

Nouvelle demande	<input type="checkbox"/>	N° de contrat visé <input type="text"/>
Modification	<input type="checkbox"/>	
Transformation	<input type="checkbox"/>	

PROPOSITION PROGRAMME ACCI-JET

NOM DU REPRÉSENTANT : _____ COURRIEL* _____ CODE _____ % _____

NOM DU REPRÉSENTANT : _____ COURRIEL* _____ CODE _____ % _____

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

1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (Preneur / Assuré principal)

<p>Nom de famille <input type="text"/></p> <p>Prénom <input type="text"/></p> <p>Date de naissance A M J <input type="checkbox"/> Conserver l'âge</p> <p>Lieu de naissance (pays ou province) <input type="text"/></p> <p>Statut légal actuel <input type="checkbox"/> Citoyen Canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent Autre*, spécifier : Au Canada depuis toujours <input type="checkbox"/> ou A M J</p> <p>Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais</p>	<p>Adresse de résidence no rue app/condo</p> <p>Ville Province Code postal</p> <p>Téléphone domicile/cellulaire Téléphone travail Poste</p> <p>Nom de l'entreprise (Preneur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non) Date d'entrée en fonction A M J</p> <p>Adresse d'affaires <input type="checkbox"/> Identique à l'adresse de résidence no rue bureau</p> <p>Ville Province Code postal</p> <p>Adresse de correspondance <input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Affaires</p>
--	--

*Veuillez nous fournir une copie de votre permis de travail ainsi qu'une preuve de demande de résidence permanente, le cas échéant.

2 OCCUPATION

Occupation* _____ Brève description de tâches _____

Tâches manuelles _____ % Revenu Annuel (voir section 3) \$ _____

Tâches administratives ou de supervision _____ %

*Veuillez utiliser le libellé exact de l'occupation tel qu'indiqué dans le Guide de tarification

Versez-vous des cotisations à l'assurance emploi (A. E.) ? **Oui** **Non** Travaillez-vous à votre domicile plus de 50 % du temps ? **Oui** **Non**

Êtes-vous un camionneur ? **Oui** **Non** Si oui, pourcentage de travail manuel et/ou demandant un effort physique _____ %

3 CALCUL DU REVENU ANNUEL

REVENU ANNUEL NET (après dépenses et avant impôts) : \$

SECTION POUR ENTREPRENEURS SEULEMENT	
<p>REVENU BRUT Chiffre d'affaires <input type="text"/> \$</p> <p>Coût des produits <input type="text"/> \$</p> <p>Salaires et charges sociales (Sauf ceux de l'assuré) <input type="text"/> \$</p> <p>Total (1) <input type="text"/> \$</p>	<p>REVENU NET Bénéfice net <input type="text"/> \$</p> <p>Salaires de l'assuré <input type="text"/> \$</p> <p>Total (2) <input type="text"/> \$</p>

Le **REVENU ANNUEL** est le montant le plus élevé entre 50 % de **(1)** et 100 % de **(2)** \$

4 PRENEUR (À remplir si autre que l'Assuré)

Nom de famille _____ Adresse de résidence Identique à l'Assuré

Prénom _____ no | rue | app/condo

Date de naissance _____ Sexe _____ Lien avec l'Assuré _____ Ville Province Code postal

A | M | J F M Téléphone domicile/cellulaire Téléphone travail Poste

5 BÉNÉFICIAIRE (pour les couvertures de DMA et de frais généraux)

Nom de famille	Prénom	Sexe	Répartition	Statut*	Lien avec l'assuré principal
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/> %	Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/> %	Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>

*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.

6 PROTECTION FAMILIALE

Si vous avez choisi une protection qui couvre votre conjoint et/ou vos enfants, veuillez compléter cette section pour toutes les personnes à charge.

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

7 AUTRE(S) CONTRAT(S) D'ASSURANCE

Avez-vous présentement d'autre(s) contrat(s) d'assurance, excluant toute assurance créancier collective ? Oui Non

Type	Compagnie	Année d'émission	Montant	À l'étude	En vigueur	À remplacer*
<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inv.			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inv.			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Inv.			\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Si l'assurance demandée remplace une autre assurance actuellement en vigueur, veuillez joindre les états comparatifs requis (Québec : vie et invalidité / Hors-Québec : vie seulement).

