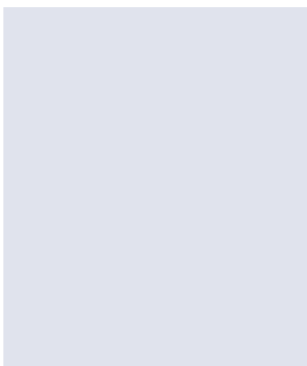
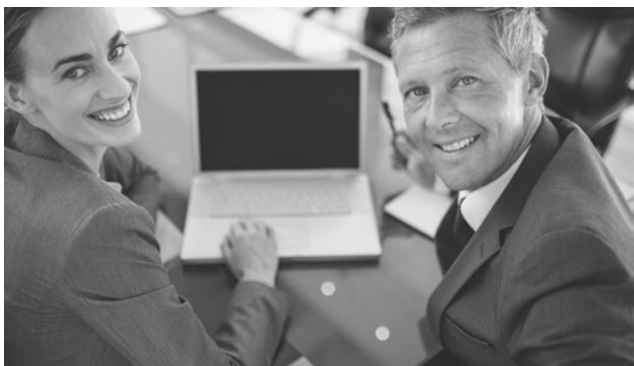
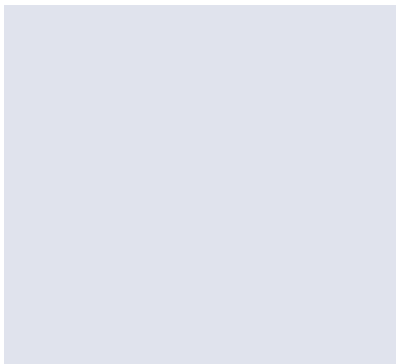


FORMULAIRE DE SIGNATURES (S1)

- PRODUITS AVEC SÉLECTION
- PROGRAMME ACCI-JET ET PROGRAMME CANCER

Nouvelle vente

Numéro de confirmation de la transmission électronique



Nom du représentant	Adresse courriel du représentant*	Code	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Nom du représentant	Adresse courriel du représentant*	Code	%
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cabinet		Code	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	

* Adresse courriel requise. Si vous nous l'avez déjà communiquée et qu'elle n'a pas changée, vous pouvez laisser la case vide.



ON S'INVESTIT, POUR VOUS.

1 INFORMATION GÉNÉRALE

1.1 Assuré principal #1

Nom de famille	Prénom	Date de naissance A M J	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
----------------	--------	--------------------------------	---

1.2 Assuré principal #2

Nom de famille	Prénom	Date de naissance A M J	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
----------------	--------	--------------------------------	---

2 AUGMENTATION AUTOMATIQUE DES BÉNÉFICES

Refus de l'augmentation automatique des bénéfices (Programme Supérieur)

À chaque renouvellement, sous certaines conditions, une augmentation de vos prestations pour les protections d'assurance vie, de décès, mutilation ou perte d'usage par accident ainsi que pour les prestations intégrables d'assurance invalidité vous sera proposée sans preuve d'assurabilité. Vous aurez alors le droit de l'accepter ou de la refuser. Vous pouvez également choisir de refuser d'office cette option en initialisant la case. Je refuse que vous augmentiez automatiquement mes bénéfices pour le Programme Supérieur.

X
Initiales de l'assuré principal #1

3 MODE DE PAIEMENT

J'autorise **L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie** à prélever à chaque mois des effets sur mon compte bancaire auprès de mon institution financière, pour les fins de paiement de primes d'assurance. La présente autorisation concerne les prélèvements dans la catégorie «personnelle». Je recevrai, au moins dix jours avant le premier prélèvement et avant tout changement de date de prélèvement ou de montant à être prélevé, un avis à cet effet. De même, je recevrai un avis en cas **d'effet retourné par la banque avec mention fonds insuffisants ou arrêt de paiement**. À noter que les effets retournés feront l'objet de frais administratifs qui seront perçus en même temps que le montant retourné et le paiement régulier suivant. Veuillez prendre note que le premier prélèvement sera ajusté afin de refléter la période réelle entre la première prime payée, la date de mise en vigueur des protections et la date que vous avez choisie pour le prélèvement. Les prélèvements suivants correspondront à la prime mensuelle.

