

Un pas de plus vers la tranquillité d'esprit

Proposition d'assurance
vie, santé et invalidité

 **Desjardins**
Assurances
Vie • Santé • Retraite

1, Complexe Desjardins
Montréal (Québec) H5B 1E2
1 888 558-5525

200, rue des Commandeurs
Lévis (Québec) G6V 6R2
1 888 558-5525

⚠ Informations importantes et directives

- 1- Assurez-vous que vous avez indiqué toute l'information requise dans la présente proposition d'assurance avant de la soumettre au siège social de Desjardins Assurances. Des renseignements manquants retarderont son traitement.
- 2- Veuillez utiliser cette proposition pour demander une assurance vie (traditionnelle ou universelle), invalidité, maladies graves ou soins de santé, ou pour demander une modification exigeant des preuves d'assurabilité.
Note : Une personne à assurer peut demander la protection SOLO Assurance salaire et/ou la protection SOLO Assurance proprio dans la même proposition. Si plus d'une personne à assurer demande la protection SOLO Assurance salaire et/ou la protection SOLO Assurance proprio, une proposition distincte doit alors être remplie pour chaque personne.
- 3- Veuillez **ne pas** utiliser cette proposition si vous demandez une modification à un contrat existant et que cette modification n'exige pas de preuves d'assurabilité.
- 4- Veuillez poser toutes les questions pertinentes de cette proposition à votre client et consigner complètement et précisément ses réponses.
De plus, assurez-vous que toutes les signatures requises figurent aux pages 40, 42, 43, 45, 46, 47 et 48.
- 5- Veuillez écrire lisiblement et préférablement à l'encre noire afin de faciliter les photocopies. N'utilisez pas de guillemets de répétition ni de correcteur liquide. N'effacez pas. Si vous devez faire une correction, rayez l'erreur et demandez au client d'y apposer ses initiales.
- 6- **Assurez-vous que vous utilisez la version la plus récente du logiciel pour illustrer l'assurance choisie.** L'illustration doit être soumise avec la proposition. En ce qui concerne les protections d'assurance vie universelle et d'assurance vie avec participation, le document « Déclarations et signatures de l'illustration » doit aussi être signé par le preneur et soumis avec la proposition.
- 7- Vous devez remettre une copie de l'**Avis relatif au MIB, LLC** :
 - à chaque personne à assurer âgée de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec).
 - au parent, tuteur ou représentant légal de chaque personne à assurer âgée de **moins de 14 ans** (Québec) ou de **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec).
- 8- Utilisez la **section G - Instructions spéciales** pour indiquer les demandes de « conservation de l'âge (*backdating*) ».
- 9- Si vous **ajoutez un ou des assurés à un contrat existant**, consultez l'aide-mémoire disponible sur **web**  (www.webi.ca).

Tables des matières

Partie 1

A - Informations générales	1
B - Bénéficiaires	5
C - Type et montant de l'assurance demandée.....	8
D - Modification majeure	8
E - Admissibilité	11

Partie 2

F - Déclaration d'assurabilité	15
G - Instructions spéciales	24

Partie 3

H - Paiement de l'assurance	25
I - Assurance provisoire ou conditionnelle	29
J - Avis relatif au MIB, LLC	35
K - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins.....	39
L - Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances.....	41
M - Autorisation relative à la divulgation de renseignements personnels complémentaires au représentant.....	43
N - Déclarations et autorisations	44
O - Consentement particulier.....	46
P - Informations et déclaration du représentant.....	48

Références	Annexe
------------------	--------

Dossier de services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et de services complémentaires

A - Informations générales
 **ATTENTION!**
Tous les renseignements personnels que la personne à assurer fournira dans la présente proposition ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant seront communiqués au preneur.
A1 - Identification des personnes à assurer et des preneurs (Personnes physiques)

- Si vous demandez la protection Assurance vie - enfants ou si vous voulez assurer des enfants en vertu du produit SOLO Assurance soins de santé, les enfants à assurer doivent être indiqués à la **section F8**.
- Pour les demandes d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne, si la personne à assurer est aussi le preneur, veuillez remplir la **section A3 - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt**.

<input type="checkbox"/> Assuré 1 seulement		<input type="checkbox"/> Assuré 1 et preneur 1		<input type="checkbox"/> Assuré 2 seulement		<input type="checkbox"/> Assuré 2 et preneur 2	
Prénom				Prénom			
Nom				Nom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Statut <input type="checkbox"/> Privilégié (non fumeur) <input type="checkbox"/> Régulier (fumeur)		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Statut <input type="checkbox"/> Privilégié (non fumeur) <input type="checkbox"/> Régulier (fumeur)	
Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Lieu de naissance (pays)		Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Lieu de naissance (pays)	
 Si votre lieu de naissance n'est pas au Canada, précisez la date d'arrivée au Canada (aaaa-mm-jj) : _____				 Si votre lieu de naissance n'est pas au Canada, précisez la date d'arrivée au Canada (aaaa-mm-jj) : _____			
Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent (immigrant reçu)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent (immigrant reçu)? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si non , précisez votre statut et répondez à la question ci-dessous : <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Résident temporaire avec permis de travail <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile <input type="checkbox"/> Autre : _____				Si non , précisez votre statut et répondez à la question ci-dessous : <input type="checkbox"/> Réfugié <input type="checkbox"/> Résident temporaire avec permis de travail <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile <input type="checkbox"/> Autre : _____			
Avez-vous fait une demande de résidence permanente? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Avez-vous fait une demande de résidence permanente? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Adresse (N°, rue, app.)				Adresse (N°, rue, app.)			
Ville		Province ou territoire		Ville		Province ou territoire	
Code postal		Courriel		Code postal		Courriel	
Numéro de téléphone à 10 chiffres				Numéro de téléphone à 10 chiffres			
Rés. : _____		Cell. : _____		Rés. : _____		Cell. : _____	
Trav. : _____		poste : _____		Trav. : _____		poste : _____	
Employeur (nom et ville)				Employeur (nom et ville)			
Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)		Revenu annuel		Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)		Revenu annuel	
		\$				\$	
Est-ce que vous parlez et comprenez le français? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				Est-ce que vous parlez et comprenez le français? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si non , indiquez la langue que vous parlez : _____				Si non , indiquez la langue que vous parlez : _____			
Qui vous explique le contenu de cette proposition dans votre langue? (Note : Cette personne ne doit pas être un preneur ni un bénéficiaire identifié dans la proposition.) <input type="checkbox"/> Votre représentant <input type="checkbox"/> Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :				Qui vous explique le contenu de cette proposition dans votre langue? (Note : Cette personne ne doit pas être un preneur ni un bénéficiaire identifié dans la proposition.) <input type="checkbox"/> Votre représentant <input type="checkbox"/> Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :			
Prénom		Nom		Lien avec vous		Prénom	
						Nom	
						Lien avec vous	

A - Informations générales (suite)

Veillez remplir la section suivante si les personnes à assurer et les preneurs sont âgés de 18 ans ou plus et qu'une protection d'assurance vie ou une protection d'assurance maladies graves est demandée.

<input type="checkbox"/> Assuré 1 seulement	<input type="checkbox"/> Assuré 1 et preneur 1	<input type="checkbox"/> Assuré 2 seulement	<input type="checkbox"/> Assuré 2 et preneur 2
Valeur nette personnelle au Canada	\$ CA	Valeur nette personnelle au Canada	\$ CA
Valeur nette personnelle à l'étranger	\$ CA	Valeur nette personnelle à l'étranger	\$ CA

- i** Valeur nette = actif moins passif
- Actif (ex. : liquidités, biens personnels, épargne, placements, REER, etc.)
 - Passif (ex. : prêts hypothécaires, marges de crédit, prêts personnels, soldes de cartes de crédit, etc.)

A2 - Identification d'un preneur qui n'est pas une personne à assurer

- S'il y a plus d'un preneur sans protection, veuillez fournir les renseignements personnels figurant ci-dessous dans la **section G - Instructions spéciales**.

Preneur – Personne physique

Prénom		Nom	
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Courriel	Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)
Adresse (N°, rue, app.) <input type="checkbox"/> même que l'Assuré 1			Ville
Province ou territoire	Code postal	Est-ce que vous parlez et comprenez le français? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non , indiquez la langue que vous parlez : _____	
Numéro de téléphone à 10 chiffres		Qui vous explique le contenu de cette proposition dans votre langue? (Note : Cette personne ne doit pas être un preneur ni un bénéficiaire identifié dans la proposition.) <input type="checkbox"/> Votre représentant <input type="checkbox"/> Une autre personne – veuillez l'identifier ci-dessous :	
Rés. : _____	Cell. : _____	Prénom	Nom
Trav. : _____, poste : _____		Lien avec vous	

Veillez remplir la section suivante si le preneur est âgé de 18 ans ou plus et qu'une protection d'assurance vie ou une protection d'assurance maladies graves est demandée.

Valeur nette personnelle au Canada	\$ CA
Valeur nette personnelle à l'étranger	\$ CA

- i** Valeur nette = actif moins passif
- Actif (ex. : liquidités, biens personnels, épargne, placements, REER, etc.)
 - Passif (ex. : prêts hypothécaires, marges de crédit, prêts personnels, soldes de cartes de crédit, etc.)

Preneur – Personne morale, fiducie ou autre entité (ex. : Priorité santé - affaires, SOLO Assurance proprio)

- i** **Remarque :** Veuillez remplir le formulaire **08295F** pour tous les contrats d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne.

Numéro d'entreprise fédéral
(toutes les provinces et tous les territoires)

Numéro d'entreprise provincial
(Québec seulement)

ou

Numéro de fiducie fédéral
(toutes les provinces et tous les territoires)

Numéro de fiducie provincial
(Québec seulement)

T _____ - _____ - _____

Important : S'il manque un numéro d'entreprise ou de fiducie, le preneur devra les fournir à Desjardins Assurances dans un délai de **90 jours**.

Nom de l'entreprise

Adresse (N°, rue, app.)	Ville	Province ou territoire	Code postal
Courriel	Numéro de téléphone à 10 chiffres _____, poste : _____		

L'entreprise exerce-t-elle des activités liées à l'industrie du cannabis (culture, transformation, vente ou autres activités connexes)? Oui Non

Si **oui** : Toute entreprise qui exerce des activités liées à l'industrie du cannabis doit détenir une **licence de Santé Canada**.

Pour certaines de ces activités, une **licence de l'Agence du revenu du Canada** est aussi exigée.

Important : Vous devez nous fournir une copie de cette ou ces **licences valides** dans les **90 jours** qui suivent la signature de votre proposition.
Sinon, nous ne pourrions pas analyser votre demande.

A - Informations générales (suite)
Identification du signataire autorisé

- Veuillez joindre le ou les documents donnant le pouvoir d'agir au signataire autorisé identifié ci-dessous (ex. : une procuration ou une résolution).

Prénom	Nom	Emploi précis (ex. : ingénieur en bâtiment)
Adresse (N ^o , rue, app.)		
Ville	Province ou territoire	Code postal

A3 - Déclaration de résidence aux fins de l'impôt (Preneur – Personne physique)

i À remplir pour toute demande d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne.

i Si le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité, veuillez remplir le formulaire **08295F** pour la déclaration de résidence aux fins de l'impôt.

Pour plus de détails, veuillez consulter la documentation sur [web](#).

Note : S'il y a plus de 2 preneurs, veuillez fournir les renseignements demandés ci-dessous dans la **section G – Instructions spéciales**.

Cochez toutes les options qui s'appliquent à votre situation et fournissez tous les renseignements demandés. Si votre déclaration n'est pas remplie correctement, nous ne pourrions pas analyser votre demande d'assurance.

Preneur qui remplit la déclaration : <input type="checkbox"/> Preneur 1 identifié à la section A1 <input type="checkbox"/> Preneur identifié à la section A2	Preneur qui remplit la déclaration : <input type="checkbox"/> Preneur 2 identifié à la section A1 <input type="checkbox"/> Preneur identifié à la section A2												
<input type="checkbox"/> Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.	<input type="checkbox"/> Je suis résident du Canada aux fins de l'impôt.												
<input type="checkbox"/> Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen des États-Unis. a) Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'identification fiscal (NIF) des États-Unis : _____ b) Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____	<input type="checkbox"/> Je suis résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen des États-Unis. a) Si vous cochez cette case, inscrivez votre numéro d'identification fiscal (NIF) des États-Unis : _____ b) Si vous n'avez pas de NIF des États-Unis, en avez-vous demandé un ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____												
<input type="checkbox"/> Je suis résident d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt. a) Si vous cochez cette case, indiquez vos pays de résidence aux fins de l'impôt et vos numéros d'identification fiscaux (NIF). <table border="1" data-bbox="113 1554 792 1711"> <thead> <tr> <th>Pays de résidence aux fins de l'impôt</th> <th>NIF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> b) Si vous n'avez pas de NIF, expliquez pourquoi en cochant l'une des cases suivantes : <input type="checkbox"/> Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu. <input type="checkbox"/> Mon pays de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents. <input type="checkbox"/> Autre raison (expliquez) : _____ c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____	Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF					<input type="checkbox"/> Je suis résident d'un ou de plusieurs pays autres que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt. a) Si vous cochez cette case, indiquez vos pays de résidence aux fins de l'impôt et vos numéros d'identification fiscaux (NIF). <table border="1" data-bbox="852 1554 1531 1711"> <thead> <tr> <th>Pays de résidence aux fins de l'impôt</th> <th>NIF</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> b) Si vous n'avez pas de NIF, expliquez pourquoi en cochant l'une des cases suivantes : <input type="checkbox"/> Je demanderai un NIF ou j'en ai déjà demandé un, mais je ne l'ai pas encore reçu. <input type="checkbox"/> Mon pays de résidence aux fins de l'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents. <input type="checkbox"/> Autre raison (expliquez) : _____ c) Si vous êtes aussi résident du Canada aux fins de l'impôt, inscrivez votre numéro d'assurance sociale (NAS) : _____	Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF				
Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF												
Pays de résidence aux fins de l'impôt	NIF												

A - Informations générales (suite)
A4 - Vérification de l'identité du preneur (Personne physique)

Pour quel preneur vérifiez-vous l'identité ? <input type="checkbox"/> Preneur 1 identifié à la section A1 <input type="checkbox"/> Preneur identifié à la section A2		Pour quel preneur vérifiez-vous l'identité ? <input type="checkbox"/> Preneur 2 identifié à la section A1 <input type="checkbox"/> Preneur identifié à la section A2	
<input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie* <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté <input type="checkbox"/> Autre carte-photo émise par un gouvernement * Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.		<input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie* <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté <input type="checkbox"/> Autre carte-photo émise par un gouvernement * Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.	
Lieu d'émission Province, territoire ou État : _____ Pays : _____		Lieu d'émission Province, territoire ou État : _____ Pays : _____	
Date d'expiration (aaaa-mm-jj) (un document expiré n'est pas valide)	Date de vérification de la pièce d'identité (aaaa-mm-jj)	Date d'expiration (aaaa-mm-jj) (un document expiré n'est pas valide)	Date de vérification de la pièce d'identité (aaaa-mm-jj)

Veillez remplir la section suivante si une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne est demandée.

