée du Groupe Co-operators limitée, utilisée sous licence par Co-operators Compagnie d'assurance-vie.

## P. DÉCLARATION, CONVENTION ET AUTORISATION (suite)

En autorisant ce qui précède, le proposant comprend et accepte ce qui suit :

1. Si la proposition vise à obtenir une assurance qui remplacera une police existante, votre conseiller en sécurité financière transmettra la déclaration de remplacement à l'assureur ayant établi la police existante et à la Compagnie.
2. Les télécopies, photocopies, ou copies numérisées ou électroniques de cette autorisation ont la même valeur que l'original.
3. L'autorisation est valide pendant un an à compter de la date où le formulaire d'autorisation a été signé.
4. Le proposant peut annuler l'autorisation en tout temps en présentant une demande écrite à la Compagnie, mais il comprend que si l'autorisation est annulée, la Compagnie pourrait être dans l'impossibilité de compléter l'étude de la proposition ou d'offrir une police d'assurance.
5. La Compagnie ne transmettra aucun renseignement à un tiers qui n'est pas spécifiquement désigné dans l'autorisation, sauf si elle obtient le consentement écrit du proposant ou si les renseignements sont fournis conformément à la Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie dans la section sur l'Avis sur la protection de la vie privée du consommateur.

### CONFIRMATION

Le proposant confirme avoir reçu un exemplaire de l'Avis sur la protection de la vie privée du consommateur.

### ENTENTE DE PRÉLÈVEMENTS AUTOMATIQUES

Le proposant autorise la Compagnie à faire des prélèvements sur son compte bancaire à son institution financière afin de payer les primes de toute police établie sur la foi de la proposition au moyen de prélèvements automatiques (PA).

**Le proposant renonce à son droit de recevoir un préavis du montant du PA et convient qu'il n'a pas besoin de préavis du montant des PA avant le traitement du prélèvement.**

Le proposant a certains droits de recours si un prélèvement n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, il a le droit de recevoir le remboursement de tout PA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de PA. Pour obtenir plus d'information sur ses droits de recours, le proposant peut communiquer avec son institution financière ou visiter le [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

L'entente de PA peut être annulée sur réception par la Compagnie d'un préavis de 14 jours avant le prochain prélèvement. Si certains des détails qui précèdent sont erronés, veuillez nous joindre immédiatement au 1-800-454-8061 (option 3). Si toute l'information est exacte, vous n'avez rien d'autre à faire et vos prélèvements automatiques seront traités à compter de la date de début du paiement indiquée à la page 4.

**Langue :** Le propriétaire de la police et la personne à assurer comprennent la langue dans laquelle est écrite la présente proposition .....  Oui  Non

Les parties conviennent expressément de conclure un contrat rédigé en  français  anglais.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_  
Ville (province)

Personne à assurer \_\_\_\_\_ Signature de la personne à assurer \_\_\_\_\_

Témoin \_\_\_\_\_ Signature du témoin \_\_\_\_\_

Propriétaire(s) \_\_\_\_\_ Signature du ou des propriétaires \_\_\_\_\_  
(s'il ne s'agit pas du proposant)

Témoin \_\_\_\_\_ Signature du témoin \_\_\_\_\_

### Si le propriétaire est une société :

Nom de la personne qui signe au nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

Titre de la personne qui signe au nom de l'entreprise \_\_\_\_\_

J'ai le pouvoir d'engager l'entreprise  Oui  Non

## Q. RAPPORT ET DÉCLARATION DU CONSEILLER EN SÉCURITÉ FINANCIÈRE

### Directives à l'intention du conseiller en assurance :

1. Avant de soumettre la proposition, assurez-vous que toutes les questions comportent une réponse claire et exhaustive, que tout changement porte les initiales du proposant qui répond à la question et que la proposition est signée et datée.
2. Ne collectez aucune prime avec la proposition. Pour le paiement de la prime au moyen des PA mensuels, veuillez joindre un spécimen de chèque à la proposition dûment remplie.
3. La page d'attestation connexe à l'exposé de contrat (illustration) doit être signée et soumise avec la proposition.
4. Les conseillers n'ont pas à demander ni à commander des preuves médicales, car Hunter McCorquodale se charge d'obtenir toutes les exigences. Vous serez informé des exigences à remplir, après une première évaluation des risques.
5. Veuillez signaler au proposant que le souscripteur pourrait mener une entrevue téléphonique.
6. S'il semble approprié de procéder à un remplacement, assurez-vous de remplir l'énoncé de comparaison approprié et de respecter les lignes directrices provinciales applicables. En pareil cas, une copie de l'énoncé de comparaison approprié doit accompagner la proposition. Autrement, le processus sera retardé.

Nom du conseiller en assurance \_\_\_\_\_  
(personne/entité à qui les commissions sont payables)

Nom de la personne qui signe ce rapport, si différent de ci-dessus \_\_\_\_\_

Coordonnées : Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

Nom de l'agent général ou du compte national, si applicable \_\_\_\_\_

1. Le propriétaire ou la personne à assurer est-il entré en contact avec vous pour obtenir cette protection? .....  Oui  Non
2. Au meilleur de votre connaissance, une assurance existante sera-t-elle annulée ou modifiée advenant l'acceptation de la présente proposition? ...  Oui  Non
3. Si le proposant a fait l'objet d'une sélection de risques par un autre assureur dans le cadre d'une demande d'assurance vie ou de prestations du vivant au cours des six derniers mois, veuillez préciser les exigences médicales obtenues ainsi que le nom de l'assureur.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Y a-t-il tout autre renseignement qui pourrait être utile à l'évaluation de la présente proposition?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En signant ci-dessous, je déclare et confirme ce qui suit :

1. Les déclarations et réponses données dans la présente proposition sont vraies, complètes et ont été correctement consignées au meilleur de ma connaissance, et je n'ai connaissance d'aucune information supplémentaire importante qui pourrait avoir une incidence sur l'étude de la proposition.
2. J'ai revu et expliqué au proposant toutes les dispositions importantes de la protection proposée, y compris les exclusions de la police standard et la possibilité d'exclusions supplémentaires spécifiques à la police.
3. J'ai vérifié l'identité de la personne à assurer, du propriétaire et du payeur de primes à l'aide de pièces d'identité originales et valides pour chacun d'entre eux, et j'en ai consigné les numéros de référence aux endroits requis dans la présente proposition.
4. Je détiens les permis et certificats requis pour solliciter la vente de l'assurance proposée et je suis protégé par une police d'assurance responsabilité professionnelle erreurs et omissions actuellement en vigueur.
5. J'ai divulgué ce qui suit au proposant :
  - a. L'assureur ou les assureurs que je représente;
  - b. Je peux être rémunéré (au moyen de commissions, par exemple) pour la vente des produits d'assurance vie;
  - c. Je peux recevoir une rémunération supplémentaire ou autres choses de valeur sous forme de prime, de programme de conférence ou d'un autre type d'incitatif;
  - d. Il n'y a aucun conflit d'intérêts en lien avec l'étude de la proposition par Co-operators Compagnie d'assurance-vie, et, dans son ensemble, ma recommandation au proposant tient compte de mon analyse et de mon évaluation des besoins d'assurance du proposant et est fondée sur celles-ci.

Conseiller en assurance accrédité \_\_\_\_\_ Signature du conseiller en assurance accrédité \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA