

Nom du représentant	Code	Commission de base (par défaut) <input type="checkbox"/>
		Commission accélérée <input type="checkbox"/>

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Nom de l'assuré principal				Prénom			
Adresse				Code postal		N° de téléphone à la maison	
Date de naissance	Âge	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	État civil	Célibataire <input type="checkbox"/>	Marié(e) <input type="checkbox"/>	N° de téléphone au travail	Courriel (E-mail)
A   M   J		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/>	Divorcé(e) <input type="checkbox"/>	Veuf(ve) <input type="checkbox"/>		
Statut légal							A   M   J
Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Autre, spécifier : _____							Au Canada depuis toujours <input type="checkbox"/> ou

Nom du preneur (si autre que l'assuré principal)				Prénom			
Adresse				Code postal		N° de téléphone	
Idem <input type="checkbox"/> ou							
Date de naissance	Âge	Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Lien de parenté avec l'assuré principal			Langue de correspondance Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>	
A   M   J		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					

### SOMMAIRE DES GARANTIES

	Prime mensuelle <input type="checkbox"/>	Prime annuelle <input type="checkbox"/> (Prime mensuelle x 12)	
1- Fracture <input type="checkbox"/> 1 unité <input type="checkbox"/> 2 unités <input type="checkbox"/>	_____ \$		
2- Décès, mutilation ou perte d'usage par accident <input type="checkbox"/>	_____ \$		
3- Rente hospitalière <input type="checkbox"/>	_____ \$		
4- Invalidité accident <input type="checkbox"/>	_____ \$		
			Prime totale: _____

### BÉNÉFICIAIRE

Nom			Prénom			Sexe M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
Adresse			Code postal		N° de téléphone		
Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/> Lien de parenté avec l'assuré principal: _____							
<i>Il est à noter qu'en l'absence d'une stipulation d'irrévocabilité le bénéficiaire sera toujours révocable, sauf si le Code civil du Québec s'applique et que le bénéficiaire est marié ou uni civilement à l'assuré principal, auquel cas le bénéficiaire sera toujours irrévocable en l'absence d'une stipulation de révocabilité.</i>							

### MONTANT TOTAL D'ASSURANCE EN VIGUEUR

Détenez-vous d'autres polices d'assurances	Assurance-vie		Assurance invalidité		Prestations mensuelles
	Compagnie	Montant	Compagnie		
Vie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					
Invalidité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non					

L'assurance demandée remplace-t-elle une autre assurance actuellement en vigueur?  oui  non Si oui, nom de la compagnie \_\_\_\_\_

### MODE DE PAIEMENT

- ANNUEL :  CHÈQUE :  → S.v.p. faites votre chèque à l'ordre de **L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie.**
- PAIEMENT MENSUEL PRÉAUTORISÉ :  → Commencant le \_\_\_\_\_ de chaque mois (1 à 28).
- Même compte que celui du contrat \_\_\_\_\_ de L'Excellence Compagnie d'assurance-vie.
- Je souhaite que la prime initiale soit prélevée directement de mon compte.

Nom et adresse de l'institution financière : \_\_\_\_\_

Type de compte  Numéro de transit  (Veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention «Annulé»)

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 (10) 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 garanties 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 (10) 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.cdnipay.ca](http://www.cdnipay.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](mailto:service@iaexcellence.com).

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

### DÉCLARATION

Par la présente, je confirme que je ne suis pas en invalidité, que je n'ai pas d'incapacité physique ou intellectuelle permanente et je confirme avoir vérifié et vouloir adhérer aux garanties ci-dessus. Je suis conscient que la présente assurance **entrera en vigueur à la date de réception de la proposition** au siège social de l'Excellence, sous réserve que ladite proposition soit dûment complétée et que la première prime soit honorée. **De plus, dans l'éventualité où j'adhère à la garantie d'assurance invalidité en cas d'accident, je comprends que les prestations sont indemnisables uniquement pour une invalidité totale découlant d'une hospitalisation, d'une fracture, d'une mutilation, d'une lacération grave ou d'une brûlure grave.**

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_