

Note de couverture provisoire en cas de décès

Numéro de verrouillage

En vertu de la présente note de couverture provisoire en cas de décès, la protection garantissant un montant d'assurance en cas de décès de la ou des personnes à assurer entre en vigueur dès la signature de la proposition si les conditions suivantes sont respectées :

- la personne à assurer est âgée de 31 jours à 65 ans, inclusivement, à la date de signature de la proposition;
- la personne à assurer a répondu **non** aux questions d'admissibilité de la **section I** de la proposition;
- paiement de la prime initiale** : au moment de la signature de la proposition, le preneur doit effectuer le paiement d'au moins une prime mensuelle (ou 1/20 de la prime unique) selon les protections demandées dans la présente proposition, mais n'est pas tenu d'excéder le montant payable d'une prime mensuelle pour une couverture de 1 000 000 \$. Desjardins Assurances impose une limite de 1 000 000 \$ pour la note de couverture provisoire en cas de décès qui ne peut être abolie même si la prime initiale payée est plus élevée que le paiement minimum exigé comme prime initiale. Si le paiement de la prime initiale n'est pas honoré, la présente note de couverture provisoire en cas de décès sera considérée comme n'ayant jamais été en vigueur;
- limite du montant d'assurance en cas de décès** : le montant d'assurance payable en cas de décès en vertu de l'ensemble des notes de couverture provisoires émises par Desjardins Assurances à l'égard de la même personne correspond au moins élevé du montant d'assurance demandé pour cette personne ou de 1 000 000 \$. S'il y a lieu, ce montant d'assurance sera réduit de toute avance versée au preneur à la suite de la soumission d'une demande de prestation d'assurance maladies graves.
- dans le cas d'un **remplacement interne de police** : si la personne à assurer décède avant l'entrée en vigueur de la nouvelle police, Desjardins Assurances s'engage à verser au bénéficiaire le montant le plus avantageux entre le montant d'assurance payable en vertu de la police remplacée ou le montant d'assurance payable en vertu de la présente note de couverture provisoire.

À remettre au preneur si les conditions du recto et verso de cette page s'appliquent. Sinon, veuillez laisser cette note dans cette annexe.

Note de couverture provisoire en cas de maladie grave

Numéro de verrouillage

En vertu de la présente note de couverture provisoire en cas de maladie grave, la protection garantissant une prestation de maladie grave pour la ou les personnes à assurer entre en vigueur dès la signature de la proposition si les conditions suivantes sont respectées :

- la personne à assurer est âgée de 31 jours à 65 ans, inclusivement, à la date de signature de la proposition;
- la personne à assurer a répondu **non** aux questions d'admissibilité de la **section J** de la proposition;
- paiement de la prime initiale** : au moment de la signature de la proposition, le preneur doit effectuer le paiement d'au moins une prime mensuelle (ou 1/20 de la prime unique) selon les protections demandées dans la présente proposition, mais n'est pas tenu d'excéder le montant payable d'une prime mensuelle pour une couverture de 500 000 \$. Desjardins Assurances impose une limite de 500 000 \$ pour la note de couverture provisoire en cas de maladie grave qui ne peut être abolie même si la prime initiale payée est plus élevée que le paiement minimum exigé comme prime initiale. Si le paiement de la prime initiale n'est pas honoré, la présente note de couverture provisoire en cas de maladie grave sera considérée comme n'ayant jamais été en vigueur;
- limite du montant payable en cas de maladie grave** : le montant payable en cas de maladie grave pour l'ensemble des notes de couvertures provisoires émises par Desjardins Assurances à l'égard de la même personne correspond au moins élevé du montant d'assurance demandé pour cette personne ou de 500 000 \$.

LISTE DES TROUBLES DE SANTÉ COUVERTS : la présente note de couverture provisoire couvre la personne à assurer uniquement pour les troubles de santé suivants, si le diagnostic est posé après la date de signature de la proposition :

Accident vasculaire cérébral

Diagnostic formel d'un accident vasculaire cérébral causé par une thrombose ou hémorragie intracrâniennes, ou par une embolie de source extracrânienne, avec apparition aiguë de nouveaux symptômes neurologiques, nouveaux déficits neurologiques objectifs constatés au cours d'un examen clinique et persistant pendant plus de 30 jours suivant la date d'établissement du diagnostic. Ces nouveaux symptômes et déficits doivent être corroborés par des tests d'imagerie diagnostique. **Exclusion** : aucun montant ne sera payable pour un accident ischémique transitoire, un accident vasculaire intracérébral causé par un traumatisme ou un infarctus lacunaire qui n'est pas conforme à la définition du terme « accident vasculaire cérébral » ci-dessus.

