

Distribué par :



Envoyer la demande remplie à :  
**Groupe DCB**  
 1010, de la Gauchetière Ouest,  
 bureau 1350  
 Montréal, Québec  
 H3B 2N2

Assuré par :



Section A RENSEIGNEMENTS PERSONNELS	1. Nom de la personne à assurer : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Dr <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____			
	Prénom	Second prénom	Nom	Nom de jeune fille, s'il y a lieu
	2. Adresse résidentielle :			
	Rue, app./bureau	Ville	Province	Code postal
	3. Date de naissance :	4. Lieu de naissance :	5. Sexe	6. Citoyenneté
	____/____/____ Jour Mois Année		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Canadienne <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : _____
	7. Téléphone :		8. Adresse courriel :	
	Maison	Travail		
	9. Employeur :			
	10. Fonctions/responsabilités :			
11. Revenu annuel moyen :			12. Valeur nette totale estimée :	

Section B RENSEIGNEMENTS SUR LE DÉTENTEUR	1. Nom du détenteur, si différent de la personne à assurer :			
	2. Adresse :			
	Rue, app./bureau	Ville	Province	Code postal
3. Relation avec la personne à assurer :				

Section C RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE	Nom du bénéficiaire	Type	Relation avec la personne à assurer	Part en %	État*
		<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Éventuel			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
		<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Éventuel			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
		<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Éventuel			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
		<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Éventuel			<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
	*Le bénéficiaire sera révocable à moins d'avis contraire. Au Québec, la désignation de la personne à laquelle vous êtes marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire, dans un écrit autre qu'un testament, est irrévocable, à moins d'avis contraire.				

<b>Section D</b>  RENSEIGNEMENTS SUR LE RÉGIME	1. Somme assurée (minimum 50 000 \$, maximum 500 000 \$) : _____ \$
	2. Avenant de remboursement de prime : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	3. Prime mensuelle : _____ \$ * La prime n'est pas garantie. La police d'assurance prévoit une clause de modification de prime.

<b>Section E</b>  INFORMATION GÉNÉRALE à remplir par la personne à assurer	1. Avez-vous une assurance-vie en vigueur ou en attente de l'être (comprend les assurances individuelles, de groupe, hypothécaires, de créanciers, etc.)? ..... <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span> Si oui, remplir le tableau qui suit :																									
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Nom de la société</th> <th style="width: 15%;">Année d'émission</th> <th style="width: 20%;">Montant de l'assurance-vie</th> <th style="width: 20%;">Objectif</th> <th style="width: 20%;">Montant de la garantie en cas de décès par accident</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">a.</td> <td></td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> Personnel  <input type="checkbox"/> Affaires                             </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">b.</td> <td></td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> Personnel  <input type="checkbox"/> Affaires                             </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">c.</td> <td></td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> Personnel  <input type="checkbox"/> Affaires                             </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">d.</td> <td></td> <td></td> <td> <input type="checkbox"/> Personnel  <input type="checkbox"/> Affaires                             </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Nom de la société	Année d'émission	Montant de l'assurance-vie	Objectif	Montant de la garantie en cas de décès par accident	a.			<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Affaires		b.			<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Affaires		c.			<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Affaires		d.			<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Affaires	
	Nom de la société	Année d'émission	Montant de l'assurance-vie	Objectif	Montant de la garantie en cas de décès par accident																					
	a.			<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Affaires																						
	b.			<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Affaires																						
	c.			<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Affaires																						
	d.			<input type="checkbox"/> Personnel <input type="checkbox"/> Affaires																						
	2. Cette assurance doit-elle remplacer ou modifier toute autre assurance-vie actuelle?..... <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span> Si oui, remplir le formulaire de divulgation de remplacement.																									
	3. Une compagnie d'assurance a-t-elle déjà reporté, annulé ou refusé de vous émettre ou de renouveler, d'évaluer ou de modifier une assurance-vie, assurance-invalidité ou assurance contre les maladies graves, quelle qu'elle soit, sur votre vie? ..... <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>																									
	4. Avez-vous déjà reçu ou fait une demande de pension, de prestation d'invalidité ou d'indemnisation pour un accident ou une maladie, de quelque nature que ce soit, ou avez-vous vu votre prime libérée en vertu d'un contrat d'assurance, quel qu'il soit? ..... <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span>																									
5. Au cours des deux dernières années, avez-vous réalisé des vols (à titre de pilote, d'étudiant pilote ou de membre de l'équipage), effectué des courses de véhicules motorisés, fait du parachute, du deltaplane, de la plongée autonome, du saut en bungee, de l'escalade en montagne, de l'escalade de rocher ou de glace, de l'héliski ou toute autre activité à risque ou prévoyez-vous faire une de ces activités? ..... <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span> Si oui, remplir le ou les questionnaires appropriés.																										
6. a) Avez-vous voyagé à l'extérieur du Canada, des États-Unis ou des Caraïbes au cours des deux dernières années?..... <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span> b) Prévoyez-vous le faire au cours des douze prochains mois?..... <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span> Si oui, préciser les circonstances ci-dessous, y compris les pays visités, la durée des séjours et la raison du déplacement.																										
7. Vous êtes-vous fait confisquer votre permis de conduire ou avez-vous été reconnu coupable de trois (ou plus) infractions relatives à la conduite d'un véhicule au cours des deux dernières années? ... <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span> Si oui, préciser : Numéro de permis de conduire : _____ Province : _____																										
8. Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'un acte criminel, quel qu'il soit? ..... <span style="float: right;">Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></span> Si oui, donner des détails ci-dessous, y compris les dates.																										
<b>IMPORTANT :</b> Fournir des détails pour toute réponse affirmative à une ou plusieurs questions de la section E (se référer au numéro de question) : _____																										