Cette autorisation peut être révoquée à n'importe quel moment sur signification d'un avis écrit de ma part à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie au moins dix jours avant la date d'échéance du prochain prélèvement. J'ai certains recours et je peux, par exemple, contester un prélèvement automatique s'il n'est pas compatible avec la présente autorisation. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou pour toute information, vous pouvez contacter votre institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca. Pour de plus amples informations, nous vous invitons à communiquer avec notre service à la clientèle au 1 800 465-5818 ou par courriel à l'adresse service@iaexcellence.com.

Nom du payeur #1	X Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)	A M J Date
------------------	---	-------------------

Nom du payeur #2	X Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)	A M J Date
------------------	---	-------------------

4 DÉCLARATION

Programme Acci-Jet et Programme Cancer :

Je comprends et j'accepte que :

- 1) Les renseignements contenus dans toutes déclarations faites à l'Assureur sont vrais et complets et constituent la base sur laquelle les protections d'assurance doivent être établies;
- 2) Si quelque fausse déclaration ou omission a été faite, l'Assureur ne sera tenu à aucune obligation en vertu de toute assurance émise suite à l'acceptation de ma demande d'assurance;
- 3) Toutes les prestations payables sont assujetties aux conditions, définitions, limitations et exclusions décrites au contrat. De plus, j'ai pris connaissance du dépliant explicatif du produit qui reproduit les principales conditions, définitions, limitations et exclusions et je confirme que mon représentant a eu l'occasion de m'en expliquer les détails;
- 4) La protection reliée au Programme Cancer ainsi que l'assurance invalidité en cas d'ACCIDENT OU DE BLESSURE MUSCULAIRE OU LIGAMENTAIRE entrera en vigueur à la date de réception de la proposition électronique au siège social de iA Excellence. Si elle est choisie, l'assurance invalidité en cas de MALADIE entrera en vigueur à sa date d'acceptation. Dans les deux cas, les protections entreront en vigueur seulement si la prime initiale est payée et le paiement honoré à sa première (1^{re}) présentation;
- 5) Je ne suis pas admissible au Programme Cancer si j'ai déjà été refusé chez iA Excellence pour une autre assurance maladies graves ou cancer;
- 6) Je m'engage à informer l'Assureur de tout changement concernant mon assurabilité, incluant mon état de santé, entre le moment de la signature de cette proposition et la date d'entrée en vigueur des couvertures choisies;
- 7) iA Groupe financier, ses filiales et leurs représentants peuvent utiliser et échanger entre eux mes renseignements personnels afin que je puisse bénéficier d'offres personnalisées et de produits et services améliorés. (Si vous ne souhaitez pas autoriser cet échange de vos informations, veuillez le signifier par courriel à service@iaexcellence.com ou par la poste à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, a/s Service à la clientèle, 5055 boul. Métropolitain Est, bureau 202, Montréal, Québec, H1R 1Z7.)

Signé à Ce | |

<input type="text" value="X"/>	<input type="text" value="X"/>
Signature de l'assuré principal	Signature du représentant

Produits avec sélection

Par les présentes, je soussigné :

- 1) déclare que toutes les réponses et explications données dans la proposition électronique portant le même numéro que le présent formulaire, ou fournies dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant de même qu'à l'occasion de toute entrevue téléphonique ou autre relative aux déclarations d'assurabilité, sont complètes et véridiques et qu'elles constituent la base sur laquelle la protection d'assurance doit être établie;
- 2) comprends et accepte que, si quelque fausse déclaration ou omission importante a été faite, l'Assureur ne soit tenu à aucune obligation en vertu de toute assurance émise suite à l'acceptation de ma demande d'assurance. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance;
- 3) m'engage à informer l'Assureur de tout changement concernant mon assurabilité, incluant mon état de santé, entre le moment de la signature de cette proposition et de la date d'entrée en vigueur du contrat demandé;
- 4) reconnais que ce formulaire fait partie intégrante de la proposition électronique portant le même numéro et dont le contenu a été porté à ma connaissance.
- 5) iA Groupe financier, ses filiales et leurs représentants peuvent utiliser et échanger entre eux mes renseignements personnels afin que je puisse bénéficier d'offres personnalisées et de produits et services améliorés. (Si vous ne souhaitez pas autoriser cet échange de vos informations, veuillez le signifier par courriel à service@iaexcellence.com ou par la poste à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, a/s Service à la clientèle, 5055 boul. Métropolitain Est, bureau 202, Montréal, Québec, H1R 1Z7.)