Brûlures graves

Diagnostic formel de brûlures au 3^e degré affectant au moins 20 % de la surface du corps.

Cécité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la vue des 2 yeux attestée par une acuité visuelle corrigée de 20/200 ou moins pour les 2 yeux ou un champ visuel inférieur à 20 degrés dans les 2 yeux.

Coma

Diagnostic formel d'une perte de conscience caractérisée par une absence de réaction aux stimuli externes ou aux besoins internes pendant une période continue d'au moins 96 heures. L'échelle de coma de Glasgow doit indiquer 4 ou moins pendant cette période. **Exclusion** : aucun montant ne sera payable pour un coma médicalement provoqué, un coma résultant directement de la consommation d'alcool ou de drogues ou un diagnostic de mort cérébrale.

Crise cardiaque

Diagnostic formel de la mort du muscle cardiaque résultant d'une insuffisance de l'irrigation sanguine qui entraîne l'augmentation et la chute des marqueurs biochimiques cardiaques au point que leur niveau confirme le diagnostic d'un infarctus du myocarde et qui sont accompagnées d'au moins une des manifestations suivantes : des symptômes de crise cardiaque, des changements récents à l'électrocardiogramme (ECG) indiquant une crise cardiaque, l'apparition de nouvelles ondes Q pendant ou immédiatement après une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne. **Exclusions** : aucun montant ne sera payable au titre de la définition de « crise cardiaque » pour : une augmentation des marqueurs biochimiques cardiaques par suite d'une intervention cardiaque intra-artérielle, dont une coronarographie ou une angioplastie coronarienne, et à défaut de nouvelles ondes Q; des changements à l'ECG suggérant un infarctus du myocarde antérieur qui n'est pas conforme à la définition du terme « crise cardiaque » ci-dessus. De plus, aucun montant ne sera payable si la personne assurée décède dans les 30 jours qui suivent le diagnostic de crise cardiaque.

À remettre au preneur si les conditions du recto et verso de cette page s'appliquent. Sinon, veuillez laisser cette note dans cette annexe.

Note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité

Numéro de verrouillage

En vertu de la présente note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité, la protection d'invalidité SOLO demandée pour la personne à assurer entre en vigueur à la date de prise d'effet si les conditions suivantes sont respectées :

- la personne à assurer est âgée de 18 à 60 ans, inclusivement, à la date de signature de la proposition;
- la personne à assurer a répondu **non** aux questions d'admissibilité de la **section K** de la proposition;
- paiement de la prime initiale** : au moment de la signature de la proposition, le preneur doit effectuer le paiement d'au moins une prime mensuelle (ou 1/20 de la prime unique) selon les protections demandées dans la présente proposition, mais n'est pas tenu d'excéder le montant payable d'une prime mensuelle pour une couverture de 5 000 \$ de rente mensuelle d'invalidité. Desjardins Assurances impose une limite de 5 000 \$ de rente mensuelle d'invalidité pour la note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité qui ne peut être abolie même si la prime initiale payée est plus élevée que le paiement minimum exigé comme prime initiale. Si le paiement de la prime initiale n'est pas honoré, la présente note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité sera considérée comme n'ayant jamais été en vigueur;
- limite du montant payable en cas d'invalidité** : la présente note de couverture conditionnelle prévoit la même prestation que la protection d'invalidité SOLO demandée en tenant compte du montant de la rente mensuelle (maximum 5 000 \$ pour l'ensemble des notes de couverture conditionnelles émises par Desjardins Assurances à l'égard de la même personne), du délai d'attente et de la période de prestation, à la condition que, conformément aux directives et pratiques de tarification de Desjardins Assurances, la personne à assurer ait droit à cette protection et ce, sans surprime et sans aucune exclusion, limitation, réduction, ou autres modifications. Si de telles modifications sont nécessaires à l'établissement du contrat, la prestation pour la présente note de couverture conditionnelle sera limitée à la protection d'invalidité SOLO modifiée à laquelle la personne à assurer aurait eu droit à la date de prise d'effet de cette note de couverture.

Définitions :

La date de prise d'effet de cette note de couverture conditionnelle correspond à la plus éloignée des 2 dates suivantes :

- la date de signature de la proposition;
- la date à laquelle l'examen paramédical, les examens médicaux et les tests supplémentaires exigés, conformément aux pratiques de tarification de Desjardins Assurances, ont été complétés.