8 ADMISSIBILITÉ - ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT OU DE BLESSURE MUSCULAIRE OU LIGAMENTAIRE

- 1- Exercez-vous présentement un travail rémunérateur à raison d'un minimum de huit mois par année et 21 heures par semaine ? Oui Non
- 2- Êtes-vous présentement limité dans vos mouvements ou activités quotidiennes suite à une blessure ou une maladie ? Oui Non
- 3- Souffrez-vous d'une maladie dégénérative chronique ou d'un handicap physique ou intellectuel permanent ? Oui Non

Si vous répondez « NON » à la question 1 ou « OUI » aux questions 2 ou 3, VOUS N'ÊTES PAS ADMISSIBLE à ce produit.

9 ADMISSIBILITÉ - ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS DE MALADIE

A PRÉ-REQUIS POUR ADMISSIBILITÉ

Si vous répondez « OUI » à l'une des questions suivantes, VOUS N'ÊTES PAS ADMISSIBLE à l'assurance invalidité en cas de MALADIE.

- 1- Selon la table taille/poids disponible en bas de page, votre taille et votre poids vous rendent-ils inadmissible à l'assurance invalidité en cas de MALADIE ? Oui Non
- 2- Avez-vous déjà consulté ou vous a-t-on conseillé de consulter, reçu des traitements ou eu des symptômes pour les maladies suivantes :
- a) Diabète de type 1, maladie de Parkinson, toute maladie ou tout trouble du cerveau ou du système nerveux incluant : sclérose en plaques, paralysie cérébrale, maladie de Lou Gehrig, sclérose latérale amyotrophique (SLA) ou maladie d'Alzheimer ? Oui Non
- b) Angine à la poitrine, infarctus du myocarde, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral (AVC), anévrisme, toute maladie ou trouble des vaisseaux sanguins ? Oui Non
- c) Maladie de Crohn, colite ulcéreuse, fibrose kystique, emphysème, lupus, cirrhose hépatique ou alcoolique, pancréatite alcoolique, maladie polykystique des reins, insuffisance rénale, virus du SIDA, résultat positif à un test de dépistage de VIH (virus d'immunodéficience humaine), maladie ou trouble du système immunitaire ? Oui Non
- 3- Au cours des 5 dernières années, avez-vous fait usage de drogues dures ou narcotiques sans ordonnance médicale ? Oui Non

TABLE TAILLE/POIDS

Taille (pieds/pouces)	Poids Livres	Taille (mètres)	Poids Kilogrammes	Taille (pieds/pouces)	Poids Livres	Taille (mètres)	Poids Kilogrammes
5'00"	200	1,52	91	5'10"	260	1,78	118
5'01"	200	1,55	91	5'11"	270	1,80	122
5'02"	210	1,57	95	6'00"	270	1,83	122
5'03"	210	1,60	95	6'01"	280	1,85	127
5'04"	220	1,63	100	6'02"	290	1,88	132
5'05"	230	1,65	104	6'03"	290	1,91	132
5'06"	230	1,68	104	6'04"	300	1,93	136
5'07"	240	1,70	109	6'05"	310	1,96	141
5'08"	250	1,73	113	6'06"	320	1,98	145
5'09"	250	1,75	113				

Lorsque votre taille (mètres) se situe entre deux chiffres, veuillez utiliser le poids correspondant à la taille la plus grande. Exemple : Une personne mesurant 1,62 m ne doit pas peser plus de 100kg. Si elle excède le poids maximal, elle est inadmissible à l'assurance invalidité en cas de MALADIE.

B QUESTIONS NON-MÉDICALES

Si vous répondez « OUI » à l'une des questions suivantes, veuillez donner des précisions à la SECTION D du présent formulaire

- 1- Au cours des 5 dernières années, avez-vous été reconnu coupable d'infraction ou d'acte criminel ou des accusations d'infraction ou d'acte criminel sont-elle actuellement en instance contre vous, incluant la conduite avec faculté affaiblie ? Oui Non
- 2- Quelle est votre consommation hebdomadaire moyenne de toute boisson alcoolisée (bière, vin et spiritueux) ?
- 3- Dans les 5 dernières années, est-ce qu'une maladie ou une blessure a entraîné un arrêt de travail de plus de 10 jours consécutifs ? Oui Non

C QUESTIONS MÉDICALES

Si vous répondez « OUI » à l'une des questions suivantes, veuillez donner des précisions à la SECTION D du présent formulaire