Signé à

<input type="text" value="X"/>	<input type="text" value="X"/>	<input type="text"/>
Signature de l'assuré principal #1	Signature du preneur si autre que l'assuré principal #1	Signature du représentant
<input type="text" value="X"/>	<input type="text" value="X"/>	<input type="text" value="A M J"/>
Signature de l'assuré principal #2	Signature du preneur si autre que l'assuré principal #2	Date

**Cette page
est laissée
en blanc
intentionnellement.**

5 AVIS CONCERNANT MIB INC. (MIB)

Le principal objectif de la compagnie est d'offrir la sécurité financière à ses clients au plus bas coût possible. Afin d'atteindre cet objectif d'une manière juste et équitable envers tous ses détenteurs de contrat, la compagnie doit évaluer le risque que représente chaque demande qui lui est faite. L'étude de votre demande se fait d'après les renseignements provenant de diverses sources de données que vous avez fournies sur vos antécédents médicaux, résultats de tout examen médical comme de toute analyse jugée nécessaire, rapports reçus de médecins qui vous ont soigné et d'hôpitaux où vous avez séjourné en qualité de patient ainsi que des renseignements sur le caractère de l'assuré, sa réputation financière, ses frais personnels et son mode de vie.

Tous les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. Cependant, la compagnie ou ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au MIB Inc., organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie et effectuant un échange de renseignements au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance de personnes auprès d'une autre compagnie, membre du MIB, ou si vous lui demandez des prestations, MIB Inc. fournira à cette dernière, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

Sur réception d'une demande de votre part, MIB Inc. prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB, vous pouvez lui demander une rectification à l'adresse suivante:

MIB Inc., 330 AVENUE UNIVERSITY, TORONTO (ONTARIO) M5G 1R7 TÉL.: (416) 597-0590

La compagnie ou ses réassureurs pourront, eux aussi, communiquer les renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous aurez demandé une assurance vie ou une assurance maladie ou auxquelles vous demanderez des prestations.

AVIS RELATIF À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL

Les renseignements personnels que la compagnie détient ou détiendra à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier des différents services financiers d'assurance et services complémentaires que l'entreprise offre. Ils ne seront consultés que par le personnel autorisé incluant ses réassureurs qui doivent y avoir recours dans l'exercice de leurs fonctions. Vous pouvez avoir accès à votre dossier et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires. Vous devez alors avoir fait une demande écrite à l'attention du responsable de l'accès à l'information au siège social à Montréal.

La compagnie peut se constituer une liste de ses clients à des fins de prospection commerciale ou de philanthropie. Toutefois, vous avez le droit d'en faire rayer votre nom en faisant parvenir une demande écrite à l'attention du responsable de l'accès à l'information au siège social à Montréal (5055 boul. Métropolitain Est, bureau 202, Montréal, Québec, H1R 1Z7).

↑ DÉTACHER CETTE PARTIE ET REMETTRE À L'ASSURÉ PRINCIPAL ↑

AP-SIG1F 04-2017

6 AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

6.1 Assuré principal #1



L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie
5055 boul. Métropolitain Est, bureau 202
Montréal (Québec) H1R 1Z7
Téléphone : 514 327-0020 / 1 800 465-5818

Je, la personne à assurer, autorise toute personne ou tout établissement public, parapublic ou privé possédant des renseignements personnels à mon sujet notamment : tout professionnel de la santé, tout organisme de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, le MIB Inc., les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation, les représentants en services financiers, mon employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que tout autre organisme détenant des renseignements personnels, administratifs, médicaux ou relatifs à ma santé à fournir ces renseignements à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie et à ses réassureurs, pour l'évaluation du risque, la gestion de mon dossier ou l'enquête nécessaire à l'étude de toute demande de règlement. Une photocopie ou une version électronique du présent consentement a la même valeur que l'original.