La définition du mot **invalidité** correspond à celle indiquée dans le contrat de la protection d'invalidité SOLO demandée dans la présente proposition.

À remettre au preneur si les conditions du recto et verso de cette page s'appliquent. Sinon, veuillez laisser cette note dans cette annexe.

Note de couverture provisoire en cas de décès (suite)

Exclusions : aucun montant d'assurance ne sera payable en cas de décès de la personne assurée en vertu de la présente note de couverture provisoire :

1. s'il s'agit d'une demande de transformation d'une assurance vie collective;
2. si la personne à assurer se suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non. Dans ce cas, l'obligation de Desjardins Assurances est limitée au seul remboursement de la prime initiale;
3. s'il s'agit de prestations supplémentaires prévues en vertu de la protection Mort, mutilation ou perte d'usage accidentelles.

Déclarations : toute déclaration faite par le preneur ou les personnes à assurer à l'appui de la demande d'assurance est contestable à l'égard de la présente note de couverture provisoire.

Fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire : l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire prend fin à la première des dates suivantes :

1. la date de prise d'effet du contrat demandé;
2. la date de prise d'effet d'un contrat différent de celui demandé et constituant une contre-offre de Desjardins Assurances au preneur;
3. la date à laquelle Desjardins Assurances envoie au preneur une lettre l'avisant de la fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire ou du rejet de sa demande d'assurance;
4. la 91^e journée après la date de signature de la proposition.

Aucun représentant de Desjardins Assurances n'est autorisé à modifier la présente note de couverture provisoire.

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

Note de couverture provisoire en cas de maladie grave (suite)

Paralysie

Diagnostic formel de la perte complète des fonctions musculaires d'au moins 2 membres par suite d'une blessure ou d'une maladie affectant l'innervation de ces membres pendant une période d'au moins 90 jours suivant l'événement déclencheur.

Perte de l'usage de la parole

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de la capacité de parler par suite d'une blessure corporelle ou d'une maladie pendant une période d'au moins 180 jours.

Exclusion : aucune prestation ne sera payable si la perte d'usage de la parole résulte d'une cause psychiatrique.

Perte de membres

Diagnostic formel de la séparation complète de 2 membres ou plus, au niveau du poignet ou de la cheville, ou plus haut, par suite d'un accident ou d'une amputation médicalement nécessaire.

Surdité

Diagnostic formel de la perte totale et irréversible de l'ouïe des 2 oreilles, le seuil d'audition étant d'au moins 90 décibels dans un registre de 500 à 3 000 hertz.

Exclusions : aucun montant ne sera payable en vertu de la présente note de couverture provisoire si :

1. la personne assurée souffre d'un trouble de santé couvert par la présente note de couverture provisoire qui résulte directement ou indirectement : d'une blessure qu'elle s'inflige volontairement ou d'une tentative de suicide, qu'elle soit saine d'esprit ou non; de sa participation à un acte criminel ou à tout acte qui y est lié; d'une guerre, déclarée ou non, d'une émeute ou d'une révolution, qu'elle y ait pris part ou non; de la conduite d'un véhicule motorisé 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; de l'usage illégal ou illicite de toute drogue; de l'absorption ou de l'usage volontaire de toute substance toxique ou de tout type de gaz; 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;
2. le trouble de santé couvert par la présente note de couverture provisoire est diagnostiqué après le décès de la personne assurée.

Déclarations : toute déclaration faite par le preneur ou les personnes à assurer à l'appui de la présente demande d'assurance maladies graves est contestable à l'égard de la présente note de couverture provisoire.

Fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire : l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire prend fin à la première des dates suivantes :

1. la date de prise d'effet du contrat demandé;
2. la date de prise d'effet d'un contrat différent de celui demandé et constituant une contre-offre de Desjardins Assurances au preneur;
3. la date à laquelle Desjardins Assurances envoie au preneur une lettre l'avisant de la fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture provisoire ou du rejet de sa demande d'assurance;
4. la 91^e journée après la date de signature de la proposition.

Aucun représentant de Desjardins Assurances n'est autorisé à modifier la présente note de couverture provisoire.

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

Note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité (suite)

Exclusions et limitations :

1. Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente note de couverture conditionnelle s'il y a non-déclaration de faits importants ou s'il y a fausse déclaration dans la proposition ou à l'examen médical, s'il y a lieu.
2. La présente note de couverture conditionnelle est soumise également à toutes les conditions, exclusions et limitations décrites dans la protection d'invalidité SOLO demandée pour la personne à assurer.