Numéro de la pièce d'identité sélectionnée ci-dessus	Numéro de la pièce d'identité sélectionnée ci-dessus
Si vous vérifiez l'identité à distance, le preneur doit aussi présenter l'un des documents suivants pour confirmer son nom et son adresse : <input type="checkbox"/> Facture de services publics <input type="checkbox"/> Relevé des prestations de l'assurance-emploi <input type="checkbox"/> Relevé de la sécurité de la vieillesse <input type="checkbox"/> État des prestations du régime de pensions du Canada <input type="checkbox"/> Relevé bancaire ou de carte de crédit (le relevé ne doit pas être émis par une caisse ou une entité du Mouvement Desjardins) <input type="checkbox"/> Autre document provenant d'une source fiable qui comprend le nom et l'adresse du preneur : _____	Si vous vérifiez l'identité à distance, le preneur doit aussi présenter l'un des documents suivants pour confirmer son nom et son adresse : <input type="checkbox"/> Facture de services publics <input type="checkbox"/> Relevé des prestations de l'assurance-emploi <input type="checkbox"/> Relevé de la sécurité de la vieillesse <input type="checkbox"/> État des prestations du régime de pensions du Canada <input type="checkbox"/> Relevé bancaire ou de carte de crédit (le relevé ne doit pas être émis par une caisse ou une entité du Mouvement Desjardins) <input type="checkbox"/> Autre document provenant d'une source fiable qui comprend le nom et l'adresse du preneur : _____
Nom de l'émetteur	Nom de l'émetteur
Numéro de compte ou de référence	Numéro de compte ou de référence
Date d'émission (aaaa-mm-jj)	Date d'émission (aaaa-mm-jj)

A5 - Vérification de l'identité du signataire autorisé (Preneur – Personne morale, fiducie ou autre entité)

La vérification de l'identité du signataire autorisé doit s'effectuer dans le formulaire 08295F si une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne est demandée.

<input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie* <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Carte de citoyenneté <input type="checkbox"/> Autre carte-photo émise par un gouvernement * Interdiction d'utiliser une carte émise par le Manitoba, l'Ontario, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard.		
Lieu d'émission Province, territoire ou État : _____ Pays : _____	Date d'expiration (aaaa-mm-jj) (un document expiré n'est pas valide)	Date de vérification de la pièce d'identité (aaaa-mm-jj)

A6 - Preneur subrogé

• Au décès d'un des preneurs, les droits et intérêts de ce preneur relativement au présent contrat seront transférés :

<input type="checkbox"/> au preneur survivant (s'applique seulement aux contrats comportant plus d'un preneur)		<input type="checkbox"/> au preneur subrogé nommé ci-dessous	
Prénom		Nom	
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	Numéro de téléphone à 10 chiffres	
Adresse (N°, rue, app.) <input type="checkbox"/> même que l'Assuré 1	Ville	Province ou territoire	Code postal

A - Informations générales (suite)
A7 - Situation financière de l'entreprise

Vous devez remplir cette section et fournir les états financiers si l'assurance choisie est considérée comme une assurance d'entreprise (exemple : partenariat, employé clé ou prêt à une entreprise) et que l'une des situations suivantes s'applique :

- le total du montant d'assurance vie en vigueur, y compris le montant actuel demandé, **est supérieur à 500 000 \$**;
- le total du montant d'assurance maladies graves en vigueur, y compris le montant actuel demandé, **est supérieur à 250 000 \$**; ou
- vous demandez l'Option de dépôt supplémentaire pour une protection d'assurance vie avec participation, peu importe le montant d'assurance vie de base.

Nature de l'entreprise	Pourcentage détenu par l'Assuré 1 %	Pourcentage détenu par l'Assuré 2 %		
Informations sur l'entreprise du preneur	Dernière année	Avant-dernière année		
Actif	\$	\$		
Passif	\$	\$		
Revenu net	\$	\$		
Chiffre d'affaires	\$	\$		
Valeur marchande	\$	\$		
But de l'assurance :	Date de fin de l'exercice financier (aaaa-mm-jj) :			
Assurance sur la tête d'autres associés ou dirigeants (inclure l'assurance en vigueur ou en suspens)				
Nom des associés ou dirigeants	% des actions	En vigueur	En suspens	Compagnie d'assurance
		\$	\$	
		\$	\$	

B - Bénéficiaires
B1 - Décès

 Pour un contrat comportant la protection Priorité santé - affaires, veuillez remplir la **section B4 - Priorité santé - affaires** seulement.

Directive : Veuillez indiquer à qui doivent être versés tous les montants payables en cas de décès de la personne assurée en vertu de ce contrat.

Ex. : montant d'assurance vie, remboursement des primes, prestation de décès prévue dans une protection autre qu'une assurance vie.

- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.
- Veuillez utiliser la **section G - Instructions spéciales** si vous avez besoin de plus d'espace.

Bénéficiaire(s) de l'Assuré 1	%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut																														
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable																														
Nom						Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom			Bénéficiaire(s) de l'Assuré 2						Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom			Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable																														
Nom						Bénéficiaire(s) de l'Assuré 2						Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom			Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom								
Bénéficiaire(s) de l'Assuré 2																																			
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable																														
Nom						Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom																							
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable																														
Nom																																			

B - Bénéficiaires (suite)
B2 - Désignation de bénéficiaires subrogés

- Si un bénéficiaire indiqué dans la **section B1 - Décès** décède avant la personne assurée, le bénéficiaire subrogé indiqué ci-dessous remplace ce bénéficiaire.

Bénéficiaire de l'Assuré 1	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom		<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom				

Bénéficiaire de l'Assuré 2	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom		<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom				

B3 - Maladies graves

 Pour un contrat comportant la protection Priorité santé - affaires, veuillez remplir la **section B4 - Priorité santé - affaires seulement**.

Directive : Veuillez indiquer à qui doivent être versés tous les montants payables si la personne assurée souffre d'une maladie grave couverte en vertu d'une protection de ce contrat.

Ex. : montant d'assurance ou avance payable par une protection d'assurance maladies graves

- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100%.
- Veuillez utiliser la **section G - Instructions spéciales** si vous avez besoin de plus d'espace.

Bénéficiaire(s) de l'Assuré 1	%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					

Bénéficiaire(s) de l'Assuré 2	%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					

B - Bénéficiaires (suite)
B4 - Priorité santé - affaires

Directive : Si le bénéficiaire de la **prestation de maladie grave** et de la **prestation de décès** est une personne morale, vous n'avez pas à indiquer le lien qui existe entre ce bénéficiaire et le preneur / l'assuré. **Toutefois**, si le bénéficiaire est une personne physique, veuillez indiquer, sous le nom du bénéficiaire, le lien qui existe entre ce bénéficiaire et le copreneur (personne physique), si le contrat est établi au Québec, ou l'assuré, si le contrat est établi dans une province ou un territoire autre que le Québec.

- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.
- Veuillez utiliser la **section G - Instructions spéciales** si vous avez besoin de plus d'espace.

Prestation de maladie grave			Prestation de décès		
Bénéficiaire(s)	%	Statut	Bénéficiaire(s)	%	Statut
Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Prestation de santé					
Bénéficiaire(s)	%	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien du bénéficiaire avec :	Sexe	Statut
Prénom			- le preneur , pour un contrat établi au Québec - l'assuré , pour un contrat établi dans une province ou un territoire autre que le Québec <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					
Prénom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom					

B5 - Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces ou territoires autres que le Québec)

- Cette section peut être remplie pour les contrats qui sont établis à l'extérieur du Québec seulement.
- Si vous avez désigné un bénéficiaire mineur aux **sections B1 - Décès** et **B3 - Maladies graves**, vous pouvez désigner un fiduciaire pour ce bénéficiaire.

Bénéficiaire(s) de l'Assuré 1	Fiduciaire	Date de naissance du fiduciaire (aaaa-mm-jj)	Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire	Sexe
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom	Nom			
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom	Nom			
Bénéficiaire(s) de l'Assuré 2				
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom	Nom			
Prénom	Prénom			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Nom	Nom			

C - Type et montant de l'assurance demandée

- L'illustration (tableau du siège social et exigences de sélection) doit être soumise avec la proposition.
- Pour les protections d'assurance vie universelle et d'assurance vie avec participation, le document « Déclarations et signatures de l'illustration » doit aussi être signé par le preneur et soumis avec la proposition.
- Pour les protections d'assurance invalidité SOLO, indiquez les périodes d'attente et d'indemnisation.

Assuré 1		Assuré 2	
Nom de la protection	Montant d'assurance	Nom de la protection	Montant d'assurance
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$
Protections complémentaires :		Protections complémentaires :	

- Individuelle
 Conjointe premier décès
 Conjointe dernier décès
 Conjointe dernier décès, libérée premier décès

Groupe affinité

La totalité (100 %) du fonds accumulé (assurance vie universelle) sera versée au moment du paiement de la prestation de décès prévue par la protection choisie (option par défaut).

Autres choix : 100 % au premier décès variable à chaque décès, précisez : _____

Pour la protection « Vie entière avec participation » (choix de l'option de participation / ajout de l'Option de dépôt supplémentaire)

- Supplément d'assurance - garanti à vie
 Bonifications d'assurance libérée
 Réduction de la prime annuelle
 Supplément d'assurance - garanti 10 ans
 Participations en dépôt
 Remise en argent
 Option de dépôt supplémentaire (ODS)
 Indiquez le montant du dépôt annuel permis sur une **base annuelle seulement** : _____ \$

D - Modification majeure

- Pour les modifications figurant ci-dessous, veuillez remplir la **partie 2, section F - Déclaration d'assurabilité** et toute section applicable des **parties 1 et 3**. (Si vous ajoutez un ou des assurés, veuillez consulter l'aide-mémoire disponible sur [web](#).)
- Pour toute demande de modification n'exigeant pas de preuves d'assurabilité, veuillez utiliser le formulaire **09219F**.
- Toute demande de modification majeure sera apportée de manière à conserver les droits acquis du contrat. Dans certaines situations, un nouveau contrat devra être établi.

Modifications possibles

Cochez la case appropriée pour toutes les protections, sauf pour les protections d'assurance invalidité SOLO.

- Ajout d'assuré(s) – Aide-mémoire disponible sur [web](#)
 Demande de taux privilégié
 Révision d'une surprime ou d'une exclusion
 Ajout de protection(s)
 Remplacement à l'intérieur d'un même contrat
 Remplacement partiel
 Ajout ou modification de l'Option de dépôt supplémentaire (ODS) – Pour savoir quel formulaire remplir (07002F ou 24311F), consultez la page **Administration de l'en-vigueur** sur [web](#).
 Autre : _____

D - Modification majeure (suite)

Description des modifications demandées pour l'Assuré 1	Montant d'assurance / Dépôt annuel permis (ODS) ¹	
	De	À

¹ Veuillez vous assurer d'indiquer le dépôt sur une base **annuelle**.

Description des modifications demandées pour l'Assuré 2	Montant d'assurance / Dépôt annuel permis (ODS) ¹	
	De	À

¹ Veuillez vous assurer d'indiquer le dépôt sur une base **annuelle**.

Cochez la case appropriée uniquement pour les modifications aux protections d'assurance invalidité SOLO.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ajout d'un avenant | <input type="checkbox"/> Modification de la structure de prime de T65 à T10 |
| <input type="checkbox"/> Augmentation de la période d'indemnisation | <input type="checkbox"/> Réduction de la période d'attente |
| <input type="checkbox"/> Augmentation de la rente mensuelle | <input type="checkbox"/> Relèvement de classe professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Changement de classe professionnelle | <input type="checkbox"/> Révision d'une surprime ou d'une exclusion |
| <input type="checkbox"/> Demande de taux privilégié | <input type="checkbox"/> Autre : _____ |



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

E - Admissibilité
E1 - Admissibilité aux protections d'assurance invalidité SOLO

i Une personne à assurer peut demander la protection SOLO Assurance salaire et/ou la protection SOLO Assurance proprio dans cette section. Si plus d'une personne à assurer demande la protection SOLO Assurance salaire et/ou la protection SOLO Assurance proprio, une proposition distincte doit alors être remplie pour chaque personne.

- Pour SOLO Assurance salaire, veuillez répondre aux **questions 1 à 25**.
- Pour SOLO Assurance proprio, veuillez répondre aux **questions 1 à 18**. Si vous demandez un relèvement de la classe professionnelle, veuillez aussi répondre à la **question 19**.
- Pour SOLO Assurance soins de santé, veuillez remplir la **section E2** seulement.

Personne qui sera preneur pour la protection SOLO Assurance proprio : **Preneur 1** identifié à la **section A1** **Preneur 2** identifié à la **section A1**
 Preneur identifié à la **section A2** (Personne physique) **Preneur** identifié à la **section A2** (Personne morale, fiducie ou autre entité)

Situation particulière

1- a) Si vous êtes une femme, êtes-vous enceinte? Oui Non

Si **oui**, indiquez la date à laquelle vous devez accoucher (aaaa-mm-jj) : _____

b) Êtes-vous en retrait préventif? Oui Non

Si **oui**, vous n'êtes admissible qu'à SOLO Assurance proprio.

