

## Renseignements généraux

Police n° \_\_\_\_\_

### 1 Personne à assurer

M.  M<sup>me</sup>  M<sup>lle</sup>  D<sup>r</sup>

Prénom		Initiale du second prénom	Nom de famille
Document d'identification <sup>†</sup>	Numéro du document d'identification <sup>†</sup>	Date d'expiration du document (JJ/MM/AAAA)	Autorité émettrice et pays

<sup>†</sup> Veuillez exiger l'original d'une pièce d'identité valide avec photo émise par le gouvernement : passeport, carte santé provinciale (sauf de l'Alberta, de l'Île-du-Prince-Édouard, de l'Ontario et du Manitoba), permis de conduire ou carte de majorité.

- 2 Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe à la naissance :  Masculin  Féminin Catégorie :  Fumeur  Non-fumeur  
(JJ/MM/AAAA)  
 Pays et province de naissance : \_\_\_\_\_ N.A.S. : \_\_\_\_\_ (facultatif)  
 Votre taille : \_\_\_\_\_ pieds \_\_\_\_\_ pouces **ou** \_\_\_\_\_ centimètres Votre poids : \_\_\_\_\_ lb **ou** \_\_\_\_\_ kilogrammes

### 3 Adresse résidentielle actuelle : (numéro et rue)

\_\_\_\_\_ App./bur. : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Téléphone – domicile : \_\_\_\_\_ Cellulaire : \_\_\_\_\_ Téléphone – bureau : \_\_\_\_\_

- 4 a) Êtes-vous citoyen(ne) canadien(ne) ou résident(e) permanent(e) [immigrant(e) reçu(e)]? .....  Oui  Non  
 Dans la **négative**, veuillez indiquer :  
 i) Nombre d'années/de mois au Canada : \_\_\_\_\_ années \_\_\_\_\_ mois  
 ii) Date d'expiration de votre VISA : \_\_\_\_\_ (MM/AAAA)  
 iii) Votre statut légal :  Aide-soignant  Permis de travail (autre que travailleur saisonnier)  Travailleur qualifié  
 Permis de travail post-diplôme  Candidat de province  
 b) Êtes-vous résident(e) canadien(ne) aux fins de l'impôt sur le revenu? .....  Oui  Non

### 5 Propriétaire de la police

Le propriétaire de la police est la personne à assurer et a au moins 18 ans.

- 6 a) Je comprends la langue de rédaction de la présente proposition : .....  Oui  Non  
 Dans la **négative**, les détails de la présente proposition vous ont-ils été entièrement expliqués dans votre langue de préférence et les avez-vous entièrement compris? .....  Oui  Non  
 b) Dans quelle langue désirez-vous recevoir les documents connexes?  Français  Anglais  
 c) L'assurance demandée vient-elle remplacer une police d'assurance vie en vigueur? .....  Oui  Non  
 Dans l'affirmative, veuillez joindre le formulaire Remplacement/Déclaration de divulgation dûment rempli et le Préavis de remplacement d'un contrat d'assurance de personnes (le cas échéant) et remplir le tableau ci-dessous :

COMPAGNIE	NUMÉRO DE POLICE	CAPITAL ASSURÉ	TYPE D'ASSURANCE	REPLACE
		\$		
		\$		
		\$		
		\$		

## 7 Bénéficiaire

Si plus d'un bénéficiaire primaire est désigné, la répartition des sommes dues se fera en parts égales, à moins d'indication contraire (cela s'applique également aux bénéficiaires subsidiaires).

### Bénéficiaires primaires/subsidiaires :

- Tous les bénéficiaires sont réputés primaires à moins d'indication contraire.
- Si tous les bénéficiaires primaires précèdent la personne à assurer, les sommes dues sont payables aux bénéficiaires subsidiaires, le cas échéant, sinon au propriétaire ou à sa succession.
- Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les sommes dues sont payables au propriétaire ou à sa succession, s'il est décédé.

### Bénéficiaires irrévocables/révocables :

- Pour les propositions signées au Québec, la désignation du conjoint (par mariage ou union civile) du propriétaire comme bénéficiaire est irrévocable, à moins d'indication contraire.
- Toutes les autres désignations de bénéficiaire au Québec, et toutes les désignations de bénéficiaire pour les polices établies ailleurs au Canada, sont révocables, à moins d'indication contraire.
- La désignation d'un bénéficiaire à titre irrévocable vous enlève une part substantielle de liberté d'action en ce qui a trait à la police. Lorsqu'un bénéficiaire irrévocable est désigné, son consentement est exigé pour les transactions touchant la police (sauf certaines exceptions au Québec).
- Si une personne mineure est désignée bénéficiaire irrévocable, il est recommandé de désigner un fiduciaire pour éviter une consignation au tribunal (ne s'applique pas au Québec).

PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE	DATE DE NAISSANCE (JJ/MM/AAAA)	COCHEZ UN CHOIX	COCHEZ UN CHOIX	QUOTE-PART %	LIEN AVEC LA PERSONNE À ASSURER
		<input type="radio"/> Primaire <input type="radio"/> Subsidiaire*	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable		
		<input type="radio"/> Primaire <input type="radio"/> Subsidiaire*	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable		
		<input type="radio"/> Primaire <input type="radio"/> Subsidiaire*	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable		
		<input type="radio"/> Primaire <input type="radio"/> Subsidiaire*	<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable		

\*Une désignation de bénéficiaire subsidiaire est toujours révocable.