Déclarations : toute déclaration faite par le preneur ou la personne à assurer à l'appui de la demande d'assurance pour invalidité est contestable à l'égard de la présente note de couverture conditionnelle.

Fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture conditionnelle : l'assurance en vertu de la présente note de couverture conditionnelle prend fin à la première des dates suivantes :

1. la date de prise d'effet du contrat demandé;
2. la date de prise d'effet du contrat différent de celui demandé et constituant une contre-offre de Desjardins Assurances au preneur;
3. la date à laquelle Desjardins Assurances envoie au preneur une lettre l'avisant de la fin de l'assurance en vertu de la présente note de couverture conditionnelle ou du rejet de sa demande d'assurance;
4. la 91^e journée après la date de signature de la proposition.

Aucun représentant de Desjardins Assurances n'est autorisé à modifier la présente note de couverture conditionnelle.

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



Confirmation immédiate du contrat

Les termes « la Proposition », « la Déclaration », « la page Déclarations et autorisations » désignent, dans l'ordre, la Proposition d'assurance électronique, la Déclaration d'assurabilité électronique et la page Déclarations et autorisations contenue dans l'Annexe à la proposition électronique.

Pour que les protections d'assurance demandées dans la Proposition s'appliquent, toutes les conditions d'entrée en vigueur du contrat prévues aux sections A ou B ci-dessous, selon le cas, doivent être respectées. Toutes les déclarations faites par le preneur et les personnes à assurer dans la Proposition, la Déclaration et la page Déclarations et autorisations doivent être exactes puisqu'elles servent de base à l'établissement du présent contrat. Une erreur ou une omission à l'égard de ces déclarations peut entraîner son annulation.

Documents constituant le contrat en cas de confirmation immédiate du contrat

La Proposition, la Déclaration, la page Déclarations et autorisations, les textes des protections (y compris les Dispositions générales) et la présente Confirmation immédiate du contrat constituent le contrat d'assurance. Desjardins Assurances transmettra les textes des protections au preneur dans les meilleurs délais.

Section A

Paiement de la prime au moment de la signature de la page Déclarations et autorisations

Conditions d'entrée en vigueur du contrat

Le contrat entre en vigueur à la date de signature de la page Déclarations et autorisations, si **toutes** les conditions indiquées ci-dessous sont respectées **intégralement** :

1. La Proposition, la Déclaration et la page Déclarations et autorisations ont été dûment remplies et signées.
2. La prime initiale totale fixée dans la Proposition est encaissable au moment où la demande de paiement est présentée à l'institution financière désignée par le preneur.
3. Toutes les personnes à assurer sont admissibles à la Confirmation immédiate du contrat en fonction des réponses qu'elles ont données aux questions contenues dans la Déclaration.
4. Lors du verrouillage de la Proposition, la fenêtre « Décision au point de vente » affichée à l'écran indique que le dossier du preneur est accepté au point de vente.

Si l'une des conditions ci-dessus n'est pas respectée, la présente Confirmation immédiate du contrat devient nulle et non applicable.

Section B

Paiement de la prime au moment de la réception du contrat par le preneur

Conditions d'entrée en vigueur du contrat

Le contrat entre en vigueur à la date de réception du contrat par le preneur, si **toutes** les conditions indiquées ci-dessous sont respectées **intégralement** :

1. La Proposition, la Déclaration et la page Déclarations et autorisations ont été dûment remplies et signées.
2. La prime initiale totale fixée dans la Proposition est encaissable au moment où la demande de paiement est présentée à l'institution financière désignée par le preneur.
3. Aucun changement n'est survenu dans les conditions d'assurabilité des personnes à assurer entre la date de signature de la page Déclarations et autorisations et la date de réception du contrat par le preneur. Les conditions d'assurabilité comprennent toute situation qui peut influencer Desjardins Assurances dans sa décision d'établir une protection, comme précisé à la page Déclarations et autorisations.
4. Toutes les personnes à assurer sont admissibles à la Confirmation immédiate du contrat en fonction des réponses qu'elles ont données aux questions contenues dans la Déclaration.
5. Lors du verrouillage de la Proposition, la fenêtre « Décision au point de vente » affichée à l'écran indique que le dossier du preneur est accepté au point de vente.

Si l'une des conditions ci-dessus n'est pas respectée, la présente Confirmation immédiate du contrat devient nulle et non applicable.