Veuillez alors remplir la **section E1** en fonction de votre situation d'emploi préalable à votre retrait préventif.

2- Êtes-vous en congé parental? Oui Non

Si **oui**, vous n'êtes admissible qu'à SOLO Assurance proprio.

Veuillez alors remplir la **section E1** en fonction de votre situation d'emploi préalable à votre congé parental.

3- Êtes-vous admissible à des prestations :

a) d'assurance-emploi? Oui Non

b) d'une commission des accidents du travail - CNESST (auparavant la CSST) / CSPAAT / CSSIAT / WCB? Oui Non

Profil d'emploi

4- Profession ou métier _____ 5- Désignation professionnelle ou diplôme obtenu (niveau d'études) _____

6- Depuis quand exercez-vous cette profession ou ce métier (aaaa-mm-jj)? _____

Si moins de 3 ans, indiquez votre emploi précédent :

7- **Fonctions et tâches** - Veuillez indiquer le % associé aux fonctions que vous occupez et **préciser les tâches** que vous effectuez pour chaque type de fonction dans la colonne « Tâches ».

Fonctions	Pourcentage	Tâches
a) Manuelles ou physiques		
b) Gestion ou travail de bureau		
c) Ventes		
d) Supervision		
e) Autres, précisez :		
TOTAL :	100 %	
f) Indiquez le pourcentage de temps consacré à des déplacements à l'extérieur de l'Amérique du Nord	%	

8- Nombre d'heures travaillées par semaine : _____

9- Nombre d'heures travaillées par semaine au cours des **4 dernières semaines** : _____

10- Nombre de semaines travaillées par année : _____ semaines/année

11- Travaillez-vous à domicile? Oui Non

Si **oui**, répondez aux questions suivantes :

a) Indiquez le pourcentage du travail que vous effectuez à domicile au cours d'une année : _____ %

b) Si vous avez une clientèle, se rend-elle chaque semaine à votre domicile pour recevoir vos services? Oui Non

c) Avez-vous touché un revenu annuel d'au moins 50 000 \$, **après déduction de vos dépenses d'emploi**, pour chacune des 2 dernières années? Oui Non

12- Occupez-vous un autre emploi à temps partiel ou à temps plein?

Oui Non

Si **oui**, veuillez indiquer :

a) vos fonctions exactes : _____

b) votre nombre d'heures travaillées par semaine : _____

c) votre revenu annuel : _____ \$

13- Envisagez-vous de changer d'emploi au cours des **6 prochains mois**? Oui Non

Si **oui**, veuillez indiquer pourquoi :

E - Admissibilité (suite)
E1 - Admissibilité aux protections d'assurance invalidité SOLO (suite)

Profil de l'entreprise ou de l'employeur			
14- Nom de l'entreprise		15- Nature de l'entreprise	
16- Adresse (N°, rue, app.)		Ville	Province ou territoire
			Code postal
17- Site Internet			

18- a) Depuis quand travaillez-vous pour cet employeur ou à votre propre compte (aaaa-mm-jj) ?

b) Veuillez indiquer votre situation d'emploi actuelle :

- Employé
 Travailleur autonome
 Propriétaire d'entreprise

c) Veuillez remplir le tableau suivant si vous êtes un travailleur autonome ou un propriétaire d'entreprise :

Nombre d'associés ou d'actionnaires :		Nombre d'employés à temps plein (à l'exclusion des propriétaires):	
Pourcentage des actions que vous détenez dans l'entreprise :	%	Nombre d'employés à temps partiel (à l'exclusion des propriétaires):	

Profil du revenu gagné annuel net assurable (revenu gagné après les dépenses, mais avant les impôts)

19- Revenu gagné selon votre situation d'emploi actuelle

a) <input type="checkbox"/> Employé Le revenu gagné correspond au montant déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : ligne 10100 plus ligne 10400, moins ligne 22900.	Salaire de l'année en cours	Salaire de l'année précédente	Salaire de l'avant-dernière année
	\$	\$	\$
b) <input type="checkbox"/> Travailleur autonome à commission c) <input type="checkbox"/> Travailleur autonome d) <input type="checkbox"/> Associé Le revenu gagné correspond au revenu net déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : lignes 13500 à 14300 - le revenu à ce jour est le revenu de l'année financière en cours.	Revenu à ce jour (année en cours)	Revenu total (dernière année)	Revenu total (avant-dernière année)
	\$	\$	\$
e) <input type="checkbox"/> Propriétaire d'une société par actions/compagnie (inc.) Le revenu gagné correspond au montant déclaré dans votre T1 Déclaration d'impôt fédéral : ligne 10100 plus 10400, plus votre part des profits ou des pertes. Ce revenu exclut les revenus de retraite, les intérêts, les dividendes de toute source et tout autre revenu de placement, les revenus de location, les gains en capital, les droits d'auteur, les redevances et les pensions alimentaires touchées ainsi que toute rémunération différée et tout autre revenu qui ne sont pas reçus directement en retour d'un service fourni.	Dernière année	Avant-dernière année	
	Salaire	\$	\$
	Profit ou (perte) de l'entreprise	\$	\$
	Total	\$	\$
Date de fin de l'exercice financier (aaaa-mm-jj):			
f) <input type="checkbox"/> Producteur agricole reconnu Le revenu gagné inclut les dépenses d'amortissement.	Revenu de l'année en cours	Revenu de l'année précédente	Revenu de l'avant-dernière année
	\$	\$	\$

E - Admissibilité (suite)
E1 - Admissibilité aux protections d'assurance invalidité SOLO (suite)

- 20- Si vous travaillez à votre compte, votre revenu est-il fractionné aux fins de l'impôt? Oui Non
 Si **oui**, quel est le montant du fractionnement? _____ \$
- 21- Calculez vos revenus non professionnels de l'année dernière et estimez ceux de cette année.
 Est-ce que l'un d'eux dépasse le moindre des montants suivants : 30 000 \$ ou 15% de votre revenu déclaré à la **question 19**? Oui Non
 (Les revenus non professionnels sont des revenus provenant d'autres sources que votre emploi et que vous continuerez de recevoir même si vous êtes invalide, p. ex. : revenu de placement ou de location ou droits d'auteur.)
 Si **oui**, veuillez répondre à la **question 24** - Revenus non professionnels.
- 22- Votre valeur nette (actif moins passif) est-elle supérieure à 4 000 000 \$? Oui Non
 Si **oui**, veuillez répondre à la **question 25** - Valeur nette.
- 23- Demandez-vous la prestation garantie? Oui Non
 Si **oui**, des preuves financières sont requises pour déterminer l'admissibilité. Veuillez vous reporter au Guide du conseiller.

 24- Revenus non professionnels (Les revenus non professionnels sont exclus du revenu gagné net assurable déclaré à la **question 19**.)

Profit net tiré de revenus locatifs	\$
Gains en capital	\$
Dividendes non professionnels	\$
Intérêts	\$
Autres (précisez)	\$
Total	\$

25- Valeur nette

Économies, liquidités, actions, obligations	\$
Avoir dans votre entreprise (à l'exclusion du fonds commercial)	\$
Biens immobiliers	\$
Autres (précisez)	\$
Total	\$

E2 - Admissibilité à SOLO Assurance soins de santé

Est-ce que la personne à assurer est :	Assuré 1	Assuré 2
a) couverte par le régime d'assurance maladie provincial?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) couverte par le régime d'assurance médicaments provincial? Si non , veuillez préciser la raison :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) une femme enceinte? Si oui , veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement (aaaa-mm-jj) : _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

F - Déclaration d'assurabilité
F1 - Identification des personnes à assurer

- Si cette proposition a trait à plus de 2 personnes à assurer, utilisez une proposition additionnelle à leur égard.

Assuré 1				Assuré 2			
Prénom				Prénom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Taille cm pi po		Poids kg lb		Poids il y a un an kg lb		Poids il y a un an kg lb	
Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an				Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an			

F2 - Assurance en vigueur

-  Le traitement de cette proposition peut être retardé si cette section n'est pas remplie.

Protections d'assurance vie et maladies graves individuelles			Assuré 1	Assuré 2
Est-ce que la personne à assurer est présentement couverte par une protection d'assurance vie ou maladies graves (sauf une protection d'assurance collective)?			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque protection d'assurance individuelle détenue auprès de Desjardins Assurances ou d'une autre compagnie. (N'indiquez pas les protections demandées dans cette proposition.)				
Assuré 1	Montant \$	Nom de la compagnie	But de l'assurance	
			Personnelle	Affaires
VIE			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MG			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assuré 2	Montant \$	Nom de la compagnie	But de l'assurance	
			Personnelle	Affaires
VIE			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MG			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Protections d'assurance invalidité SOLO (SOLO Assurance salaire et SOLO Assurance proprio) Assuré 1 ou Assuré 2

Est-ce que la personne à assurer est présentement couverte par une protection d'assurance invalidité (y compris une protection d'assurance collective offerte par un employeur)? Oui Non

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque protection d'assurance invalidité détenue auprès de Desjardins Assurances ou d'une autre compagnie. (N'indiquez pas les protections demandées dans cette proposition.)

Si la personne à assurer est couverte par une protection de la MÉDIC Construction, veuillez indiquer la lettre du régime : _____

Protections d'assurance invalidité en vigueur	Émission du contrat (aaaa-mm-jj)	Rente mensuelle	Période d'attente	Période d'indemnisation	Imposable
Nom de la compagnie					
Type de protection <input type="checkbox"/> Assurance salaire individuelle <input type="checkbox"/> Assurance collective <input type="checkbox"/> Assurance crédit (ex. : SOLO Assurance proprio) <input type="checkbox"/> Assurance frais généraux <input type="checkbox"/> Assurance crédit (banque/caisse)					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de la compagnie					
Type de protection <input type="checkbox"/> Assurance salaire individuelle <input type="checkbox"/> Assurance collective <input type="checkbox"/> Assurance crédit (ex. : SOLO Assurance proprio) <input type="checkbox"/> Assurance frais généraux <input type="checkbox"/> Assurance crédit (banque/caisse)					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de la compagnie					
Type de protection <input type="checkbox"/> Assurance salaire individuelle <input type="checkbox"/> Assurance collective <input type="checkbox"/> Assurance crédit (ex. : SOLO Assurance proprio) <input type="checkbox"/> Assurance frais généraux <input type="checkbox"/> Assurance crédit (banque/caisse)					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
F3 - Identification du médecin personnel

- Indiquez les coordonnées du médecin qui détient le dossier médical de chaque personne à assurer.

Assuré 1			Assuré 2 <input type="checkbox"/> Même que pour l'Assuré 1		
Nom du médecin			Nom du médecin		
Adresse (N°, rue, app.)			Adresse (N°, rue, app.)		
Ville	Province ou territoire	Code postal	Ville	Province ou territoire	Code postal
Numéro de téléphone à 10 chiffres	Date de la dernière consultation (aaaa-mm-jj)		Numéro de téléphone à 10 chiffres	Date de la dernière consultation (aaaa-mm-jj)	
Raison et résultats de la dernière consultation			Raison et résultats de la dernière consultation		

F4 - Examens demandés par le représentant

- Si vous n'avez pas demandé d'examens, n'indiquez rien dans cette section. À l'extérieur du Québec, veuillez fournir les exigences et remplir cette section.
- Lorsque vous demandez des examens relativement à un dossier Prestige, avisez la firme paramédicale et l'enquêteur qu'il s'agit d'un tel dossier.

 Firme paramédicale

- Solutions d'assurance Dynacare
 ExamOne
 Autre :

 Firme d'enquête

- Solutions d'assurance Dynacare (Keyfacts)
 Autre :

	Examen paramédical	Profil sanguin	ECG au repos	ECG à l'effort	Analyse d'urine	BVA	Rapport d'enquête	Autre
Assuré 1	<input type="checkbox"/>							
Assuré 2	<input type="checkbox"/>							

Numéro d'autorisation pour l'Assuré 1 (obligatoire) : _____

Numéro d'autorisation pour l'Assuré 2 (obligatoire) : _____

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
F5 - Questions obligatoires pour toutes les personnes à assurer

	Assuré 1	Assuré 2
1- Est-ce que la personne à assurer remplit cette proposition dans le but de remplacer une protection d'assurance vie, invalidité, maladies graves ou soins de longue durée établie par Desjardins Assurances ou une autre compagnie? Si oui , veuillez remplir un avis ou un préavis de remplacement.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
• Le ou les contrats suivants seront résiliés si cette proposition est acceptée:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

2- Est-ce que Desjardins Assurances ou une autre compagnie étudie présentement une ou des propositions d'assurance vie, invalidité ou maladies graves pour la personne à assurer? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

Type de protection	Assuré 1			Assuré 2		
	Montant à l'étude (inclure le montant demandé dans cette proposition)	Nom de la compagnie	Montant d'assurance <u>total</u> voulu après étude (toutes compagnies d'assurance confondues)	Montant à l'étude (inclure le montant demandé dans cette proposition)	Nom de la compagnie	Montant d'assurance <u>total</u> voulu après étude (toutes compagnies d'assurance confondues)
Vie						
Invalidité						
Maladies graves						

3- Au cours des 10 dernières années , est-ce que Desjardins Assurances ou une autre compagnie a refusé une proposition d'assurance vie, invalidité ou maladies graves soumise pour la personne à assurer? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

	Protection demandée	Année	Raison du refus
Assuré 1	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Maladies graves		
Assuré 2	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Invalidité <input type="checkbox"/> Maladies graves		

Cette question s'adresse aux personnes à assurer âgées de 17 ans ou plus.

