

PROPOSITION PROGRAMME CANCER

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 changé, vous pouvez laisser la case vide.

1 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (ASSURÉ PRINCIPAL)

Nom de famille		Adresse de résidence	
		no	rue
Prénom		app/condo	
		Ville	Province
		Code postal	
Date de naissance	<input type="checkbox"/> Conserver l'âge	Sexe	
A M J		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
Statut de tabagisme <input type="checkbox"/> Non-fumeur <input type="checkbox"/> Fumeur*		Téléphone domicile/cellulaire	Téléphone travail
		Poste	
* Vous êtes considéré fumeur si au cours des douze derniers mois, vous avez fait usage de tabac ou de produits dérivés du tabac, sous toutes ses formes, quelle que soit la fréquence de cet usage.		Adresse d'affaires <input type="checkbox"/> Identique à l'adresse de résidence	
		no	rue
		bureau	
		Ville	Province
		Code postal	
Statut légal	<input type="checkbox"/> Citoyen Canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Autre	Adresse de correspondance	
Au Canada depuis toujours <input type="checkbox"/> ou		Langue de correspondance	
A M J		<input type="checkbox"/> Résidence <input type="checkbox"/> Affaires <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

2 ADMISSIBILITÉ

Les questions d'admissibilité permettent d'établir le taux de prime du client, soit STANDARD, PRIVILÉGIÉ ou PRIVILÉGIÉ PLUS. La grille d'admissibilité fait état du rapport entre les réponses aux questions et le montant assuré maximum pour chacun des niveaux.

ASSURANCE	PRÉ-REQUIS	TAUX STANDARD jusqu'à 50 000 \$	TAUX PRIVILÉGIÉ jusqu'à 100 000 \$	TAUX PRIVILÉGIÉ PLUS jusqu'à 150 000 \$
Cancer	Vous devez répondre NON aux questions suivantes :	1 - 2A	1 - 2A - 3 - 4A	1 - 2A - 3 - 4A - 5A
Maladies graves	Vous devez répondre NON aux questions suivantes :	1 - 2A - 2B	1 - 2A - 2B - 3 - 4A - 4B	Toutes les questions

Questions d'admissibilité pour un TAUX STANDARD (5 000 \$ à 50 000 \$)	Oui	Non
1- Au cours de votre vie, avez-vous reçu un diagnostic de syndrome immunodéficitaire acquis (SIDA) ou subi des tests ayant donné un résultat séropositif au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Souffrez-vous, avez-vous souffert, avez-vous constaté des signes ou des symptômes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté de médecin, ou êtes-vous en attente de résultats d'un test concernant les affections ou conditions médicales suivantes : A▶ leucémie, lymphome, tumeur maligne ou toute forme de cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À répondre seulement si l'assuré principal souscrit à la protection optionnelle maladies graves		
B▶ maladies neurodégénératives chroniques, diabète de type 1 (insulinodépendant), diabète de type 2, anomalie cardiaque congénitale, angine, angioplastie, pontage des artères coronaires, crise cardiaque, insuffisance cardiaque, cardiomyopathie, valvulopathies, accident vasculaire cérébral (AVC), ischémie cérébrale transitoire (ICT), toute autre maladie cérébrovasculaire, tout autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins, anomalie à l'électrocardiogramme (ECG), insuffisance rénale chronique ou maladie polykystique des reins?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions d'admissibilité pour un TAUX PRIVILÉGIÉ (5 000 \$ à 100 000 \$)	Oui	Non
3- Au cours des deux dernières années, avez-vous eu une proposition d'assurance couvrant les maladies graves ou cancer qui a été refusée ou différée auprès de toute compagnie d'assurance, incluant iA Excellence?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Est-ce que deux membres de votre famille immédiate ou plus (père, mère, frères et sœurs) ont souffert ou reçu un diagnostic avant l'âge de 60 ans : A▶ de cancer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À répondre seulement si l'assuré principal souscrit à la protection optionnelle maladies graves		
B▶ d'une maladie du cœur, d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'une ischémie cérébrale transitoire (ICT)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questions d'admissibilité pour un TAUX PRIVILÉGIÉ PLUS (5 000 \$ à 150 000 \$)	Oui	Non
5- Est-ce qu'un membre ou plus de votre famille immédiate (père, mère, frères et sœurs) a souffert ou reçu un diagnostic avant l'âge de 60 ans : A▶ de cancer du sein ou des ovaires, de cancer colorectal ou de polypose adénomateuse familiale?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
À répondre seulement si l'assuré principal souscrit à la protection optionnelle maladies graves		
B▶ de maladie polykystique des reins, de chorée d'Huntington ou de maladie des neurones moteurs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3 SOMMAIRE DES PROTECTIONS DEMANDÉES (prime annuelle minimale : 100 \$)

PROTECTION(S)	CANCER		MALADIES GRAVES	RDP	PRIME	PRIME TOTALE
	MONTANT ASSURÉ	PRÉVENTION	MONTANT ASSURÉ			
Temporaire 10 ans	\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	\$ Mode de paiement Mensuel <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/>
Temporaire 20 ans	\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	
Temporaire 75 ans	\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	

4 PRENEUR (À remplir si autre que l'assuré principal)

Nom de famille		Prénom	
Adresse de résidence <input type="checkbox"/> Identique à l'assuré principal		app/condo	
no	rue		
Ville		Province	Code postal
Téléphone domicile/cellulaire		Date de naissance	Sexe
		A M J	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Lien avec l'assuré principal			

5 BÉNÉFICIAIRE

Preneur **OU** Assuré principal **OU**

▲ L'absence de désignation constitue une désignation révoquée en faveur du preneur.

Nom de famille	Prénom	Sexe	Répartition	Statut	Lien avec l'assuré principal
Bénéficiaire 1		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	%	Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>	
Bénéficiaire subrogé		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>	
Bénéficiaire 2		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	%	Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>	
Bénéficiaire subrogé		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>	

6 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 mensuel préautorisé le [] de chaque mois (1 à 28)	
<input type="checkbox"/> Paiement préautorisé prélevé sur réception de la proposition	Si aucune date indiquée, la prime sera prélevée à la date de prise d'effet du contrat.	
Veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention « Annulé », OU Veuillez nous indiquer le nom de l'institution financière []		
Numéro de transit [] Numéro de l'institution financière [] Numéro de compte []		
[] Nom et prénom du payeur	[] X Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)	[] A M J Date

7 DÉCLARATION

Je comprends et j'accepte que :

- 1) Les renseignements contenus dans toute déclaration faite 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 présente assurance entrera en vigueur le jour de la réception de la proposition au siège social de L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie.
- 5) 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.
- 6) 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	Ville	Date	A M J
[] X	[] X	[] X	
Signature de l'assuré principal	Signature du preneur (si autre que l'assuré principal)	Signature du représentant	