Exclusions et limites - applicables aux sections A et B

Les exclusions et limites qui figurent dans les textes des protections (y compris les Dispositions générales) s'appliquent à partir du moment où toutes les conditions d'entrée en vigueur du contrat sont respectées.

Si une correction doit être apportée au dossier d'une personne assurée à l'égard de son âge, Desjardins Assurances ajustera la prime, s'il y a lieu, à la hausse ou à la baisse.

Droit d'examen - applicable aux sections A et B

Lorsque le preneur reçoit son contrat, il dispose d'un délai de **10 jours** pour en prendre connaissance et pour aviser Desjardins Assurances par écrit s'il désire mettre fin à l'assurance. Dans un tel cas, Desjardins Assurances annule le contrat, et l'annulation prend effet à la date de la signature de la page Déclarations et autorisations. De plus, Desjardins Assurances rembourse alors au preneur toute prime versée à condition qu'aucune demande de prestations n'ait été présentée.

Aucun représentant de Desjardins Assurances, stagiaire ou superviseur, le cas échéant, n'est autorisé à modifier la présente Confirmation immédiate du contrat.



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



Autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

Aux strictes fins de l'établissement de mon assurabilité, de la gestion de mon dossier et du règlement des demandes de prestations, j'autorise Desjardins Assurances ou ses réassureurs :

1. à ne recueillir auprès de toute personne physique ou morale ou de tout organisme public ou parapublic que les seuls renseignements personnels détenus à mon sujet qui sont nécessaires au traitement de mon dossier. Sans que la liste ne soit exhaustive, cette collecte pourra se réaliser auprès de professionnels de la santé ou d'établissements de santé, du MIB, Inc., des compagnies d'assurance ou de réassurance, d'agents de renseignements personnels ou d'agences d'investigation, du preneur, de mon employeur ou de mes ex-employeurs;
2. à ne communiquer qu'à ces personnes physiques ou morales ou à ces organismes publics ou parapublics que les seuls renseignements personnels qu'elle détient à mon sujet et qui sont nécessaires à l'objet de mon dossier;
3. à demander, le cas échéant, un compte rendu d'enquête à mon sujet et à utiliser les renseignements personnels nécessaires à ces fins qui sont contenus dans d'autres dossiers qu'elle détiendrait et dont l'objet est accompli;

4. à communiquer à mon médecin personnel, section **Déclaration d'assurabilité**, tout renseignement médical obtenu à mon sujet durant l'évaluation de mon dossier;

5. à communiquer à d'autres assureurs ou réassureurs tout renseignement à mon sujet qui est pertinent aux fins de la détermination de mon admissibilité à une assurance;

6. à transmettre un bref rapport de mes renseignements personnels au MIB, Inc., y compris ceux sur ma santé.

La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Chacun des preneurs et chacune des personnes à assurer, y compris les enfants de 14 ans et plus (Québec) ou 16 ans et plus (provinces autres que le Québec), ont pris connaissance de la présente autorisation avant de la signer.

Cochez si :

- | | |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Assuré | <input type="checkbox"/> Tuteur pour enfant de moins de 18 ans (au Québec) |
| <input type="checkbox"/> Preneur | <input type="checkbox"/> Enfant de 14 ans à 17 ans (au Québec) |
| | <input type="checkbox"/> Représentant légal pour enfant de moins de 16 ans (provinces autres que le Québec) |

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Assuré | <input type="checkbox"/> Tuteur pour enfant de moins de 18 ans (au Québec) |
| <input type="checkbox"/> Preneur | <input type="checkbox"/> Enfant de 14 ans à 17 ans (au Québec) |
| | <input type="checkbox"/> Représentant légal pour enfant de moins de 16 ans (provinces autres que le Québec) |

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Assuré | <input type="checkbox"/> Tuteur pour enfant de moins de 18 ans (au Québec) |
| <input type="checkbox"/> Preneur | <input type="checkbox"/> Enfant de 14 ans à 17 ans (au Québec) |
| | <input type="checkbox"/> Représentant légal pour enfant de moins de 16 ans (provinces autres que le Québec) |

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Assuré | <input type="checkbox"/> Tuteur pour enfant de moins de 18 ans (au Québec) |
| <input type="checkbox"/> Preneur | <input type="checkbox"/> Enfant de 14 ans à 17 ans (au Québec) |
| | <input type="checkbox"/> Représentant légal pour enfant de moins de 16 ans (provinces autres que le Québec) |

