

Numéro du centre financier	Numéro du conseiller	Numéro de contrat
----------------------------	----------------------	-------------------

Nom de l'assuré principal

A - À compléter pour toutes les demandes de rente d'invalidité Proprio

Personne à assurer

Prénom	Nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
--------	-----	--------------------------------

Rente d'invalidité

1. Est-ce que vous remplissez cette proposition dans le but de couvrir un prêt en cas d'invalidité? Oui Non
Si **oui**, détenez-vous déjà une protection d'assurance invalidité sur ce prêt? Oui Non

Si oui,

Nom de la compagnie : _____

Montant mensuel : _____ \$

Délai de carence : _____

Durée de la protection : _____

2. Au cours des trois dernières années, avez-vous souffert de douleurs à la colonne cervicale, dorsale ou lombaire ou été traité pour de telles douleurs? Oui Non

3. Pour les camionneurs, précisez le nombre de kilomètres parcourus chaque jour. _____

B - À compléter pour toutes les demandes de rente d'invalidité, excluant la rente d'invalidité Proprio

Rente d'invalidité

1. Présentement, détenez-vous de l'assurance salaire ou avez-vous droit à des rentes mensuelles en cas d'invalidité? Oui Non

Si oui,

Nom de la compagnie : _____

Montant mensuel : _____ \$

Délai de carence : _____

Durée de la protection : _____

2. Travaillez-vous douze mois par année? Oui Non

Si non,

Durée : _____

Raison : _____

3. Au cours des trois dernières années, avez-vous souffert de douleurs à la colonne cervicale, dorsale ou lombaire ou été traité pour de telles douleurs? Oui Non

4. Quel est votre revenu mensuel de la dernière année?

a) Revenu d'emploi brut (si à votre compte, revenu net) : _____ \$

b) Loyer (revenu net) : _____ \$

c) Intérêts et dividendes : _____ \$

d) Rentes et autres revenus : _____ \$

5. Pour les camionneurs, précisez le nombre de kilomètres parcourus chaque jour. _____

Je déclare que les réponses contenues dans ce document sont exactes et complètes et j'accepte qu'elles fassent partie intégrante de ma demande d'assurance.

Date (aaaa-mm-jj)

X

Signature de la personne à assurer
(père, mère ou tuteur s'il s'agit d'un mineur)

X

Signature du témoin