Nom et prénom de l'assuré principal #1

X

Signature de l'assuré principal #1

A | M | J

Date

6.2 Assuré principal #2



L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie
5055 boul. Métropolitain Est, bureau 202
Montréal (Québec) H1R 1Z7
Téléphone : 514 327-0020 / 1 800 465-5818

Je, la personne à assurer, autorise toute personne ou tout établissement public, parapublic ou privé possédant des renseignements personnels à mon sujet notamment : tout professionnel de la santé, tout organisme de santé ou de services sociaux, la Régie de l'assurance maladie du Québec, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, le MIB Inc., les institutions financières, les agents de renseignements personnels ou les agences d'investigation, les représentants en services financiers, mon employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que tout autre organisme détenant des renseignements personnels, administratifs, médicaux ou relatifs à ma santé à fournir ces renseignements à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie et à ses réassureurs, pour l'évaluation du risque, la gestion de mon dossier ou l'enquête nécessaire à l'étude de toute demande de règlement. Une photocopie ou une version électronique du présent consentement a la même valeur que l'original.

Nom et prénom de l'assuré principal #2

X

Signature de l'assuré principal #2

A | M | J

Date

7 AIDE-MÉMOIRE POUR L'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Afin de faciliter l'entrevue téléphonique, nous vous demandons d'avoir en votre possession les renseignements suivants :

1- Nom, prénom et coordonnées complètes du ou des spécialistes consulté(s) au cours des cinq dernières années et nom de l'hôpital si chirurgie ou tests spécifiques :

2- Nom, prénom et coordonnées du médecin ou de l'endroit duquel nous pouvons obtenir votre dossier médical le plus complet incluant la date et la raison de la dernière visite :

3- Liste de vos médicaments prescrits ainsi que la posologie (si possible, obtenir le numéro de licence de votre **médecin de famille** qui apparaît sur votre médication) :

4- Si vous demandez une couverture d'assurance pour vos enfants, veuillez svp préciser la taille et le poids de chacun :

Voici également des sujets qui seront abordés lors de cette entrevue :

Médecine douce : Acupuncture, chiropractie, ostéopathie;

Dossier criminel : Date de la condamnation, raison, êtes-vous en attente de procédures?;

Habitudes de vie : Consommation de tabac, d'alcool et de drogues (fréquence, quantité et type), voyages à l'étranger (quand, endroits et durée);

Dossier de conduite automobile : Perte de votre permis (quand, raison), infraction au code de la route (combien, quand, raison).

Veillez prévoir une période de temps approximative de 20 à 45 minutes pour cette entrevue téléphonique. La durée peut varier en fonction des informations médicales requises. Si vous avez un empêchement, veuillez communiquer avec notre service à la clientèle au **1 800 465-5818**.



AP-SIG1F 04-2017

8 NOTE DE COUVERTURE (Assurance prêt Universelle et Programme Supérieur)

Déclaration

Je comprends et déclare que:

1. Si j'ai répondu OUI à l'une des questions de la section Pré-Requis (Assurance prêt Universelle ou Programme Supérieur) ou laissé un blanc ou répondu NON à l'une des questions 1 ou 2 de la section Note de couverture (Assurance prêt Universelle ou Programme Supérieur) de la proposition électronique, je ne suis pas admissible à la note de couverture;
2. J'ai pris connaissance des termes et conditions relatifs aux limitations, exclusions, entrée en vigueur et cessation de la note de couverture stipulés à la section 12 du présent document;
3. Les renseignements contenus dans toutes déclarations faites à l'Assureur sont vrais et complets et constituent la base sur laquelle le contrat de note de couverture est établi. Je comprends et accepte que, si quelque fausse déclaration ou omission a été faite, l'Assureur ne soit tenu à aucune obligation en vertu de la présente note de couverture et celle-ci sera nulle et sans effet.