<p>Section F</p> <p>QUESTIONS PORTANT SUR LA SANTÉ (suite)</p>	<p><b>Important :</b> Fournir des détails pour toute réponse affirmative à une ou plusieurs questions de la section F. Se référer au numéro de la question et s'assurer de fournir l'information nécessaire sur les symptômes, le diagnostic, le traitement, le nom du médecin traitant et (ou) l'hôpital, la durée, l'état actuel et le pronostic.</p>
--	---

Section G  
DÉCLARATION  
ET  
AUTORISATION

Je déclare que toute l'information et les déclarations apparaissant sur cette demande ainsi que tout questionnaire ou toute déclaration d'assurabilité faite en lien avec la présente demande sont, à ma connaissance, exacts, complets et véridiques. Je comprends que l'omission de déclaration ou qu'une fausse déclaration d'une circonstance constitutive de risque frappera de nullité la présente assurance (une circonstance constitutive de risque peut influencer l'approbation de la demande par Assurance-Vie ACE INA et comprend, sans s'y limiter, l'information portant sur les habitudes de fumer).

**REMARQUE SUR VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :** L'information demandée sur cette demande et en lien avec celle-ci est exigée par Assurance-Vie ACE INA, ses réassureurs, agents et administrateurs autorisés (« ACE ») à des fins d'assurance, entre autres le traitement de la présente demande et la gestion de la police, si émise, et l'examen de la couverture et des réclamations. ACE montera un dossier de services financiers à ces fins. De temps à autre, ACE voudra utiliser ou divulguer à une autre société membre du groupe de sociétés ACE de l'information pour pouvoir offrir des produits et services supplémentaires. Un tel consentement ou une telle divulgation de renseignements personnels peut être refusée ou retirée en tout temps en écrivant à : Assurance-Vie ACE INA ou en composant le 1-877-534-3655. Pour plus d'information à propos d'ACE et de la protection de la vie privée, veuillez consulter la politique sur la protection de la vie privée d'ACE au [www.ace-ina-canada.com/pdf/Main/Privacy%20Policy.pdf](http://www.ace-ina-canada.com/pdf/Main/Privacy%20Policy.pdf) ou composez le 1-877-534-3655 pour demander d'en recevoir un exemplaire.

Je comprends et reconnais que l'assurance émise à la suite de cette demande prend effet à la date d'entrée en vigueur stipulée dans la police si l'information fournie dans la demande demeure exacte et complète à la date d'émission de la police et si la prime initiale est payée pendant la vie de la personne à assurer et lorsqu'elle est exigible. Je comprends que je disposerai d'une période de dix jours après l'émission de la police pour annuler cette dernière, quelle que soit la raison, et pour recevoir un remboursement complet de toute prime déjà payée.

J'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, établissement clinique ou médical, toute compagnie d'assurance ou autre organisation, institution ou personne ayant des dossiers ou des connaissances sur moi, ma santé ou toute autre information pertinente face à cette demande, à divulguer cette information à ACE ou à l'administrateur autorisé d'ACE, Hunter McCorquodale Inc. Je comprends que le but de la présente autorisation est d'établir mon admissibilité à l'assurance demandée ou à la réclamation des avantages offerts en vertu de ladite assurance. Une photocopie de la présente autorisation sera jugée aussi valide que l'original.

CONVENTION DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (CDP)

Mon chèque annulé est joint à la présente.