4- Est-ce que la personne à assurer a, au cours des 12 derniers mois , fait usage de tabac ou de produits de nicotine sous quelque forme que ce soit (cigarette, cigarillo, cigare, pipe, cigarette électronique, gomme ou timbres de nicotine) ou de médication antitabagique? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

	Forme (si cigare, mentionnez la sorte)	Quantité	Fréquence de consommation		
Assuré 1			<input type="checkbox"/> Quotidienne	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Annuelle
Assuré 2			<input type="checkbox"/> Quotidienne	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Annuelle

Cette question s'adresse aux personnes à assurer âgées de 17 ans ou plus.

5- Est-ce que la personne à assurer est un ancien fumeur? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

	Date de cessation (aaaa-mm-jj)	Consommation quotidienne antérieure
Assuré 1		
Assuré 2		

Cette question s'adresse aux personnes à assurer âgées de 18 ans ou plus.

6- Au cours des 5 dernières années , est-ce que la personne à assurer a fait faillite? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---	---

	Date de la faillite (aaaa-mm-jj)	Personnelle	Affaires	Date de la libération (aaaa-mm-jj)
Assuré 1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Assuré 2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

F - Déclaration d'assurabilité (suite)

 Vous n'avez pas à remplir la **section F6** si une télé-entrevue ou un examen paramédical est requis pour la personne à assurer.

F6 - Questions supplémentaires

	Assuré 1	Assuré 2
7- a) Au cours des 2 dernières années , est-ce que la personne à assurer a pratiqué des activités comme l'aviation, le parachutisme, la plongée sous-marine, l'alpinisme, l'escalade, le ski hors-piste (y compris l'hélicoptère), les courses de véhicules à moteur (y compris les bateaux) ou tout autre sport dangereux ? Si oui , veuillez remplir le questionnaire approprié sur web . b) Au cours des 12 prochains mois, est-ce que la personne à assurer a l'intention de pratiquer des sports dangereux ? Si oui , veuillez remplir le questionnaire approprié sur web .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8- Au cours des 5 dernières années , est-ce que la personne à assurer a été reconnue coupable d'une infraction au Code criminel, y compris pour la conduite avec facultés affaiblies par l'alcool ou la drogue ? (Répondre oui si la personne à assurer fait actuellement face à des accusations pour une infraction criminelle ou qu'elle est en attente d'un procès.) Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	Date de l'infraction (aaaa-mm)	Genre de délit	Date de l'infraction (aaaa-mm)	Genre de délit	Date de la récupération du permis de conduire (aaaa-mm)
Assuré 1					
Assuré 2					

9- Au cours des 5 dernières années , est-ce que la personne à assurer a été reconnue coupable d'une infraction au code de la route ou d'une infraction ayant entraîné la suspension ou le retrait de son permis de conduire ? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

	Date de l'infraction (aaaa-mm)	Genre de délit	Vitesse (km) au-dessus de la limite	Date de l'infraction (aaaa-mm)	Genre de délit	Vitesse (km) au-dessus de la limite	Date de la récupération du permis de conduire (aaaa-mm)
Assuré 1							
Assuré 2							

10- Au cours des 12 prochains mois , est-ce que la personne à assurer a l'intention de voyager, d'habiter ou de travailler ailleurs qu'au Canada ou aux États-Unis ? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

	Destination		Date du départ (aaaa-mm-jj)	Date du retour (aaaa-mm-jj)	Raison du voyage (ex. : loisir, affaires, éducation, famille ou vacances)
	Pays	Ville			
Assuré 1					
Assuré 2					

11- Est-ce que la personne à assurer a demandé ou touché des prestations d'invalidité en raison d'une maladie ou d'un accident ? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

	Nom de la compagnie	Date du début de l'invalidité (aaaa-mm-jj)	Raison de l'invalidité	Durée de l'invalidité
Assuré 1				
Assuré 2				

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
F6 - Questions supplémentaires (suite)

	Assuré 1	Assuré 2
12- Antécédents familiaux : Est-ce que la personne à assurer a, dans sa famille (père, mère, frères, soeurs), des antécédents de cancer, de maladie cardiaque, d'accident vasculaire cérébral, de cholestérol élevé, d'hypertension, de diabète, de maladie des reins, de sclérose en plaques, de maladie de Huntington, de polypose du côlon, de maladie du neurone moteur, de dystrophie musculaire, de maladie de Parkinson, de maladie d'Alzheimer, de fibrose kystique ou de toute autre maladie héréditaire ? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous. Veuillez indiquer l'emplacement de tout cancer à la section F9 - Explications .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Assuré 1	Maladie(s)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Soeurs					
Assuré 2	Maladie(s)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
Père					
Mère					
Frères					
Soeurs					

13- Est-ce que la personne à assurer a déjà consulté un professionnel de la santé, reçu des traitements ou subi une opération ou des tests pour l'un ou l'autre des troubles suivants ? Si oui , veuillez remplir le tableau ci-dessous et fournir les détails pertinents à la section F9 - Explications .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

	Assuré			Assuré	
	1	2		1	2
Accident vasculaire cérébral (AVC), Ischémie cérébrale transitoire (ICT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Névrite optique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcoolisme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prostate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anomalie du système immunitaire, y compris le SIDA ou un test de VIH positif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sclérose en plaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cancer ou tumeur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dépression, anxiété, trouble d'adaptation ou autre trouble psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cardiaques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des oreilles (incluant la surdité, mais excluant les otites)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dystrophie musculaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des seins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épilepsie, convulsions, étourdissement ou perte de conscience	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des vaisseaux sanguins	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Épuisement professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles des yeux (incluant la cécité, mais excluant la myopie et la presbytie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hépatite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du foie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypercholestérolémie (cholestérol élevé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles du neurone moteur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles gastro-intestinaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertriglycéridémie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trouble déficitaire de l'attention ou hyperactivité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie d'Alzheimer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles musculaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladie de Parkinson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles musculosquelettiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies du sang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles cérébraux ou neurologiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maladies transmises sexuellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles pulmonaires (incluant l'apnée du sommeil)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles rénaux ou de la vessie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toute autre maladie non mentionnée ci-dessus :				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
F6 - Questions supplémentaires (suite)

	Assuré 1	Assuré 2
14- Est-ce que la personne à assurer a, à l'exception de ce qui est indiqué à la question 13 : a) consulté un médecin, un chiropraticien, un physiothérapeute, un psychologue ou un autre professionnel de la santé pour tout désordre physique ou mental non mentionné ou prend des médicaments ? Si oui , veuillez fournir les détails pertinents et le dosage de tout médicament, s'il y a lieu, à la section F9 - Explications . b) subi un électrocardiogramme, une radiographie, une mammographie, un électromyogramme, un scan (TACO), une résonance magnétique, des analyses de sang ou d'autres tests diagnostiques ou subi une opération ou été hospitalisée ? Si oui , veuillez fournir les détails pertinents à la section F9 - Explications .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
15- Est-ce que la personne à assurer a souffert ou souffre de symptômes ou de malaises ou a des signes pour lesquels elle n'a pas encore consulté un médecin ou a été avisée de subir des tests ou une opération qui n'ont pas encore été effectués ou est en attente des résultats ? Si oui , veuillez fournir les détails pertinents à la section F9 - Explications .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
16- Au cours des 5 dernières années , est-ce que la personne à assurer a subi ou été avisée de subir des analyses de laboratoire afin de détecter la présence du virus du SIDA, ou d'anticorps au virus du SIDA ? Si oui , veuillez fournir les détails pertinents à la section F9 - Explications .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17- Est-ce que la personne à assurer fait ou a déjà fait usage de drogues ou de narcotiques sans ordonnance médicale ? Si oui , veuillez remplir le questionnaire sur l'usage de drogues disponible sur web .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
18- a) Est-ce que la personne à assurer fait ou a déjà fait usage de boissons alcoolisées ? Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous et indiquer la consommation hebdomadaire actuelle et celle des 3 dernières années , si elle est différente.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

	Consommation hebdomadaire actuelle	Consommation hebdomadaire au cours des 3 dernières années
Assuré 1		
Assuré 2		

b) Est-ce que la personne à assurer a déjà suivi un traitement en raison de sa consommation d'alcool, s'est fait recommander un tel traitement, est membre d'un groupe d'appui, comme les Alcooliques anonymes, ou a été avisée de réduire sa consommation ? Si oui , veuillez remplir le questionnaire lié à la consommation d'alcool sur web .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
19- Au cours des 5 dernières années , est-ce que la personne à assurer a souffert de douleurs à la colonne cervicale, dorsale ou lombaire, ou a été traitée pour de telles douleurs ? Si oui , veuillez remplir le questionnaire relatif aux maux de dos sur web .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

20- Questions applicables à SOLO Assurance soins de santé seulement : Est-ce que la personne à assurer :	Assuré		Enfant			
	1	2	1	2	3	4
	a) a pris des médicaments pendant 20 jours consécutifs ou plus au cours des 2 dernières années ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
b) prend ou a été avisée d'avoir recours à un médicament ou à un traitement pour une maladie chronique ou récurrente ou prévoit avoir recours à un médicament ou à un traitement au cours des 3 prochains mois ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

 Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Note : Les médicaments utilisés pour le contrôle des naissances ou pour traiter des affections mineures comme le rhume ou la grippe ne doivent pas être pris en considération lorsque vous répondez à cette question.

Nom de la personne à assurer	Nom du médicament ou traitement	Affection traitée	Concentration et dose quotidienne du médicament	Coût mensuel	Durée de la période d'administration

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
F7 - Questions additionnelles – Assurance maladies graves pour enfant de moins de 16 ans

- Veuillez remplir cette section SEULEMENT si la personne à assurer identifiée à la **section A1** est un enfant de **moins de 16 ans** et qu'une assurance maladies graves est demandée.

Questions générales	Assuré 1	Assuré 2
---------------------	----------	----------

Si la personne à assurer **n'a pas de frères et soeurs**, passez à la question 24.

21- Combien de frères et de soeurs la personne à assurer a-t-elle ?		
22- Est-ce que tous les frères et soeurs de la personne à assurer sont présentement couverts par une protection d'assurance maladies graves ? Si non , veuillez expliquer pourquoi :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

23- Si tous les frères et soeurs de la personne à assurer sont présentement couverts par une protection d'assurance maladies graves, ont-ils tous le même montant d'assurance ? Si non , veuillez expliquer pourquoi :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---	---	---

24- Est-ce que le père ou la mère de la personne à assurer est présentement couvert par une protection d'assurance maladies graves ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui , veuillez indiquer le montant d'assurance pour chaque parent :	Mère	\$
Si non , veuillez expliquer pourquoi :	Père	\$

Antécédents médicaux	Assuré 1	Assuré 2
25- La personne à assurer est-elle atteinte d'un des troubles suivants, a-t-elle fait l'objet d'un diagnostic d'un de ces troubles ou a-t-on identifié chez elle des symptômes d'un de ces troubles ? a) Handicap physique b) Sclérose latérale amyotrophique c) Fibrose kystique d) Déficience neurologique, y compris l'autisme, la paralysie cérébrale, l'hyperactivité, un trouble déficitaire de l'attention, un retard de développement ou le syndrome de Rett Si oui , veuillez fournir les détails pour chaque trouble de santé à la section F9 - Explications .	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
26- Si la personne à assurer est âgée de moins d'un an , est-ce que la durée de la grossesse a été de moins de 36 semaines ? Si oui , veuillez expliquer pourquoi :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

F - Déclaration d'assurabilité (suite)
F8 - Questionnaire relatif aux enfants à assurer

- À remplir **SEULEMENT** si les enfants doivent être assurés en vertu de la protection Assurance vie – enfants ou de SOLO Assurance soins de santé.

Enfant 1				Enfant 2			
Prénom				Prénom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Taille cm pi po		Poids kg lb	Poids il y a un an kg lb	Taille cm pi po		Poids kg lb	Poids il y a un an kg lb
Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :				Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :			
Enfant 3				Enfant 4			
Prénom				Prénom			
Nom à la naissance				Nom à la naissance			
Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance (aaaa-mm-jj)		Sexe <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin		Date de naissance (aaaa-mm-jj)	
Taille cm pi po		Poids kg lb	Poids il y a un an kg lb	Taille cm pi po		Poids kg lb	Poids il y a un an kg lb
Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :				Cause de toute variation de poids de 4,5 kg (10 lb) ou plus depuis un an :			

Demandes d'assurance précédentes pour les enfants

27- Au cours des **10 dernières années**, est-ce que Desjardins Assurances ou une autre compagnie a refusé une proposition d'assurance vie, soins de santé ou maladies graves soumise pour l'enfant à assurer ?

 Oui Non

Si **oui**, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque enfant concerné.

	Protection demandée	Année	Raison du refus
Enfant 1	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Soins de santé <input type="checkbox"/> Maladies graves		
Enfant 2	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Soins de santé <input type="checkbox"/> Maladies graves		
Enfant 3	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Soins de santé <input type="checkbox"/> Maladies graves		
Enfant 4	<input type="checkbox"/> Vie <input type="checkbox"/> Soins de santé <input type="checkbox"/> Maladies graves		

G - Instructions spéciales

- Indiquez tout autre détail pertinent pour l'établissement du contrat, le paiement des primes ou la modification majeure.
-

H - Paiement de l'assurance

⚠ IMPORTANT : Cette section ainsi que le formulaire **09312F – Accord de débits préautorisés (DPA)**, s'il y a lieu, doivent **obligatoirement** être remplis pour que la personne à assurer puisse bénéficier **gratuitement** de l'assurance prévue à la **section I – Assurance provisoire ou conditionnelle** pendant l'étude des protections demandées.

i S'il y a plus de 2 contrats dans la présente proposition, veuillez remplir la **section H – Paiement de l'assurance** d'une autre proposition.

H1 - Paiement du contrat 1

• Remplissez **Identification du contrat** seulement s'il y a 2 contrats dans la proposition.

Identification du contrat

<input type="checkbox"/> Nouveau contrat	Principales protections demandées et nom des personnes à assurer
<input type="checkbox"/> Contrat à modifier	Numéro de contrat

Information sur la prime

Pour un contrat sans l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)

Prime annuelle : _____ \$ **OU** Prime mensuelle : _____ \$

Note : Pour un contrat d'assurance vie universelle, la prime inclut le coût d'assurance total, l'épargne et la taxe provinciale sur prime.