Je certifie que toutes les explications demandées m'ont été fournies par le représentant à ma satisfaction.

Date : | |

X

Signature de l'assuré principal #1

X

Signature de l'assuré principal #2

Signature du représentant

9**REÇU POUR LA NOTE DE COUVERTURE**
(Assurance prêt Universelle et Programme Supérieur)

Somme de :

\$

Reçu le :

Signature du représentant : **X**

↑ DÉTACHER ET REMETTRE CETTE PARTIE À L'ASSURÉ PRINCIPAL ↑

AP-SIG1F 04-2017

10 REÇU POUR LA NOTE DE COUVERTURE D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

L'assurance vie temporaire commence à la date de signature du présent formulaire. Elle est payable au(x) bénéficiaire(s) nommé(s) dans le présent formulaire en cas de décès du proposant. L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, convient de fournir une assurance vie temporaire à toutes les personnes à assurer d'après les conditions stipulées au verso de ce reçu.

Il est entendu que la somme de _____ \$ (prime mensuelle intégrale ou prime annuelle, selon le cas) a été payée à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, au moment de la signature du présent formulaire.

J'ai lu et signé cette note de couverture d'assurance vie temporaire et je certifie que toutes les explications demandées m'ont été données par le représentant à ma satisfaction.

Date :

X

Signature de l'assuré principal #1

X

Signature de l'assuré principal #2

Signature du représentant

↑ DÉTACHER ET REMETTRE CETTE PARTIE À L'ASSURÉ PRINCIPAL ↑

CONTRAT POUR LA NOTE DE COUVERTURE (Assurance prêt Universelle et Programme Supérieur)

L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, garantit le paiement des prestations choisies sous réserve des conditions suivantes :

- L'assuré doit avoir répondu à toutes les questions d'admissibilité à la note de couverture de la section Note de couverture (Assurance prêt Universelle et Programme Supérieur) de la proposition électronique;
- Si l'assuré a répondu OUI à l'une des questions de la section Pré-Requis (Assurance prêt Universelle et Programme Supérieur) ou laissé en blanc ou répondu NON à l'une des questions 1 ou 2 de la section Note de couverture (Assurance prêt Universelle et Programme Supérieur) de la proposition électronique, il n'est pas admissible à cette note de couverture;
- L'assuré doit procéder au versement correspondant au montant de la prime mensuelle ou au montant de la prime annuelle selon le choix du mode de paiement. Ce versement doit être sous forme de prélèvement bancaire ou de chèque personnel fait à l'ordre de L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie. Le paiement doit être honoré dès la première présentation.

Limitations et exclusions

- Les protections d'assurance maladie complémentaire, soins dentaires et assurance maladies graves ne sont pas couvertes par cette note de couverture;
- Si l'assuré a répondu de façon positive à la question 3 de la Note de couverture (Assurance prêt Universelle et Programme Supérieur) de la proposition électronique, aucune prestation n'est payable lorsqu'un événement menant à une réclamation résulte, directement ou indirectement, de l'une ou l'autre des conditions ainsi déclarées;
- Aucune prestation n'est payable lorsqu'un événement menant à une réclamation résulte d'une maladie ou d'un accident pour lequel l'assuré a consulté un professionnel de la santé et/ou reçu des traitements médicaux dans la période de 12 mois précédant la date d'entrée en vigueur de la note de couverture;
- Les renseignements contenus dans toutes déclarations faites à l'Assureur sont vrais et complets et constituent la base sur laquelle le contrat de note de couverture doit être établi. Si quelque fausse déclaration ou omission a été faite, l'Assureur ne sera tenu à aucune obligation en vertu de la présente note de couverture et celle-ci sera nulle et sans effet;
- Toutes les protections couvertes par la présente note de couverture sont soumises également aux conditions, exclusions et limitations décrites dans le texte du dépliant ou dans celui du contrat demandé. Cela inclut, notamment, l'exclusion relative au suicide ou à la tentative de suicide de l'assuré;
- En cas d'invalidité totale, la protection d'assurance invalidité est limitée à une durée maximale de deux ans et sujette à un délai de carence de 90 jours.