- 1- Avez-vous consulté ou été traité par un professionnel de la santé, subi un examen ou suivi médical, souffert ou été diagnostiqué pour l'un des problèmes suivants :
- a) Système respiratoire : asthme, bronchite chronique, crachement de sang, tuberculose, apnée du sommeil ou autre trouble respiratoire ? Oui Non
 - b) Système cardiovasculaire : souffle au cœur, douleur à la poitrine, ECG anormal, ischémie cérébrale transitoire, cholestérol élevé, hypertension (tension artérielle élevée), ou tout trouble au cœur ou au système circulatoire ? Oui Non
 - c) Système digestif: toute maladie des intestins (à l'exception de la maladie de Crohn ou de la colite ulcéreuse), ulcère, hémorragie intestinale, gastrite ou autre trouble de l'estomac, du foie (hépatite, cirrhose), ou tout trouble du pancréas ? Oui Non
 - d) Système génito-urinaire : toute maladie rénale ou des organes génito-urinaires nécessitant un suivi régulier (soit plus d'une visite par année) auprès de votre médecin ou d'un spécialiste ? Oui Non
 - e) Système endocrinien : trouble de la thyroïde, diabète type II (non-insulino-dépendant) ou tout autre affection endocrinienne ? Oui Non
 - f) Système musculo-squelettique : rhumatisme, arthrite, ostéoporose, goutte, trouble des muscles, des articulations ou des os, douleur au dos, au cou ou à la colonne vertébrale, fibromyalgie, troubles sciatiques ou tout autre maladie ou trouble musculo-squelettique ? Oui Non
 - g) Système neurologique : épilepsie, céphalées chroniques ou faiblesse musculaire ? Oui Non
 - h) Cancer, trouble des ganglions lymphatiques, infection transmissible sexuellement, anémie ou autre maladie du sang, kyste, polype ou toute tumeur maligne ou bénigne nécessitant un suivi régulier (soit plus d'une visite par année) auprès de votre médecin ou d'un spécialiste ? Oui Non
- 2- Nécessitez-vous un suivi régulier, soit plus d'une visite par année, auprès de votre médecin ou d'un spécialiste concernant :
- a) Tout trouble des yeux ? Oui Non
 - b) Tout trouble des oreilles ? Oui Non
 - c) Tout trouble du nez ? Oui Non
 - d) Tout trouble de la bouche ou de la gorge ? Oui Non
 - e) Toute maladie de la peau ? Oui Non
- 3- Êtes-vous actuellement en surveillance médicale, en observation, en traitement, en thérapie ou prenez-vous des médicaments concernant une affection non mentionnée ci-haut ? Oui Non
- 4- Est-ce que l'un de vos parents naturels, frères ou sœurs, ont souffert de : maladie polykystique des reins, de la sclérose en plaques, maladie de Huntington ou de toute autre maladie héréditaire ? Si oui, svp compléter le tableau ci-dessous : Oui Non

Membre de la famille	Condition ou maladie	Âge au diagnostic	Âge actuel (si vivant)	Âge au décès (le cas échéant)
Père <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 25px;" type="text"/>
Mère <input type="checkbox"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 25px;" type="text"/>
Frère(s)* <input type="checkbox"/> #	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 25px;" type="text"/>
Sœur(s)* <input type="checkbox"/> #	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 50%; height: 25px;" type="text"/>

*Indiquer le nombre de frère(s) ou de sœur(s) atteints par la condition ou la maladie

D DÉTAILS AUX RÉPONSES AFFIRMATIVES DES SECTIONS B ET/OU C

Veuillez donner des détails complets et précis concernant toutes les réponses OUI données à la section B – Questions non-médicales et/ou à la section C – Questions médicales. Veuillez préciser la section, le numéro de la question, les symptômes, le diagnostic, la date et la durée du traitement. Par ailleurs, veuillez indiquer si vous avez été en invalidité de travail, si la réhabilitation est complète et dans le cas échéant, veuillez donner des détails sur les traitements, les problèmes et les suivis médicaux.