J'autorise Assurance-vie ACE INA et l'institution financière désignée à prélever du compte portant le numéro qui figure sur le chèque annulé ci-joint au cours des premiers jours ouvrables de chaque mois la somme de \_\_\_\_\_ \$ correspondant à la prime mensuelle de la couverture SecureLife visée par la présente proposition.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

*Deuxième signature requise pour les comptes conjoints.*

J'ai renoncé à mon préavis d'au moins 10 jours avant mon premier prélèvement. Toutefois, Assurance-vie ACE INA m'enverra un avis écrit indiquant la nouvelle somme de tout nouveau prélèvement au moins 10 jours avant chaque changement de prime et de CDP, sauf en cas de réduction de prime. Je peux révoquer mon autorisation en tout temps, par écrit ou par téléphone, sous réserve d'un préavis de 30 jours. Pour obtenir un exemplaire du formulaire de résiliation, ou pour obtenir des renseignements sur mon droit de résilier ma CDP, je peux communiquer avec mon institution financière ou me rendre au site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca). J'ai droit à certains recours (le cas échéant) si tout prélèvement n'est pas effectué conformément à la présente convention. Par exemple, j'ai le droit de recevoir un remboursement pour tout prélèvement non autorisé ou non conforme à la présente convention. Pour plus de renseignements sur mes recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou me rendre au site [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

Signé à \_\_\_\_\_ en ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_

Signature de la personne à assurer \_\_\_\_\_

Signature du détenteur si différent de la personne à assurer \_\_\_\_\_

Écrire le nom et le titre de la personne signant au nom du détenteur \_\_\_\_\_

## Section H

RAPPORT ET  
DÉCLARATION  
DU  
CONSEILLER  
EN  
ASSURANCE**Directives et informations pour le conseiller en assurance :**

1. Avant de soumettre la présente demande, s'assurer d'avoir répondu à toutes les questions clairement et complètement, que tous les changements sont paraphés **par la personne qui a répondu aux questions** et que la demande est signée et datée.
2. Veuillez **joindre un chèque nul** à la demande remplie. Ne **PAS** exiger un dépôt de prime avec la demande. Les primes seront prélevées par ACE à partir du compte désigné, dès la date d'entrée en vigueur de la couverture. Toutes les polices sont émises sur la base de prélèvements automatiques (PA). Aucun autre moyen de paiement n'est offert.
3. Toutes les dates d'entrée en vigueur de la police commencent le 1<sup>er</sup> du mois et les retraits PA sont effectués le 1<sup>er</sup> du mois.
4. **Une illustration de vente signée doit être jointe à la présente demande.**
5. **NE PAS** demander ou exiger de preuves médicales. Tous les documents seront recueillis par Hunter McCorquodale Inc. On vous informera des documents qui sont nécessaires après l'examen initial.
6. Veuillez informer le demandeur que le souscripteur pourra réaliser une entrevue téléphonique.
7. Si le remplacement est nécessaire, s'assurer que l'énoncé de comparaison est rempli et qu'on respecte les directives provinciales applicables. Un exemplaire de l'énoncé de comparaison doit être joint à la demande. Le non-respect de cette exigence retardera le traitement de la demande.

Nom du conseiller en assurance : \_\_\_\_\_  
(personne/entité à qui les commissions sont payables)

Nom de la personne signant ce rapport, si différent de ci-dessus : \_\_\_\_\_

Coordonnées : Téléphone \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Nom du MGA ou du compte national, s'il y a lieu : \_\_\_\_\_

1. À votre connaissance, une assurance existante sera-t-elle annulée ou modifiée si la présente demande est approuvée?  
 Oui  Non
2. a. Quel est le but de cette assurance?  Personnelle  Affaires  
b. Si pour affaires :  Personne clé  Achat/vente  Couverture  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_
3. Si ce demandeur a été assuré pour la vie ou pour des prestations du vivant par un autre assureur au cours des six derniers mois, veuillez nous informer des documents médicaux qui ont été recueillis ainsi que le nom de l'assureur:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. Y a-t-il d'autres renseignements qui pourraient aider le traitement de la présente demande?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Par la présente:

- Je déclare que les énoncés et les réponses fournis dans la présente demande sont à ma connaissance véridiques, complets et correctement consignés et que je ne suis pas au courant que d'autres documents d'information pourraient être nécessaires à l'évaluation de cette demande.
- Je confirme que je détiens tous les permis et les certificats nécessaires pour négocier la vente de la présente assurance et que je suis couvert par une police valide de protection contre les erreurs et les omissions.
- Je confirme que j'ai communiqué les renseignements suivants à mon client :
  - les compagnies que je représente ;
  - le fait que je peux toucher une rémunération (telle une commission) pour la vente de produits de compagnies d'assurance-vie ;
  - le fait que je peux recevoir une rémunération additionnelle sous la forme d'un boni, de la participation à un congrès ou d'un autre incitatif ; et
  - le fait qu'il n'existe aucun conflit d'intérêt en ce qui a trait à la transaction de vente envisagée auprès de Assurance-vie ACE INA, et que mes recommandations générales tiennent compte des besoins en assurance du client, de mon analyse et de mon évaluation de ces besoins.

Signé à \_\_\_\_\_ en ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Signature du conseiller en assurance autorisé : \_\_\_\_\_