Entrée en vigueur et expiration de la note de couverture

La note de couverture entre en vigueur à la plus tardive des dates suivantes:

- la date de réception de la proposition d'assurance électronique au siège social de l'Assureur, incluant toutes les sections dûment complétées ainsi que le présent document signé par l'assuré;
- la date du prélèvement automatique ou la date figurant sur le chèque initial, en autant que le paiement soit honoré sur présentation;
- si le chèque n'est pas joint à la proposition, à la date de réception du chèque chez l'Assureur, en autant que le paiement soit honoré sur présentation.

La note de couverture expire à la première des dates suivantes:

- la date d'entrée en vigueur du contrat demandé;
- la date à laquelle l'assuré demande l'annulation de la proposition d'assurance;
- la date à laquelle l'Assureur poste un avis de terminaison de la note de couverture à l'assuré;
- la date à laquelle l'Assureur refuse ou n'accepte pas la proposition telle que demandée, peu importe que l'assuré ait été avisé ou non;
- la date d'expiration du délai de 90 jours suivant la signature de la présente note de couverture. L'étude de la proposition d'assurance peut se poursuivre, mais la note de couverture ne sera plus en vigueur.

Aucun représentant de L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, n'a le pouvoir de modifier la présente note de couverture ou de déroger à ces conditions.

AP-SIG1F 04-2017

12 CONTRAT POUR LA NOTE DE COUVERTURE D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Paiement des primes: Le paiement ne doit pas être postdaté. La prime mensuelle intégrale ou la prime annuelle doit être soumise avec la proposition. Le paiement doit être honoré dès la première présentation.

Cessation de la couverture: L'assurance en vertu de la présente note de couverture cesse automatiquement à la première des éventualités suivantes:

- la date à laquelle l'assurance en vertu de la police proposée entre en vigueur;
- la date à laquelle vous demandez l'annulation de la proposition;
- la date à laquelle L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, annule ou refuse la proposition;
- 90 jours après la date de signature de la présente note de couverture. L'étude de la proposition peut continuer, mais la présente assurance temporaire ne sera plus en vigueur.

Fausse déclaration ou omission: Si quelque fausse déclaration ou omission a été faite, dans toutes les déclarations faites à l'Assureur, ce dernier ne sera tenu à aucune obligation en vertu de la présente note de couverture et celle-ci sera nulle et sans effet. Dans ce cas, tout paiement de prime effectué en vertu de cette note de couverture sera remboursé au payeur.

Limitation: Le montant d'assurance vie prévu en vertu de la présente note de couverture est le total de tous les montants prévus par la présente proposition et toute autre note de couverture d'assurance vie conclue avec L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, jusqu'à concurrence de 300 000 \$ par personne assurée.

Exclusions: Aucune prestation d'assurance vie ne sera payable en vertu de cette assurance temporaire pour toute personne assurée qui:

- ne respecte pas les critères d'admissibilité du contrat choisi;
- a eu une proposition d'assurance vie, invalidité, maladies graves, individuelle ou collective, refusée, reportée ou modifiée de quelque façon que ce soit auprès de toute compagnie d'assurance;
- souffre ou a déjà souffert: de maladie ou d'affection du système cardiovasculaire, du système circulatoire, du foie, du diabète, du cancer, de maladie chronique des reins ou des poumons;
- souffre ou a déjà souffert: de problème du système immunitaire, du SIDA, du pré-SIDA ou présente des résultats de tests indiquant une exposition au virus du SIDA;
- a des symptômes pour lesquels elle n'a pas encore consulté un médecin ou a été avisée de suivre un traitement ou de subir des tests qui n'ont pas encore été complétés;
- a, au cours des deux dernières années, voyagé ou résidé à l'extérieur du Canada ou des États-Unis d'Amérique pendant plus d'un mois durant la même année ou a l'intention de le faire au cours des 90 prochains jours;
- se suicide ou commet une tentative de suicide et/ou blessures volontaires, qu'elle soit saine d'esprit ou non.