Section / # Question	Détails
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>
<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>	<input style="width: 95%; height: 25px;" type="text"/>

10 SOMMAIRE DES PROTECTIONS DEMANDÉES

Catégorie C / B / 1A / 2A / 3A / 4A

COMMISSION DE BASE (par défaut) COMMISSION ACCÉLÉRÉE (non disponible pour camionneur)

ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT OU DE BLESSURE MUSCULAIRE OU LIGAMENTAIRE

DÉLAI DE CARENCE Nombre de jours	COUVERTURE		DURÉE DES PRESTATIONS			OPTIONS ADDITIONNELLES			MONTANT DES PROTECTIONS	PRIME MENSUELLE
	24 heures sur 24	Non liée à l'occupation	2 ans	5 ans	Jusqu'à 70 ans	Invalidité partielle	Remboursement des primes	Prolongation occ. régulière (5 ans)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$
Frais généraux									\$	\$

ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS DE MALADIE

DÉLAI DE CARENCE Nombre de jours	COUVERTURE 24 heures sur 24	DURÉE DES PRESTATIONS			OPTIONS ADDITIONNELLES IDENTIQUES À CELLES CHOISIES POUR L'ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT OU DE BLESSURE MUSCULAIRE OU LIGAMENTAIRE	MONTANT DES PROTECTIONS	PRIME MENSUELLE
		2 ans	5 ans	Jusqu'à 70 ans			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	\$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$	\$
Frais généraux						\$	\$

DÉCÈS, MUTILATION OU PERTE D'USAGE SUITE À UN ACCIDENT	Assuré principal	<input type="checkbox"/>	\$	\$
	Conjoint	<input type="checkbox"/>	\$	\$
	Enfants	<input type="checkbox"/>	5 000 \$	\$

SOINS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES SUITE À UN ACCIDENT (2,50 \$) \$

ASSURANCE VOYAGE Assuré principal Familiale \$

FRAIS DE POLICE 2,50 \$

Une prime annuelle minimale de 100 \$ est exigée pour tout contrat. Pour un paiement annuel, prime mensuelle X 12. **TOTAL** \$

11 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.

Prime annuelle → Par chèque à l'ordre de **L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie**.

Prime initiale	Primes subséquentes
<input type="checkbox"/> Chèque joint à l'ordre de L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie <input type="checkbox"/> Paiement préautorisé prélevé sur réception de la proposition <input type="checkbox"/> Paiement préautorisé prélevé à la date de prise de décision par iA Excellence pour la couverture maladie* <small>*Aucune protection ne sera en vigueur immédiatement avec cette option.</small>	<input type="checkbox"/> Paiement mensuel préautorisé le <input type="text"/> de chaque mois (1 à 28) Si aucune date indiquée, la prime sera prélevée à la date de prise d'effet du contrat. <input type="checkbox"/> Même compte bancaire que le contrat # <input type="text"/>
Veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « Annulé ».	
OU Veuillez nous indiquer le nom de l'institution financière <input type="text"/>	
Numéro de transit <input type="text"/> Numéro de l'institution financière <input type="text"/> Numéro de compte <input type="text"/>	
<div style="border: 1px solid red; padding: 10px; display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">Nom et prénom du payeur</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; text-align: center; color: red; font-weight: bold;">X</div> <div style="border: 1px solid red; padding: 5px;">Date</div> </div>	

12 DÉCLARATION

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) L'assurance invalidité en cas d'ACCIDENT OU DE BLESSURE MUSCULAIRE OU LIGAMENTAIRE entrera en vigueur le jour de la réception de la proposition 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^{ère}) présentation.
- 5) Si j'ai choisi que l'on prélève ma première prime à la date de prise de décision par iA Excellence, je suis conscient que ma protection en cas d'ACCIDENT OU DE BLESSURE MUSCULAIRE OU LIGAMENTAIRE entrera en vigueur seulement à la date de prise de décision concernant ma protection en cas de MALADIE. Par conséquent, je ne serai pas couvert en vertu de ma protection en cas d'ACCIDENT OU DE BLESSURE MUSCULAIRE OU LIGAMENTAIRE entre le lendemain de la date de réception de ma proposition au siège social de iA Excellence et la date de prise de décision de iA Excellence, nonobstant ce qui est indiqué au point 4) et au contrat. Les protections entreront en vigueur seulement si la prime initiale est payée et le paiement honoré à sa première (1^{ère}) présentation.
- 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"/>	<input type="text" value="X"/>
Signature de l'Assuré principal	Signature du preneur (si autre que l'Assuré)	Signature du représentant

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



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.

<input type="text"/>	<input type="text" value="X"/>	<input type="text" value="A"/> <input type="text" value="M"/> <input type="text" value="J"/>
Nom et prénom de l'assuré principal	Signature de l'assuré principal	Date

DÉTACHER ET REMETTRE CETTE PARTIE À L'ASSURÉ PRINCIPAL

AP-AJF 04-2017

14 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).