- | | |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Assuré | <input type="checkbox"/> Tuteur pour enfant de moins de 18 ans (au Québec) |
| <input type="checkbox"/> Preneur | <input type="checkbox"/> Enfant de 14 ans à 17 ans (au Québec) |
| | <input type="checkbox"/> Représentant légal pour enfant de moins de 16 ans (provinces autres que le Québec) |

X _____
Nom (en lettres majuscules) et signature

X _____
Nom (en lettres majuscules) et signature

X _____
Nom (en lettres majuscules) et signature

X _____
Nom (en lettres majuscules) et signature

X _____
Nom (en lettres majuscules) et signature

X _____
Date (aaaa-mm-jj)

Reçu pour la prime initiale

Desjardins Assurances confirme avoir reçu de _____ la somme de _____ \$ par prélèvement automatique ou par chèque. Ce montant représente le total des primes initiales nécessaires pour que les notes de couverture en cas de décès, de maladie grave et d'invalidité prennent effet, selon le cas.

X _____
Signature du représentant cocher si stagiaire

X _____
Signature du superviseur (au Québec seulement)

X _____
Date (aaaa-mm-jj)

À remettre au preneur si les conditions s'appliquent.



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

Avis relatif au MIB, Inc. - À remettre au preneur

Les renseignements relatifs à l'assurabilité de la personne à assurer seront traités en toute confidentialité par Desjardins Assurances, ses réassureurs ainsi que le MIB, Inc. Cet organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance permet l'échange de renseignements entre ses membres. Si vous présentez une demande d'assurance de personnes ou si vous faites une demande de prestations pour un assuré auprès d'une autre compagnie membre du MIB, Inc., ce dernier lui fournira, à sa demande, les renseignements qu'il détient sur cette personne.

Le MIB, Inc. reçoit des renseignements personnels dont la collecte, l'utilisation et la divulgation sont régies par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE) et les lois provinciales. Par conséquent, le MIB, Inc. consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne nettement sur les pratiques de Desjardins Assurances en matière de respect de la vie privée et de protection des renseignements personnels et qui se conforme aux lois applicables. Ayant son siège social aux États-Unis, le MIB, Inc. est aussi lié par les lois des États-Unis en matière de divulgation des renseignements personnels. Si vous avez des questions sur l'engagement du MIB, Inc. à assurer la confidentialité des renseignements personnels d'un assuré, vous pouvez joindre son Service de protection de la vie privée à l'adresse privacy@mib.com.

À la réception d'une demande d'un assuré, le MIB, Inc. lui communiquera tous les renseignements contenus dans son dossier. Tout assuré peut communiquer avec le MIB, Inc. en composant le **416 597-0590**. Si un assuré remet en question l'exactitude de ces renseignements, il pourra demander leur correction conformément aux procédures figurant sur le site du MIB, Inc., à l'adresse www.mib.com (en anglais seulement). Tout assuré peut aussi écrire au bureau des renseignements du MIB, Inc. au **330 University Avenue, Suite 501, Toronto, Ontario, M5G 1R7**.

Par ailleurs, Desjardins Assurances ou ses réassureurs peuvent également transmettre des renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance de personnes auxquelles une personne aurait demandé une assurance de personnes ou présenté une demande de prestations. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements supplémentaires sur le MIB, Inc. en visitant le site www.mib.com.

Gestion des renseignements personnels

Desjardins Assurances traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle possède sur vous. Desjardins Assurances conserve ces renseignements dans un dossier afin de vous faire bénéficier des différents services financiers (assurances, rentes, crédit, etc.) qu'elle offre. Ces renseignements ne sont consultés que par les employés de Desjardins Assurances qui en ont besoin pour leur travail.

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez aussi y faire corriger des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus ou inutiles. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Responsable de la protection des renseignements personnels, Desjardins Assurances, compagnie d'assurance vie, 200, rue des Commandeurs, Lévis (Québec) G6V 6R2.

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 transférés dans un autre pays et qu'ils soient soumis aux lois de ce pays. Il est possible d'obtenir de l'information concernant les politiques et pratiques de Desjardins Assurances en matière de transfert de renseignements personnels à l'extérieur du Canada en visitant le site Web de Desjardins Assurances, à l'adresse www.desjardinsassurancevie.com, ou en transmettant une demande à cette fin au Responsable de la protection des renseignements personnels de Desjardins Assurances, à l'adresse indiquée précédemment. Le Responsable de la protection des renseignements personnels de Desjardins Assurances pourra également répondre à vos questions concernant le transfert de renseignements personnels à des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada.