Pour un contrat avec l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)

⚠ Indiquez « 0 » à la ligne « Dépôt » si vous ne souhaitez pas verser un dépôt en même temps que le paiement de la prime.

<input type="checkbox"/> Prime et dépôt annuels	OU	<input type="checkbox"/> Prime et dépôt mensuels
Prime : _____ \$		Prime : _____ \$
Dépôt : _____ \$		Dépôt : _____ \$
Montant annuel total : _____ \$		Montant mensuel total : _____ \$

Choix du mode de paiement

⚠ Veuillez cocher **une seule case** pour identifier comment vous voulez effectuer les **paiements périodiques** de votre contrat.

Débits préautorisés – Veuillez remplir le formulaire **09312F – Accord de débits préautorisés (DPA)**, section **Paiements périodiques**.

Carte de crédit – Le titulaire de la carte de crédit doit appeler au 1 888 558-5525.

Important : La carte de crédit peut être utilisée pour une fréquence de paiement **annuelle** seulement (Maximum de 10 000 \$).
Pour un contrat avec l'ODS, le paiement doit comprendre **la prime et le dépôt annuels**.

_____ **X** _____ Date (aaaa-mm-jj)
 Prénom et nom du titulaire de la carte de crédit Signature du titulaire de la carte de crédit

En signant ci-dessus, je confirme que je suis le titulaire de la carte de crédit et j'accepte qu'elle soit utilisée pour payer le montant indiqué dans cette section.

Chèque – Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.

Important : Le chèque peut être utilisé pour une fréquence de paiement **annuelle** seulement.

ATTENTION! Ne cochez pas la case suivante si vous avez déjà coché un autre mode de paiement.

Lors de la livraison du contrat (ne s'applique pas pour un contrat en vigueur)

⚠ Si vous choisissez de payer lors de la livraison du contrat, les personnes à assurer ne bénéficieront pas d'une assurance provisoire ou conditionnelle gratuite.

Utilisation de la valeur de rachat

Pour utiliser la valeur de rachat d'un contrat en vigueur pour payer la prime du contrat (ou la prime et le dépôt pour un contrat avec l'ODS), remplissez ce qui suit après avoir choisi un autre mode de paiement ci-dessus :

Numéro du contrat en vigueur	Montant	Numéro du contrat en vigueur	Montant
	\$		\$

Lorsque le montant de la valeur de rachat que vous souhaitez utiliser sera épuisé, nous percevrons, selon le mode de paiement choisi ci-dessus, les montants nécessaires pour couvrir toute prime due et le montant de tout dépôt prévu à la partie **Information sur la prime**, s'il y a lieu.

Instructions :

H - Paiement de l'assurance (suite)
H2 - Paiement du contrat 2

- Remplissez **Identification du contrat** seulement s'il y a 2 contrats dans la proposition.

Identification du contrat

<input type="checkbox"/> Nouveau contrat	Principales protections demandées et nom des personnes à assurer
<input type="checkbox"/> Contrat à modifier	Numéro de contrat

Information sur la prime
Pour un contrat sans l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)

Prime annuelle : _____ \$ **OU** Prime mensuelle : _____ \$

Note : Pour un contrat d'assurance vie universelle, la prime inclut le coût d'assurance total, l'épargne et la taxe provinciale sur prime.

Pour un contrat avec l'Option de dépôt supplémentaire (ODS)

 Indiquez « 0 » à la ligne « Dépôt » si vous ne souhaitez pas verser un dépôt en même temps que le paiement de la prime.

Prime et dépôt **annuels** **OU** Prime et dépôt **mensuels**

Prime : _____ \$	Prime : _____ \$
Dépôt : _____ \$	Dépôt : _____ \$
Montant annuel total : _____ \$	Montant mensuel total : _____ \$

Choix du mode de paiement

 Veuillez cocher **une seule case** pour identifier comment vous voulez effectuer les **paiements périodiques** de votre contrat.

Débits préautorisés – Veuillez remplir le formulaire **09312F – Accord de débits préautorisés (DPA)**, section **Paiements périodiques**.

Carte de crédit – Le titulaire de la carte de crédit doit appeler au 1 888 558-5525.

Important : La carte de crédit peut être utilisée pour une fréquence de paiement **annuelle** seulement (Maximum de 10 000 \$).
Pour un contrat avec l'ODS, le paiement doit comprendre la **prime et le dépôt annuels**.

 _____ **X** _____
Prénom et nom du titulaire de la carte de crédit Signature du titulaire de la carte de crédit Date (aaaa-mm-jj)

En signant ci-dessus, je confirme que je suis le titulaire de la carte de crédit et j'accepte qu'elle soit utilisée pour payer le montant indiqué dans cette section.

Chèque – Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.

Important : Le chèque peut être utilisé pour une fréquence de paiement **annuelle** seulement.

ATTENTION! Ne cochez pas la case suivante si vous avez déjà coché un autre mode de paiement.

Lors de la livraison du contrat (ne s'applique pas pour un contrat en vigueur)

 Si vous choisissez de payer lors de la livraison du contrat, les personnes à assurer ne bénéficieront pas d'une assurance provisoire ou conditionnelle gratuite.

Utilisation de la valeur de rachat

Pour utiliser la valeur de rachat d'un contrat en vigueur pour payer la prime du contrat (ou la prime et le dépôt pour un contrat avec l'ODS), remplissez ce qui suit après avoir choisi un autre mode de paiement ci-dessus :

Numéro du contrat en vigueur	Montant	Numéro du contrat en vigueur	Montant
	\$		\$

Lorsque le montant de la valeur de rachat que vous souhaitez utiliser sera épuisé, nous percevrons, selon le mode de paiement choisi ci-dessus, les montants nécessaires pour couvrir toute prime due et le montant de tout dépôt prévu à la partie **Information sur la prime**, s'il y a lieu.

Instructions :

H - Paiement de l'assurance (suite)
H3 - Autre paiement ou remboursement

- Veuillez remplir cette section pour effectuer un paiement ou un remboursement uniques à l'égard d'un nouveau contrat ou d'un contrat à modifier.

Contrat 1	Choix du mode de paiement
<input type="checkbox"/> Dépôt ponctuel pour la protection « Option de dépôt supplémentaire » Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
<input type="checkbox"/> Dépôt supplémentaire au fonds accumulé (pour une assurance vie universelle) Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
<input type="checkbox"/> Remboursement d'une avance obtenue sur le contrat Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
<input type="checkbox"/> Dépôt dans un compte « Dépôt prime » en vue du paiement de la prime Montant : _____ \$ Fournissez les instructions relatives au retrait du montant périodique du compte « Dépôt prime » :	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
 Certaines conditions pourraient s'appliquer à l'utilisation de ce compte.	
Contrat 2	Choix du mode de paiement
<input type="checkbox"/> Dépôt ponctuel pour la protection « Option de dépôt supplémentaire » Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
<input type="checkbox"/> Dépôt supplémentaire au fonds accumulé (pour une assurance vie universelle) Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
<input type="checkbox"/> Remboursement d'une avance obtenue sur le contrat Montant : _____ \$	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
<input type="checkbox"/> Dépôt dans un compte « Dépôt prime » en vue du paiement de la prime Montant : _____ \$ Fournissez les instructions relatives au retrait du montant périodique du compte « Dépôt prime » :	<input type="checkbox"/> Débit préautorisé Veuillez remplir le formulaire 09312F – Accord de débits préautorisés (DPA) (section Paiement ponctuel). OU <input type="checkbox"/> Chèque Veuillez joindre un chèque original à l'ordre de Desjardins Assurances.
 Certaines conditions pourraient s'appliquer à l'utilisation de ce compte.	



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

I - Assurance provisoire ou conditionnelle

⚠ Pour que la personne à assurer ait droit à une assurance provisoire ou conditionnelle, la section H – Paiement de l'assurance doit obligatoirement être remplie.

Aucune assurance provisoire ou conditionnelle ne s'appliquera pour :

- une protection émise à la suite de l'exercice d'un droit ou d'un privilège prévu au contrat (ex. : droit transformation, droit d'échange, privilège d'assurabilité, garantie d'assurabilité);
- une protection modifiée pour laquelle des preuves d'assurabilité sont exigées (ex. : changement de tarif fumeur à non-fumeur, révision d'exclusion, révision de surprime);
- une protection SOLO Assurance soins de santé.

I1 - ASSURANCE VIE PROVISOIRE

Si nous devons poursuivre l'étude des protections demandées, l'Assurance vie provisoire couvrira gratuitement chaque personne pour qui une ou des protections prévoyant un versement en cas de décès sont demandées.

i Les protections complémentaires Accident ou Mort, mutilation ou perte d'usage accidentelles ne sont pas visées par l'Assurance vie provisoire. Par conséquent, aucun montant ne sera payable par l'Assurance vie provisoire pour ces protections.

Admissibilité

Une seule condition doit être respectée

À la date de signature de la proposition, les informations de paiement de la prime doivent être fournies dans la **section H - Paiement de l'assurance**.

Importance de nous fournir des renseignements exacts

Si des renseignements inexacts ou incomplets sont fournis sur la personne assurée dans le cadre de la demande d'assurance, nous pourrions annuler l'Assurance vie provisoire pour cette personne et/ou refuser une réclamation.

Début de l'assurance

L'Assurance vie provisoire débute à la signature de la proposition.

Montant payable à la suite d'une réclamation

Toute réclamation doit être faite par écrit au moyen du formulaire requis. Nous nous réservons le droit d'exiger des documents et des renseignements supplémentaires pour étudier la réclamation.

Quel est le montant payable ?

Nous versons le montant de chaque protection prévoyant un versement en cas de décès de la personne assurée.

À qui versons-nous le montant payable ?

Nous versons le montant payable au bénéficiaire désigné. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, nous versons le montant payable selon les règles prévues par la loi.

Limites et exclusions

1- Limite applicable au montant payable

Lorsque la personne assurée a une ou plusieurs assurances vie provisoires en vigueur avec nous, le montant payable pour l'ensemble des protections prévoyant un versement en cas de décès est limité à :

- a) **1 000 000 \$**, si la personne assurée a 75 ans ou moins à son décès;
- b) **50 000 \$**, si la personne assurée a plus de 75 ans à son décès.

2- Exclusions

- a) Aucun montant ne sera payable si, dans **les 5 ans précédant** la signature de la proposition, la personne assurée a :
 - reçu un traitement ou consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour des signes ou des symptômes liés au trouble de santé qui a entraîné son décès;
 - subi des tests ou des examens qui ont démontré la présence de signes ou de symptômes liés au trouble de santé qui a entraîné son décès.
- b) Aucun montant ne sera payable si, à son décès, la personne assurée a moins de 15 jours.
- c) Aucun montant ne sera payable si le décès de la personne assurée résulte d'un suicide.
- d) Aucun montant ne sera payable si le décès de la personne assurée résulte d'un trouble de santé qui existait à la signature de la proposition et qui a entraîné l'administration de l'aide médicale à mourir.

Fin de l'assurance

L'Assurance vie provisoire de la personne assurée prend fin à la **première** des dates suivantes :

- 1- Automatiquement, à la date de prise d'effet de la ou des protections prévoyant un versement en cas de décès.
- 2- La date du refus de couvrir la personne assurée pour toutes les protections prévoyant un versement en cas de décès.
- 3- La date de la fermeture de la demande d'assurance.
- 4- Automatiquement, la 91^e journée après la date de signature de la proposition.

I - Assurance provisoire ou conditionnelle (suite)

I2 - ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE

Si nous devons poursuivre l'étude des protections demandées, l'Assurance maladies graves provisoire couvrira gratuitement chaque personne pour qui une ou des protections Priorité santé ou Option santé sont demandées.

Partie 1 – Description de la protection

Cette partie est complétée par la [Partie 2 – Définition des troubles de santé couverts](#) de l'Assurance maladies graves provisoire et en fait partie intégrante. Votre représentant vous présentera et vous fournira ce document (disponible sur [web](#)).

Admissibilité

Une seule condition doit être respectée

À la date de signature de la proposition, les informations de paiement de la prime doivent être fournies dans la **section H - Paiement de l'assurance**.

Importance de nous fournir des renseignements exacts

Si des renseignements inexacts ou incomplets sont fournis sur la personne assurée dans le cadre de la demande d'assurance, nous pourrions annuler l'Assurance maladies graves provisoire pour cette personne et/ou refuser une réclamation.

Début de l'assurance

L'Assurance maladies graves provisoire débute à la signature de la proposition.

Montant payable à la suite d'une réclamation

Toute réclamation doit être faite par écrit au moyen du formulaire requis. Nous nous réservons le droit d'exiger des documents et des renseignements supplémentaires pour étudier la réclamation.

Quel est le montant payable ?

Si la personne assurée a un des troubles de santé couverts indiqués ci-dessous, nous versons le montant de chaque protection Priorité santé et Option santé demandées.

À qui versons-nous le montant payable ?

Nous versons le montant payable au bénéficiaire désigné. Si aucun bénéficiaire n'est désigné, nous versons le montant payable selon les règles prévues par la loi.

Troubles de santé couverts

Les troubles de santé pour lesquels nous pourrions verser le montant payable sont les suivants :

Troubles cardiaques

- Accident vasculaire cérébral
- Chirurgie de l'aorte
- Crise cardiaque
- Pontage aortocoronarien
- Remplacement ou réparation d'une valvule cardiaque

Trouble neurologique

- Méningite purulente

Troubles liés aux organes vitaux

- Défaillance d'un organe vital avec inscription sur une liste d'attente en vue d'une greffe
- Greffe d'un organe vital
- Insuffisance rénale

Troubles accidentels et fonctionnels

- Brûlures graves
- Cécité
- Coma
- Lésion cérébrale acquise
- Paralysie
- Perte de l'usage de la parole
- Perte de membres
- Surdité

Autres

- Anémie aplasique
- Infection au VIH contractée au travail
- Perte d'autonomie permanente

 **Même si la personne assurée a un trouble de santé couvert, cela ne signifie pas que nous verserons le montant payable.** Pour que nous puissions verser le montant payable, le trouble de santé doit absolument répondre à toutes les conditions de la définition de ce trouble de santé prévue à la **Partie 2 – Définition des troubles de santé couverts**.