Le paragraphe qui suit ne s'applique que si le présent formulaire est soumis par un représentant de Desjardins Assurances ou un représentant affilié à Desjardins Assurances.

Desjardins Assurances peut utiliser la liste de ses clients pour les informer de ses promotions ou leur offrir un nouveau produit. Desjardins Assurances peut aussi donner cette liste à une autre entité du Mouvement Desjardins pour qu'elle s'en serve aux mêmes fins. Si vous ne voulez pas recevoir de telles offres, vous avez le droit de faire rayer votre nom de cette liste. Vous devez alors envoyer une demande écrite au Responsable de la protection des renseignements personnels chez Desjardins Assurances.



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



Cette page doit être remplie seulement si le mode de signature de la proposition électronique est « papier ».

Déclarations et autorisations

- Le preneur et les personnes à assurer déclarent que toutes les réponses figurant dans la présente proposition, ou dans tout autre questionnaire ou formulaire s'y rapportant, sont véridiques et complètes, à leur connaissance. Il en va de même pour toute entrevue téléphonique ou autre relative aux déclarations d'assurabilité. Ils acceptent que Desjardins Assurances se serve de toutes ces réponses et déclarations comme base à l'établissement du ou des contrats.
- Le preneur et les personnes à assurer s'engagent à aviser Desjardins Assurances de tout changement dans les conditions d'assurabilité des personnes à assurer avant la formation du contrat. Par « condition d'assurabilité », on entend toute situation qui peut influencer la décision de Desjardins Assurances, comme un changement dans l'état de santé, l'emploi, les habitudes de vie ou de consommation de tabac, un accident, une consultation, un examen ou un traitement par un professionnel de la santé, une recommandation de prendre un rendez-vous médical 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 qui n'a pas encore eu lieu, une infraction au Code de la sécurité routière ou autres lois similaires, une infraction au Code criminel, un voyage à l'étranger ou la pratique de sports dangereux.
- Chaque personne à assurer consent à ce que l'assurance soit établie sur sa personne.
- Le preneur reconnaît :
 - que le produit lui a été bien décrit et que la nature de la ou des protections choisies lui a été bien précisée;
 - que les exclusions applicables à cette ou ces protections lui ont été clairement expliquées;
 - qu'il a reçu ou s'est vu présenter l'illustration expliquant les valeurs et les caractéristiques des protections choisies;
 - 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;
 - qu'il s'engage à fournir à Desjardins Assurances le ou les renseignements manquants à sa « Déclaration de résidence aux fins de l'impôt » dans un délai de 90 jours;
 - qu'il s'engage à fournir à Desjardins Assurances le ou les numéros d'entreprise ou de fiducie manquants dans un délai de 90 jours;
 - que le représentant lui a fait part des informations suivantes ou qu'il les lui a communiquées par écrit : le nom de la ou des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il transige, 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 des avantages non pécuniaires tels que des incitatifs sous forme de voyages.
- Le preneur et les personnes à assurer reconnaissent :
 - que toute déclaration inexacte, y compris celle relative à l'usage du tabac, peut entraîner l'annulation du contrat;
 - qu'ils ont lu la **section N - Gestion des renseignements personnels** et qu'ils en ont reçu une copie.
- Le preneur et toutes les personnes à assurer ont lu la présente section avant de la signer.
- En signant ci-dessous, chaque personne ayant demandé une couverture temporaire et y étant admissible déclare avoir lu la Note de couverture provisoire en cas de décès ou la Note de couverture provisoire en cas de maladie grave, selon le cas, et comprendre les conditions stipulées dans cette note. De plus, chaque personne à assurer déclare ne pas être concernée par les exclusions ou conditions mentionnées dans cette note.
- En signant ci-dessous, chaque personne ayant demandé une couverture conditionnelle et y étant admissible déclare avoir lu la Note de couverture conditionnelle en cas d'invalidité et comprendre les conditions stipulées dans cette note. De plus, chaque personne à assurer déclare ne pas être concernée par les exclusions ou conditions mentionnées dans cette note.

Remarque : Si le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité :

- la personne autorisée à signer pour le preneur doit indiquer son nom et son titre à droite, ci-dessous, et apposer sa signature à la ligne « Signature du preneur »;
- le Formulaire complémentaire de vérification d'identité (08295F) doit être rempli pour tous les contrats d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne, et les documents qui sont demandés dans ce formulaire doivent être joints à la proposition.

Cochez si :

X

Nom (en lettres majuscules) et signature

- Assuré
 Preneur

- Tuteur pour enfant de moins de 18 ans (au Québec)
 Enfant de 14 ans à 17 ans (au Québec)
 Représentant légal pour enfant de moins de 16 ans (provinces autres que le Québec)

X

Nom (en lettres majuscules) et signature

- Assuré
 Preneur

- Tuteur pour enfant de moins de 18 ans (au Québec)
 Enfant de 14 ans à 17 ans (au Québec)
 Représentant légal pour enfant de moins de 16 ans (provinces autres que le Québec)

X

Nom (en lettres majuscules) et signature

- Assuré
 Preneur

- Tuteur pour enfant de moins de 18 ans (au Québec)
 Enfant de 14 ans à 17 ans (au Québec)
 Représentant légal pour enfant de moins de 16 ans (provinces autres que le Québec)

X

Nom (en lettres majuscules) et signature

- Assuré
 Preneur

- Tuteur pour enfant de moins de 18 ans (au Québec)
 Enfant de 14 ans à 17 ans (au Québec)
 Représentant légal pour enfant de moins de 16 ans (provinces autres que le Québec)

X

Nom (en lettres majuscules) et signature

- Assuré
 Preneur

- Tuteur pour enfant de moins de 18 ans (au Québec)
 Enfant de 14 ans à 17 ans (au Québec)
 Représentant légal pour enfant de moins de 16 ans (provinces autres que le Québec)

X

Si le preneur est une personne morale, une fiducie ou une autre entité, inscrire le nom et le titre de la personne qui est autorisée à signer en son nom.

X

Signature de la personne autorisée à signer au nom du preneur

X

Date (aaaa-mm-jj)

X

Signé à (ville, province)

Accord relatif au débit préautorisé (DPA)

Le titulaire de compte autorise Desjardins Assurances à effectuer des débits préautorisés (DPA) dans son compte à l'institution financière désignée et selon la période et les montants indiqués à la section **Paiement et prime – Débit préautorisé (DPA)** de la proposition. De plus, il reconnaît avoir lu les conditions relatives au DPA à la section **Paiement et prime – Débit préautorisé (DPA)** de la proposition et il comprend que, dans la mesure du possible, il recevra une copie de l'autorisation signée. Il renonce à toute autre confirmation avant le premier paiement.

X

Nom (en lettres majuscules) et signature du titulaire du compte

X

Date (aaaa-mm-jj)

X

Nom (en lettres majuscules) et signature du second titulaire (s'il s'agit d'un compte pour lequel deux signatures sont requises)

X

Date (aaaa-mm-jj)




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

 Cette page doit être remplie seulement si le mode de signature de la proposition électronique est « papier ».

Déclaration du représentant

Le représentant déclare :

1. que le preneur 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 personnellement vu les personnes à assurer ainsi que l'original du document d'identification présenté par le preneur;
3. qu'il a fait part au preneur des informations suivantes ou qu'il les lui a communiquées par écrit : le nom de la ou des sociétés d'assurance de personnes avec lesquelles il transige, 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 des avantages non pécuniaires tels que des incitatifs sous forme de voyages;
4. qu'il a déclaré par écrit au preneur tout conflit d'intérêts relatif à cette proposition;
5. 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 fiducie ou une autre entité (pour les contrats d'assurance vie avec valeurs de rachat ou une composante épargne).

 **X** _____
Nom (en lettres majuscules) et signature du représentant

X _____
Code du représentant

X _____
Date (aaaa-mm-jj)

X _____
Québec seulement : Nom (en lettres majuscules) et signature du superviseur, si requis

X _____
Date (aaaa-mm-jj)



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

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	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	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	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	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	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	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.**



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

Consentement particulier (suite)

A - 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.

B - Catégories de renseignements nécessaires à être communiqués

Personnels : notamment prénom et nom, date de naissance, sexe, adresse, numéro de téléphone, occupation.

Financiers : notamment revenu personnel et familial, personnes à charge, autres assurances et rentes en vigueur, placements, bilan financier, si entreprise : actif et passif.

C - Modèle de révocation du consentement particulier

Prénom et nom (en lettres majuscules)	Numéro de contrat		
Adresse	Date de naissance		
Ville	Province	Code postal	Numéro de téléphone

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 : _____
(aaaa-mm-jj)

Par la présente, je soussigné, _____, vous avise que j'annule le
Prénom et nom du preneur ou de la personne assurée
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)

Signature du preneur ou de la personne assurée **X**



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