I - Assurance provisoire ou conditionnelle (suite)

12 - ASSURANCE MALADIES GRAVES PROVISOIRE (suite)

Limites et exclusions

1- Limite applicable au montant payable

Lorsque la personne assurée a une ou plusieurs assurances maladies graves provisoires en vigueur avec nous, le montant payable pour l'ensemble des protections Priorité santé et Option santé demandées est limité à **500 000 \$**.

2- Exclusions générales

a) Aucun montant ne sera payable pour un trouble de santé couvert* :

1. Si, **dans les 5 ans précédant** la signature de la proposition, la personne assurée a :
 - eu ce trouble de santé;
 - reçu un traitement ou consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé;
 - subi des tests ou des examens qui ont démontré la présence de signes ou de symptômes liés à ce trouble de santé.
2. Si, **dans les 90 jours précédant** la signature de la proposition, la personne assurée a eu des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé pour lesquels elle n'a pas consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé.

* Ni pour tout autre trouble de santé couvert qui pourrait en découler

b) Aucun montant ne sera payable si le trouble de santé couvert résulte directement ou indirectement :

1. d'une blessure que la personne assurée s'inflige volontairement ou d'une tentative de suicide;
2. de la participation de la personne assurée à un acte criminel ou à tout acte qui y est lié;
3. d'une guerre, déclarée ou non, d'une émeute ou d'une révolution, que la personne assurée y ait pris part ou non;
4. de la conduite d'un véhicule motorisé par la personne assurée alors qu'elle est sous l'effet de la drogue ou que la concentration d'alcool dans son sang est égale ou supérieure à 80 mg d'alcool par 100 ml de sang;
5. de l'usage illégal ou illicite de toute drogue;
6. de l'absorption ou de l'usage volontaire de toute substance toxique ou de tout type de gaz;
7. de la consommation volontaire de médicaments obtenus sur ordonnance qui dépasse la posologie recommandée par un professionnel de la santé ou de médicaments obtenus sans ordonnance qui dépasse la posologie recommandée par le fabricant.

c) Aucun montant ne sera payable si le trouble de santé couvert est diagnostiqué après le décès de la personne assurée.

3- Exclusion supplémentaire pour un nouveau-né

Cette exclusion peut s'appliquer si la personne assurée est un nouveau-né qui a moins de 15 jours à la signature de la proposition.

Aucun montant ne sera payable pour un trouble de santé couvert* si, avant d'avoir 15 jours, la personne assurée a :

- eu ce trouble de santé;
- eu des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé;
- reçu un traitement pour des signes ou des symptômes liés à ce trouble de santé;
- subi des tests ou des examens qui ont démontré la présence de signes ou de symptômes liés à ce trouble de santé.

* Ni pour tout autre trouble de santé couvert qui pourrait en découler

 **Les limites et les exclusions prévues dans la définition des troubles de santé couverts s'ajoutent aux exclusions ci-dessus.**

Fin de l'assurance

L'Assurance maladies graves provisoire de la personne assurée prend fin à la **première** des dates suivantes :

- 1- La date à laquelle nous versons le montant payable par l'Assurance maladies graves provisoire de la personne assurée.
- 2- Automatiquement, à la date de prise d'effet de la ou des protections Priorité santé ou Option santé demandées.
- 3- La date du refus de couvrir la personne assurée pour toutes les protections Priorité santé ou Option santé demandées.
- 4- La date de la fermeture de la demande d'assurance.
- 5- Automatiquement, la 91^e journée après la date de signature de la proposition.

I - Assurance provisoire ou conditionnelle (suite)

13 - ASSURANCE INVALIDITÉ CONDITIONNELLE

Les spécimens de contrat [SOLO Assurance salaire](#) et/ou [SOLO Assurance proprio](#) complètent l'Assurance invalidité conditionnelle. Votre représentant vous présentera et vous fournira le ou les spécimens de contrat qui s'appliquent à votre demande (disponibles sur [web](#) )

 Les termes indiqués en italique dans ce texte ont le même sens que ceux qui sont définis dans le texte des protections qui font partie du contrat SOLO qui sera établi, s'il y a lieu.

À quoi sert l'Assurance invalidité conditionnelle ?

L'Assurance invalidité conditionnelle permet de devancer la date de prise d'effet des protections qui est définie dans les Dispositions générales du contrat SOLO qui sera établi, si la personne assurée devient *invalidé* et que toutes les conditions prévues à la section **Conditions applicables** sont respectées.

Ainsi, la date de prise d'effet des protections qui seront établies pourrait être devancée :

- à la date à laquelle la proposition est signée, si l'*invalidité* résulte d'un **accident**;
- à la date à laquelle la personne assurée a répondu à toutes les questions d'assurabilité et passé tous les examens et/ou tests requis, si l'*invalidité* résulte d'une **maladie**.

La personne assurée pourrait alors être couverte par les protections du contrat qui sera établi à compter d'une de ces dates, selon la cause de son *invalidité*.

Conditions applicables

- 1- À la date de signature de la proposition, les informations de paiement de la prime doivent être fournies dans la **section H - Paiement de l'assurance**.
- 2- Nous devons accepter les protections demandées dans la présente proposition avec ou sans modification (voir section **Acceptation des protections demandées avec ou sans modification** ci-dessous).
- 3- L'**accident** qui entraîne l'*invalidité* de la personne assurée doit survenir :
 - a) après la signature de la proposition; et
 - b) avant la plus rapprochée des dates suivantes :
 - la date de prise d'effet des protections définie dans les Dispositions générales du contrat qui sera établi; et
 - le 91^e jour suivant la date de signature de la proposition.

OU

La **maladie** qui entraîne l'*invalidité* de la personne assurée doit survenir :

- a) après qu'elle aura répondu à toutes les questions d'assurabilité et passé tous les examens et/ou tests requis; et
 - b) avant la plus rapprochée des dates suivantes :
 - la date de prise d'effet des protections définie dans les Dispositions générales du contrat qui sera établi; et
 - le 91^e jour suivant la date de signature de la proposition.
- 4- La *prestation mensuelle* doit être payable selon ce qui est prévu au contrat qui sera établi (voir section **À propos du contrat qui sera établi** ci-dessous).

Importance de nous fournir des renseignements exacts

Si des renseignements inexacts ou incomplets sont fournis sur la personne assurée dans le cadre de la demande d'assurance, nous pourrions annuler le contrat qui sera établi pour cette personne et/ou refuser une réclamation. L'Assurance invalidité conditionnelle ne serait donc pas applicable.

Acceptation des protections demandées avec ou sans modification

Nous décidons si nous acceptons les protections demandées avec ou sans modification, ou si nous les refusons, en respectant les règles de tarification de Desjardins Assurances et en tenant compte de tous les renseignements recueillis sur la personne à assurer dans le cadre de la demande d'assurance.

Par ailleurs, lorsque l'Assurance invalidité conditionnelle s'applique, notre décision ne tiendra pas compte de :

- tout *accident* qui pourrait survenir après la signature de la proposition; et
 - toute *maladie* qui pourrait survenir après que la personne assurée aura répondu à toutes les questions d'assurabilité et passé tous les examens et/ou tests requis.
- 1- Lorsque nous **acceptons** les protections demandées **sans modification**, cela signifie que nous couvrirons la personne assurée en cas d'*invalidité* selon ce qui est prévu dans le contrat qui sera établi.

Si la personne assurée devient *invalidé*, la date de prise d'effet des protections du contrat qui sera établi pourrait être devancée, si toutes les conditions indiquées dans la section **Conditions applicables** sont respectées.

I - Assurance provisoire ou conditionnelle (suite)

13 - ASSURANCE INVALIDITÉ CONDITIONNELLE (suite)

- 2- Lorsque nous **acceptons** les protections demandées **avec modification**, cela signifie que nous couvrirons la personne assurée en cas d'*invalidité* selon ce qui est prévu au contrat, lequel sera établi avec des exclusions et/ou des limites **supplémentaires** (ex. : ajout d'une exclusion, augmentation de la période d'attente, diminution de la rente mensuelle demandée, etc.).

 Par exemple, si le contrat est établi avec 2 exclusions supplémentaires, une pour un trouble de santé spécifique et une pour la pratique d'un sport dangereux, cela signifie qu'aucune *prestation mensuelle* ne sera payable si la personne assurée devient *invalidé* à cause de ce trouble de santé ou de la pratique de ce sport pendant ou après l'étude de la demande d'assurance.

Si la personne assurée devient *invalidé*, la date de prise d'effet des protections du contrat qui sera établi pourrait être devancée, si toutes les conditions indiquées dans la section **Conditions applicables** sont respectées.

- 3- Lorsque nous **refusons** les protections demandées, cela signifie que nous n'établirons aucun contrat pour la personne assurée et que celle-ci ne sera pas couverte en cas d'*invalidité*.

L'Assurance invalidité conditionnelle ne serait donc pas applicable.

À propos du contrat qui sera établi

En attendant de recevoir son contrat, le preneur doit se référer au **Spécimen de contrat – SOLO Assurance salaire** et/ou au **Spécimen de contrat – SOLO Assurance proprio**, selon le cas, pour comprendre :

- la portée de l'Assurance invalidité conditionnelle; et
- les conditions, les limites et les exclusions applicables aux protections demandées.

 Ce spécimen de contrat **ne remplace pas** le contrat qui sera établi, car il n'est pas personnalisé en fonction des protections demandées dans la présente proposition. Il comprend le texte des Dispositions générales ainsi que le texte de toutes les protections qui peuvent faire partie d'un contrat SOLO.



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

J - Avis relatif au MIB, LLC – À remettre à la personne à assurer 1

Qu'est-ce que le MIB, LLC ?

Le MIB, LLC (« MIB ») est un organisme qui permet l'échange d'information entre des compagnies d'assurance membres du MIB Group Inc. et exerçant leurs activités au Canada et aux États-Unis. Il gère une base de données qui contient les profils des clients de ces compagnies d'assurance.

Quelles informations échangeons-nous et pourquoi ?

Comme presque tous les assureurs qui offrent de l'assurance de personnes au Canada, Desjardins Assurances fait partie du MIB et peut échanger des informations vous concernant avec cet organisme.

Le MIB permet de confirmer que les informations fournies par les clients des compagnies d'assurance membres sont complètes et exactes.

Nous échangeons uniquement de l'information sur les éléments qui peuvent avoir une influence sérieuse sur votre santé ou votre espérance de vie, comme :

- les troubles médicaux importants
- la pratique d'un passe-temps dangereux
- un mauvais dossier de conduite
- la consommation d'alcool ou de drogues
- un dossier criminel

Ces informations deviennent alors disponibles pour les autres compagnies d'assurance membres. Le MIB conserve généralement ces informations pendant 7 ans.

À quels moments échangeons-nous ces informations ?

Quand nous recevons :

- une demande d'assurance vous concernant
- une réclamation

De plus, si une autre compagnie membre reçoit une demande d'assurance vous concernant dans les 2 ans après la soumission de la présente demande d'assurance, nous pourrions communiquer des renseignements au MIB à l'intention de cette autre compagnie.

Vos renseignements personnels sont bien protégés

Le MIB est tenu aux mêmes exigences de confidentialité des renseignements personnels que tout assureur au Canada. Il doit donc respecter les lois canadiennes et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Comme le MIB est basé aux États-Unis, vos renseignements pourraient être transférés à l'extérieur du Canada. Sachez que le MIB doit aussi respecter les lois des États-Unis en matière de protection des renseignements personnels.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la politique du MIB sur la protection de vos renseignements personnels en visitant le www.mib.com/privacy_policy.html (en anglais seulement).

Vous avez le droit de consulter vos renseignements et de les faire corriger au besoin

Vous devez contacter directement le MIB aux coordonnées suivantes :

- Par courriel canadadisclosure@mib.com
- Par téléphone 1 866 692-6901
- Par courrier
MIB, LLC
50 Braintree Hill Park, Suite 400
Braintree MA 02184-8734 USA
- Site Internet www.mib.com



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

J - Avis relatif au MIB, LLC – À remettre à la personne à assurer 2

Qu'est-ce que le MIB, LLC ?

Le MIB, LLC (« MIB ») est un organisme qui permet l'échange d'information entre des compagnies d'assurance membres du MIB Group Inc. et exerçant leurs activités au Canada et aux États-Unis. Il gère une base de données qui contient les profils des clients de ces compagnies d'assurance.

Quelles informations échangeons-nous et pourquoi ?

Comme presque tous les assureurs qui offrent de l'assurance de personnes au Canada, Desjardins Assurances fait partie du MIB et peut échanger des informations vous concernant avec cet organisme.

Le MIB permet de confirmer que les informations fournies par les clients des compagnies d'assurance membres sont complètes et exactes.

Nous échangeons uniquement de l'information sur les éléments qui peuvent avoir une influence sérieuse sur votre santé ou votre espérance de vie, comme :

- les troubles médicaux importants
- la pratique d'un passe-temps dangereux
- un mauvais dossier de conduite
- la consommation d'alcool ou de drogues
- un dossier criminel

Ces informations deviennent alors disponibles pour les autres compagnies d'assurance membres. Le MIB conserve généralement ces informations pendant 7 ans.

À quels moments échangeons-nous ces informations ?

Quand nous recevons :

- une demande d'assurance vous concernant
- une réclamation

De plus, si une autre compagnie membre reçoit une demande d'assurance vous concernant dans les 2 ans après la soumission de la présente demande d'assurance, nous pourrions communiquer des renseignements au MIB à l'intention de cette autre compagnie.

Vos renseignements personnels sont bien protégés

Le MIB est tenu aux mêmes exigences de confidentialité des renseignements personnels que tout assureur au Canada. Il doit donc respecter les lois canadiennes et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Comme le MIB est basé aux États-Unis, vos renseignements pourraient être transférés à l'extérieur du Canada. Sachez que le MIB doit aussi respecter les lois des États-Unis en matière de protection des renseignements personnels.

Pour en savoir plus, vous pouvez consulter la politique du MIB sur la protection de vos renseignements personnels en visitant le www.mib.com/privacy_policy.html (en anglais seulement).

Vous avez le droit de consulter vos renseignements et de les faire corriger au besoin

Vous devez contacter directement le MIB aux coordonnées suivantes :

- Par courriel canadadisclosure@mib.com
- Par téléphone 1 866 692-6901
- Par courrier
MIB, LLC
50 Braintree Hill Park, Suite 400
Braintree MA 02184-8734 USA
- Site Internet www.mib.com



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

K - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins

-  Ce consentement concerne :
- chaque **preneur « personne physique »**
 - chaque **personne à assurer**

1. Gestion de vos renseignements personnels

Pour vous servir au quotidien et pour respecter nos obligations légales, nous devons recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels à votre sujet. Pour plus de détails, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins au www.desjardins.com/politique-confidentialite.

Des consentements spécifiques pour assurer la réalisation et la continuité du service chez Desjardins Assurances peuvent vous être demandés. Ces démarches seront entreprises dans le respect de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Vos renseignements ne sont consultés que par les employés qui doivent y accéder pour exécuter leurs tâches.

2. Vos droits

Vous avez le droit :

- de consulter les renseignements personnels que le Mouvement Desjardins détient à votre sujet
- de faire corriger tout renseignement incomplet, ambigu ou non pertinent

Pour savoir comment faire, consultez la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins.

3. Collecte ou transfert de vos renseignements personnels à l'extérieur du Canada

Desjardins Assurances fait appel à des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour accomplir certains mandats particuliers dans le cours normal de ses affaires. Il est possible que certains renseignements personnels vous concernant soient ainsi recueillis et/ou transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays.

Vous pouvez trouver l'information sur nos politiques et pratiques en matière de collecte et de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en consultant la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez aussi obtenir cette information ou poser toute question à ce sujet en communiquant avec nous au 1 888 558-5525.

En signant cette section :

- vous reconnaissez avoir pris connaissance de la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins, que vous pouvez consulter au www.desjardins.com/politique-confidentialite,
- vous autorisez le Mouvement Desjardins à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette politique et la réglementation applicable,
- vous comprenez et acceptez que le présent consentement a préséance sur tout autre consentement que vous avez signé par le passé,
- vous comprenez que le présent consentement sera valide aussi longtemps que vous aurez une relation d'affaires avec une composante du Mouvement Desjardins.

 **Veillez signer à la page suivante**

K - Consentement lié à la gestion de vos renseignements personnels par le Mouvement Desjardins (suite)

Signé à (ville, province ou territoire) _____

Preneurs **X** _____
Signature du preneur « personne physique » _____ Date (aaaa-mm-jj)**Cochez l'option qui s'applique :**

-
- Preneur 1**
- identifié à la
- section A1**
- personne physique
-
-
- Preneur identifié à la
- section A2**
- personne physique

 X _____
Signature du second preneur « personne physique » _____ Date (aaaa-mm-jj)**Cochez l'option qui s'applique :**

-
- Preneur 2**
- identifié à la
- section A1**
- personne physique
-
-
- Preneur identifié à la
- section A2**
- personne physique

Personnes à assurer âgées de 14 ans ou plus (Québec) ou de 16 ans ou plus (provinces ou territoires autres que le Québec) **X** _____
Signature de la personne à assurer 1 _____ Date (aaaa-mm-jj) **X** _____
Signature de la personne à assurer 2 _____ Date (aaaa-mm-jj)**Protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants : enfants âgés de 14 ans ou plus (Québec) ou de 16 ans ou plus (provinces ou territoires autres que le Québec)** **X** _____
Signature de l'enfant 1 _____ Date (aaaa-mm-jj) **X** _____
Signature de l'enfant 2 _____ Date (aaaa-mm-jj) **X** _____
Signature de l'enfant 3 _____ Date (aaaa-mm-jj) **X** _____
Signature de l'enfant 4 _____ Date (aaaa-mm-jj)**Si la personne à assurer a moins de 14 ans (Québec) ou moins de 16 ans (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.**Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)Signataire pour : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2
 Enfant 1 Enfant 2 Enfant 3 Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) _____ **X** _____
Signature _____ Date (aaaa-mm-jj)Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)Signataire pour : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2
 Enfant 1 Enfant 2 Enfant 3 Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) _____ **X** _____
Signature _____ Date (aaaa-mm-jj)

L - Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances

 Ce consentement concerne chaque **personne à assurer**.

1. Pourquoi Desjardins Assurances a besoin de votre consentement

Votre consentement nous permet de recueillir, utiliser et partager les renseignements personnels nécessaires aux fins suivantes :

1. étudier une demande d'assurance de votre part
2. gérer votre dossier pendant la durée de l'assurance
3. traiter une réclamation

De plus, votre consentement nous permet de faire ce qui suit, au besoin :

- consulter un ancien dossier d'assurance que vous avez chez Desjardins Assurances, si c'est le cas
- demander un rapport d'enquête sur vous à une agence de renseignements personnels, si nécessaire
- communiquer au MIB, LLC un résumé de vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, après l'étude d'une demande d'assurance de votre part

Le MIB, LLC est un organisme qui gère une base de données permettant à des compagnies d'assurance au Canada et aux États-Unis de recueillir et partager de l'information sur leurs clients.

- communiquer à votre médecin tout renseignement médical obtenu à votre sujet pendant l'étude d'une demande d'assurance ou réclamation de votre part pour que l'information vous soit transmise
- communiquer à tout assureur ou réassureur tout renseignement pertinent (comme des résultats d'exams médicaux) pour leur permettre d'évaluer une demande d'assurance de votre part

En nous donnant votre consentement, vous autorisez également nos réassureurs à recueillir, utiliser et partager vos renseignements personnels de la même façon que nous. Nos réassureurs sont des compagnies qui nous assurent nous, Desjardins Assurances.

2. Àuprès de qui vos renseignements personnels sont-ils recueillis ou partagés ?

Vous donnez votre consentement pour la collecte et le partage des renseignements nécessaires auprès de vous, mais aussi auprès d'autres personnes et organisations. Ces personnes et organisations comprennent, entre autres :

- le MIB, LLC
- des professionnels ou professionnelles de la santé ou des établissements de santé (exemples : médecins, hôpitaux, cliniques)
- des fournisseurs de services de santé
- des firmes paramédicales
- des organismes publics ou parapublics
- d'autres assureurs que Desjardins Assurances
- des réassureurs
- votre employeur ou un ex-employeur
- le preneur (le ou la propriétaire du contrat d'assurance), si vous n'êtes pas cette personne
- toute autre composante de Desjardins, si elle est concernée par l'assurance
- une agence de renseignements personnels ou une agence d'investigation

3. Si cette demande concerne vos enfants

Vous nous autorisez aussi à recueillir, utiliser et partager des renseignements personnels nécessaires sur eux, s'ils sont âgés de moins de 14 ans au Québec, ou de moins de 16 ans ailleurs qu'au Québec.

En signant à la page suivante, vous autorisez Desjardins Assurances et ses réassureurs à recueillir, à utiliser et à partager des renseignements personnels selon les conditions décrites dans cette section, la réglementation applicable et la Politique de confidentialité du Mouvement Desjardins. Vous pouvez consulter cette politique au www.desjardins.com/politique-confidentialite.

 **Veillez signer à la page suivante**

L - Consentement lié à vos renseignements personnels chez Desjardins Assurances (suite)_____
Signé à (ville, province ou territoire)Personnes à assurer âgées de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)**X**_____
Signature de la personne à assurer 1_____
Date (aaaa-mm-jj)**X**_____
Signature de la personne à assurer 2_____
Date (aaaa-mm-jj)Protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants : enfants âgés de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)**X**_____
Signature de l'enfant 1_____
Date (aaaa-mm-jj)**X**_____
Signature de l'enfant 2_____
Date (aaaa-mm-jj)**X**_____
Signature de l'enfant 3_____
Date (aaaa-mm-jj)**X**_____
Signature de l'enfant 4_____
Date (aaaa-mm-jj)Si la personne à assurer a **moins de 14 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)Signataire pour : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2 Enfant 1 Enfant 2 Enfant 3 Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)_____
Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules)**X**_____
Signature_____
Date (aaaa-mm-jj)Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)Signataire pour : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2 Enfant 1 Enfant 2 Enfant 3 Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)_____
Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules)**X**_____
Signature_____
Date (aaaa-mm-jj)

M - Autorisation relative à la divulgation de renseignements personnels complémentaires au représentant

Il n'est pas obligatoire de remplir cette section lorsque vous soumettez une proposition.

Remarque : L'emploi du terme « représentant » dans le présent document fait référence au représentant avec qui le preneur fait affaire.

Identification de la personne à assurer 1	Identification de la personne à assurer 2
Prénom et nom	Prénom et nom
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Date de naissance (aaaa-mm-jj)

- 1- J'autorise Desjardins Assurances à fournir à mon représentant et au personnel administratif de son centre financier des renseignements personnels complémentaires à ceux qu'elle leur transmettrait habituellement dans le cadre du processus d'évaluation de ma demande d'assurance. **Ces renseignements pourraient permettre à mon représentant de m'offrir une assurance mieux adaptée à ma situation et d'expliquer les décisions prises en matière de sélection.**

Par « renseignements personnels complémentaires », on entend, entre autres, des précisions sur :

- des résultats d'examen médicaux et d'épreuves de laboratoire;
 - ma santé, comme des maladies ou des troubles de santé particuliers (ex. : maladies mentales, maladies infectieuses, consommation de médicaments, de drogues ou d'alcool), des traitements reçus ou ma participation à des programmes de réhabilitation;
 - l'information découverte sur ma santé dans le cadre de l'évaluation de ma demande d'assurance, même si cette information m'était alors inconnue;
 - mes antécédents professionnels et ma situation financière;
 - une infraction au Code de la sécurité routière ou à d'autres lois similaires;
 - une infraction au Code criminel, etc.
- 2- En signant la présente autorisation, je reconnais que :
- j'en ai pris connaissance et que j'en comprends l'objet et la portée;
 - je permets à Desjardins Assurances de communiquer à mon représentant et au personnel administratif de son centre financier des renseignements personnels complémentaires à mon sujet;
 - Desjardins Assurances se réserve le droit de ne pas communiquer à mon représentant et au personnel administratif de son centre financier certains renseignements personnels complémentaires de nature hautement confidentielle;
 - je peux annuler cette autorisation en tout temps en appelant chez Desjardins Assurances, au **1 877 315-8484**;
 - cette autorisation demeurera valide jusqu'à 60 jours après la dernière des dates suivantes :
 - la date à laquelle Desjardins Assurances établira un nouveau contrat d'assurance ou apportera une modification à un contrat existant;
 - la date à laquelle Desjardins Assurances m'offrira d'établir un contrat d'assurance ou de modifier un contrat existant; ou
 - la date à laquelle Desjardins Assurances m'enverra un avis d'annulation, de refus ou de report de ma demande d'assurance.

Les personnes suivantes ont pris connaissance de la présente autorisation avant de la signer :

- chaque personne à assurer âgée de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec);
- chaque personne autorisée à signer au nom d'une personne à assurer âgée de **moins de 14 ans** (Québec) ou de **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec).

Personne à assurer de **14 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

X _____
Signature de la personne à assurer 1 Date (aaaa-mm-jj)

X _____
Signature de la personne à assurer 2 Date (aaaa-mm-jj)

Personne à assurer de **moins de 14 ans** (Québec) ou de **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec)

Pour cette personne, la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.

Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)

Prénom et nom du signataire pour la personne à assurer 1 (en lettres majuscules) **X** _____
Signature Date (aaaa-mm-jj)

Prénom et nom du signataire pour la personne à assurer 2 (en lettres majuscules) **X** _____
Signature Date (aaaa-mm-jj)

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original. Veuillez la retourner à Desjardins Assurances par télécopieur, au **1 800 941-4861**.

N - Déclarations et autorisations

- 1- Le preneur et la personne à assurer déclarent que toutes les réponses et les déclarations qu'ils ont fournies dans la présente proposition, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, sont véridiques et complètes. Ils comprennent que toutes ces réponses et déclarations serviront de base à l'établissement du contrat.
- De plus, ils comprennent que tous les renseignements supplémentaires recueillis par Desjardins Assurances en lien avec l'assurabilité de la personne à assurer dans le cadre de l'étude de la demande d'assurance (questionnaires, examens, tests, entrevues téléphoniques, etc.) serviront aussi de base à l'établissement du contrat.
- 2- Le preneur et la personne à assurer s'engagent à aviser Desjardins Assurances de tout changement dans l'assurabilité de la personne à assurer entre la date de signature de la proposition et la date de prise d'effet des protections demandées, telle qu'elle est définie dans les Dispositions générales du contrat qui sera établi. Un tel changement peut comprendre, par exemple :
- Un changement dans l'état de santé
 - Un trouble, une maladie, une affection, une blessure, une opération ou un traitement
 - Une consultation, un examen ou un traitement par un professionnel de la santé
 - Une recommandation de prendre un rendez-vous ou de demander une consultation avec un professionnel de la santé qui n'a pas encore eu lieu
 - Un test médical ou une recommandation de subir un test médical, quel qu'il soit, qui n'a pas encore eu lieu
 - Un accident
 - Un changement d'emploi, de fonctions ou de responsabilités
 - Un changement dans les habitudes de vie :
 - Consommation de tabac, de produits de nicotine, d'alcool, de cannabis, etc.
 - Pratique d'un sport dangereux
 - Voyage ou séjour à l'extérieur du Canada ou des États-Unis
 - Une infraction au Code de la sécurité routière ou à d'autres lois similaires
 - Une infraction au Code criminel
 - Etc.
- 3- La personne à assurer consent à ce que l'assurance soit établie sur sa personne.
- 4- La personne à assurer accepte que les renseignements personnels fournis à son sujet dans la présente proposition, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, soient communiqués au preneur.
- 5- Le preneur reconnaît :
- a) que le produit lui a été bien décrit et que la nature des protections demandées lui a été bien précisée;
 - b) que les exclusions applicables à ces protections lui ont été clairement expliquées;
 - c) qu'il a reçu ou s'est vu présenter l'illustration expliquant les valeurs et/ou les caractéristiques des protections demandées;
 - d) que les renseignements fournis dans la « Déclaration de résidence aux fins de l'impôt », le cas échéant, sont exacts et complets et que, en cas de changement, il doit fournir à Desjardins Assurances une nouvelle déclaration dans un délai de 30 jours;
 - e) qu'il s'engage à fournir à Desjardins Assurances, dans un délai de 90 jours, le ou les numéros d'entreprise ou de fiducie manquants à la **section A2 – Identification d'un preneur qui n'est pas une personne à assurer**;
 - f) qu'il s'engage à fournir à Desjardins Assurances, dans un délai de 90 jours, le cas échéant, une copie de toute licence de cannabis valide délivrée par Santé Canada, et, selon la nature des activités de son entreprise, par l'Agence du revenu du Canada;
 - g) que le représentant lui a communiqué par écrit le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il fait affaire, le fait qu'il reçoit des commissions ou un salaire pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis, ou à des avantages non pécuniaires, comme la participation à des congrès ou à d'autres activités de reconnaissance.
- 6- Le preneur et la personne à assurer reconnaissent que toute déclaration inexacte, y compris celle relative à la consommation de tabac ou de produits de nicotine, peut entraîner l'annulation du contrat.
- 7- La personne à assurer reconnaît qu'elle a lu la **section J - Avis relatif au MIB, LLC**.
- 8- Le preneur et la personne à assurer ont lu la présente section avant de la signer.
- 9- Le preneur reconnaît que le représentant lui a décrit l'Assurance vie provisoire, s'il y a lieu, et il en accepte toutes les conditions, les limites et les exclusions applicables.
- 10- Le preneur reconnaît que le représentant lui a décrit l'Assurance maladies graves provisoire, s'il y a lieu, et il en accepte toutes les conditions, les limites et les exclusions applicables. Il reconnaît également que le représentant lui a présenté et décrit la Partie 1 – Description de la protection prévue à la **section I2 – Assurance maladies graves provisoire** et la Partie 2 – Définition des troubles de santé couverts de l'Assurance maladies graves provisoire.
- 11- Le preneur reconnaît que le représentant lui a expliqué la nature de l'Assurance invalidité conditionnelle, s'il y a lieu. Il reconnaît également que le représentant lui a présenté et décrit le spécimen de contrat SOLO Assurance salaire et/ou SOLO Assurance proprio, selon le cas.
- 12- **Pour les protections prévoyant un versement en cas de décès ou de maladies graves** : Le preneur comprend que la personne à assurer sera couverte à partir de la signature de la proposition par les protections demandées ou par une assurance provisoire, s'il y a lieu, si les conditions suivantes sont respectées :
- les informations de paiement de la prime doivent être fournies à la **section H – Paiement de l'assurance**; et
 - si le mode de paiement choisi dans cette section est « Débits préautorisés », le formulaire **09312F – Accord de débits préautorisés (DPA)** dûment rempli doit être joint à la présente proposition.
- 13- **Pour les protections prévoyant un versement en cas d'invalidité** : Le preneur comprend que la personne à assurer pourra bénéficier des avantages de l'Assurance invalidité conditionnelle, s'il y a lieu, si les conditions suivantes sont respectées :
- les informations de paiement de la prime doivent être fournies à la **section H – Paiement de l'assurance**; et
 - si le mode de paiement choisi dans cette section est « Débits préautorisés », le formulaire **09312F – Accord de débits préautorisés (DPA)** dûment rempli doit être joint à la présente proposition.
- Remarque** : Le Formulaire complémentaire de vérification d'identité (08295F) dûment rempli et tous les documents demandés dans ce formulaire doivent être joints à la proposition dans la situation suivante :
- a) le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité; et
 - b) une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne est demandée.

N - Déclarations et autorisations (suite)

Signé à (ville, province ou territoire) _____

Preneurs

X _____ Date (aaaa-mm-jj) _____ **Cochez l'option qui s'applique :**
Signature du preneur _____ **Preneur 1** identifié à la **section A1** – personne physique Preneur identifié à la **section A2** – personne physique
 Personne autorisée à signer pour le preneur identifié à la **section A2** – personne morale, fiducie ou autre entité

X _____ Date (aaaa-mm-jj) _____ **Cochez l'option qui s'applique :**
Signature du second preneur _____ **Preneur 2** identifié à la **section A1** – personne physique Preneur identifié à la **section A2** – personne physique
 Personne autorisée à signer pour le preneur identifié à la **section A2** – personne morale, fiducie ou autre entité

Personnes à assurer âgées de **18 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

X _____ Date (aaaa-mm-jj) _____ **X** _____ Date (aaaa-mm-jj) _____
Signature de la personne à assurer 1 _____ Signature de la personne à assurer 2 _____

Protection SOLO Assurance soins de santé : enfants âgés de **18 ans ou plus** (Québec) ou de **16 ans ou plus** (provinces ou territoires autres que le Québec)

X _____ Date (aaaa-mm-jj) _____ **X** _____ Date (aaaa-mm-jj) _____
Signature de l'enfant 1 _____ Signature de l'enfant 2 _____

X _____ Date (aaaa-mm-jj) _____ **X** _____ Date (aaaa-mm-jj) _____
Signature de l'enfant 3 _____ Signature de l'enfant 4 _____

Si la personne à assurer a **moins de 18 ans** (Québec) ou **moins de 16 ans** (provinces ou territoires autres que le Québec), la signature d'un parent, tuteur ou représentant légal est requise.Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)Signataire pour : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2
 Enfant 1 Enfant 2 Enfant 3 Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)

_____ **X** _____ Date (aaaa-mm-jj) _____
Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) _____ Signature _____

Identification du signataire : Parent (père ou mère) Tuteur (Québec) Représentant légal (provinces ou territoires autres que le Québec)Signataire pour : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2
 Enfant 1 Enfant 2 Enfant 3 Enfant 4 (protections SOLO Assurance soins de santé et Assurance vie – enfants)

_____ **X** _____ Date (aaaa-mm-jj) _____
Prénom et nom du signataire (en lettres majuscules) _____ Signature _____

Consentement relatif aux modifications majeures, s'il y a lieu

Je soussigné, _____, en tant que

 bénéficiaire irrévocable du contrat créancier ayant pris une garantie sur le contrat
déclare que je consens à toute modification mentionnée à la **section D** du présent document.

X _____ Date (aaaa-mm-jj) _____ **X** _____
Signature du bénéficiaire irrévocable _____ Signature du créancier ayant pris une garantie sur le contrat _____

X _____ Date (aaaa-mm-jj) _____
Signature du bénéficiaire irrévocable _____

O - Consentement particulier
Applicable au Québec seulement

Dans le cadre de l'offre de services financiers d'assurances et de rentes qu'un de nos représentants pourra vous faire, nous souhaitons utiliser des renseignements nécessaires d'ordre personnel ou financier. Pour plus de précisions sur le contenu de chacune de ces catégories de renseignements, vous pouvez vous reporter au verso. Veuillez autoriser, dans le tableau ci-dessous, les « Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués » auxquelles vous consentez.

Après avoir pris connaissance de l'Avis de consentement particulier présenté au verso, je soussigné consens à ce que les renseignements que Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers détient à mon égard soient utilisés dans le cadre d'une offre de services financiers d'assurances et de rentes.

Ce consentement sera valide jusqu'à sa révocation ou jusqu'à la date de révocation indiquée ci-dessous.

Identification et signature – preneur(s) et personne(s) à assurer		Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués et Autorisation du client	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Prénom et nom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Personnels <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de révocation (s'il y a lieu)
Signature X	Date de signature (aaaa-mm-jj)	Financiers <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, **vous pouvez demander qu'on vous donne accès aux renseignements qu'on détient sur vous.**

O - Consentement particulier (suite)**Avis de consentement particulier****Vous êtes libre de donner ce consentement ou non**

Article 92 de la Loi sur la distribution de produits et services financiers

Ce que vous devez savoir

- Nous détenons, aujourd'hui, des renseignements à votre sujet.
- Nous avons besoin de votre consentement pour permettre à certains de nos représentants d'avoir accès à ces renseignements.
- Ces représentants auront aussi accès aux mises à jour des renseignements faites pendant la durée du consentement.
- Ces représentants utiliseront les renseignements disponibles **afin de vous solliciter pour de nouveaux produits et services financiers.**

Vous êtes libre d'établir la durée de validité de votre consentement

- Si vous accordez un consentement pour une période indéterminée, vous pourrez en tout temps y mettre fin en le révoquant.
À la fin du présent formulaire, vous trouverez un modèle de révocation que vous pourrez utiliser ou dont vous pourrez vous inspirer.
- Si vous voulez accorder un consentement pour une période limitée, vous pourrez le faire en fixant vous-même cette période.
Le présent formulaire prévoit à la section « Consentement particulier » un endroit où vous pourrez inscrire la période désirée.

La Loi sur la distribution de produits et services financiers vous donne des droits importants.

Sans cette autorisation spécifique, Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers ne pourra utiliser ces renseignements à d'autres fins que celles pour lesquelles ils ont été recueillis. **Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers ne peut vous contraindre à donner ce consentement ni refuser de continuer à faire affaire avec vous du seul fait que vous refusez de le lui donner;** l'article 94 de la loi vous protège. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec l'Autorité des marchés financiers à l'un des numéros suivants :

Québec : 418 525-0337 Montréal : 514 395-0337 Sans frais : 1 877 525-0337

Les renseignements que nous détenons à votre sujet, aujourd'hui, ont été recueillis dans le cadre de l'offre de services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et services complémentaires.

Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués**Personnels** : notamment prénom et nom, date de naissance, sexe, adresse, numéro de téléphone, emploi.**Financiers** : notamment revenu personnel et familial, personnes à charge, autres assurances et rentes en vigueur, placements, bilan financier, si entreprise : actif et passif.**Modèle de révocation du consentement particulier**

Prénom et nom (en lettres majuscules)			Numéro de contrat
Adresse (N°, rue, app.)			Date de naissance (aaaa-mm-jj)
Ville	Province ou territoire	Code postal	Numéro de téléphone à 10 chiffres

Je révoque le consentement particulier donné à**Desjardins Sécurité financière, Cabinet de services financiers
200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2****par l'avis suivant :**En date du : _____
Date (aaaa-mm-jj)Par la présente, je soussigné, _____, vous avise que j'annule
Prénom et nom du preneur ou de la personne assurée

le consentement particulier visant à vous permettre d'utiliser les renseignements qui me concernent à de nouvelles fins.

Consentement que je vous ai donné le : _____
Date du consentement (aaaa-mm-jj)**X** _____
Signature du preneur ou de la personne assurée

P - Informations et déclaration du représentant

 Rémunération : de carrière accélérée sans objet

Le représentant déclare :

- 1- que les preneurs et les personnes à assurer ont lu toutes les questions de la présente proposition et qu'à sa connaissance, leurs réponses sont véridiques et complètes;
- 2- qu'il a vu toutes les personnes à assurer;
- 3- qu'il a vu tous les preneurs (y compris les personnes autorisées à signer au nom des preneurs s'il s'agit de personnes morales, de fiduciaires ou d'autres entités) et qu'il a dûment vérifié leur identité;
- 4- qu'il a fait part des informations suivantes aux preneurs ou qu'il les leur a communiquées par écrit : le nom des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il fait affaire, le fait qu'il reçoit des commissions ou un salaire pour la vente de leurs produits d'assurance de personnes et qu'il peut être admissible à une rémunération supplémentaire, comme des bonis, ou à des avantages non pécuniaires, comme la participation à des congrès ou à d'autres activités de reconnaissance;
- 5- qu'il a communiqué par écrit aux preneurs tout conflit d'intérêts relatif à cette proposition;
- 6- qu'il a rempli le Formulaire complémentaire de vérification d'identité (08295F) et s'est assuré que les documents requis y étaient joints, si le preneur est une personne morale, une fiduciaire ou une autre entité et qu'une protection d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne est demandée.

Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cochez si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>
Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cochez si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>
Prénom du représentant	Nom du représentant	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel		% de répartition %	Cochez si vous êtes stagiaire <input type="checkbox"/>

Le représentant est-il la personne à assurer ou le preneur ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--	---

X _____ Date (aaaa-mm-jj)

Signature du représentant

QUÉBEC SEULEMENT - Si le représentant est un stagiaire, veuillez remplir cette section.

Prénom du superviseur	Nom du superviseur	Code du représentant	Code du centre financier
Courriel			

X _____ Date (aaaa-mm-jj)

Signature du superviseur (au Québec seulement)

Références

1

Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse (N°, rue, app.)			Numéro de téléphone à 10 chiffres
			Rés. : _____ Cell. : _____
Ville	Province ou territoire	Code postal	Trav. : _____, poste : _____

2

Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse (N°, rue, app.)			Numéro de téléphone à 10 chiffres
			Rés. : _____ Cell. : _____
Ville	Province ou territoire	Code postal	Trav. : _____, poste : _____

3

Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse (N°, rue, app.)			Numéro de téléphone à 10 chiffres
			Rés. : _____ Cell. : _____
Ville	Province ou territoire	Code postal	Trav. : _____, poste : _____

4

Prénom et nom		Âge	Employeur
Prénom et nom du conjoint		Âge	Prénom des enfants
Adresse (N°, rue, app.)			Numéro de téléphone à 10 chiffres
			Rés. : _____ Cell. : _____
Ville	Province ou territoire	Code postal	Trav. : _____, poste : _____



Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.