En cas de désignation d'une personne mineure, indiquez le nom du fiduciaire et son lien avec la personne à assurer (Ne s'applique pas au Québec) :

Prénom	Nom de famille	Lien avec la personne à assurer

## 8 Couverture d'assurance

RÉGIME	ÂGE À L'ÉTABLISSEMENT	CAPITAL ASSURÉ	PRIME MENSUELLE
<input type="checkbox"/> <b>prospérité à établissement garanti</b> Capital-décès : Années 1 et 2 : Remboursement des primes À partir de l'année 3 : Capital assuré intégral	18-80	10 000 \$	\$

RÉGIME	ÂGE À L'ÉTABLISSEMENT	CAPITAL ASSURÉ MINIMUM	CAPITAL ASSURÉ MAXIMUM	CAPITAL ASSURÉ DEMANDÉ	PRIME MENSUELLE
<input type="checkbox"/> <b>prospérité à établissement simplifié</b> Capital-décès : Années 1 et 2 : Remboursement des primes À partir de l'année 3 : Capital assuré intégral	18-80	10 000 \$	50 000 \$	\$	\$

## 9 Renseignements sur le paiement

**Type de paiement :** Débit préautorisé mensuel (DPA). La prime initiale doit être payée par retrait DPA.

La date de retrait correspondra à la date d'effet de la police.

Si vous préférez une autre date, veuillez indiquer un jour entre le 1<sup>er</sup> et le 28 seulement : \_\_\_\_\_

a) **Options de paiement :**

Utiliser de nouvelles coordonnées bancaires pour les débits préautorisés mensuels

Coordonnées bancaires :

Numéro de transit	Numéro de l'institution financière	Numéro de compte

Utiliser le compte DPA déjà rattaché à la police d'ivari n° \_\_\_\_\_

b) Le payeur est :  la personne assurée/le propriétaire  le bénéficiaire  autre

Si « **autre** » est sélectionné, veuillez fournir les renseignements suivants sur le payeur :

Prénom \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Date de naissance : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

Nom de la société (*le cas échéant*) : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Lien avec la personne assurée : \_\_\_\_\_

## 10 Établissement garanti, Établissement simplifié – Questions sur l'admissibilité

Les réponses aux questions doivent être honnêtes et sincères. Toute fausse déclaration pourrait rendre le contrat nul et non avenu.

Au cours des 12 derniers mois :

- a) Avez-vous fumé ou fait usage de cigarettes, cigares, pipe, tabac à mâcher, chicha/narguilé (pipe à eau), cigarillos (petits cigares), cigarette électronique (vapotage), timbres de nicotine, gomme Nicorette, tabac à priser, noix de bétel? .....  Oui  Non
- b) Avez-vous fait usage de marijuana ou de produits du cannabis ou de cannabinoïdes plus de deux fois par semaine? .....  Oui  Non

Désirez-vous répondre aux questions sur l'admissibilité au régime à établissement simplifié? .....  Oui  Non

Dans la négative, vous ne serez admissible qu'au régime prospérité à établissement garanti.

### 10.1 Situation actuelle :

- a) Vivez-vous actuellement en résidence assistée ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée ou avez-vous besoin d'aide pour accomplir les activités de la vie quotidienne, comme vous laver, vous habiller, vous alimenter, aller aux toilettes ou vous lever? .....  Oui  Non
- b) Avez-vous été hospitalisé pendant plus de 48 heures au cours de la dernière année? .....  Oui  Non
- c) Un médecin vous a-t-il recommandé d'avoir, ou êtes-vous en attente d'avoir, une chirurgie, une consultation de suivi ou investigation ou une greffe d'organe? .....  Oui  Non
- d) Un membre de votre famille (père, mère, frère ou sœur, vivant ou décédé) a-t-il reçu un diagnostic de maladie polykystique des reins, de maladie de Huntington, du syndrome de Lynch ou de cancer héréditaire du côlon sans polypose (CHCSP)? .....  Oui  Non
- e) Consommez-vous en moyenne plus de trois boissons alcoolisées par jour, avez-vous déjà fait usage de drogues (excluant les médicaments en vente libre) autres que celles prescrites par un médecin, vous a-t-on conseillé de recevoir des traitements ou des services de counseling pour abus d'alcool ou de drogues ou avez-vous été admis en établissement dans un programme pour les dépendances (à l'exclusion des rencontres régulières des AA ou de toutes autres rencontres de soutien aux toxicomanes)? .....  Oui  Non

### 10.2 Au cours des trois (3) dernières années, vous a-t-on :

- a) référé à un oncologue (spécialiste du cancer), un néphrologue (spécialiste des reins) ou un cardiologue (spécialiste du cœur) ou avez-vous consulté un médecin pour un traitement ou un contrôle de votre diabète (insuline ou médicament)? .....  Oui  Non
- b) traité pour anxiété, dépression, trouble de stress post-traumatique (TSPT), trouble bipolaire, schizophrénie, tentative de suicide ou tout trouble psychologique qui a nécessité une hospitalisation ou pour lequel vous avez quotidiennement pris des médicaments pendant plus de 30 jours? .....  Oui  Non
- c) dit que vous aviez une maladie en phase terminale ou que votre proposition d'assurance était refusée? .....  Oui  Non

### 10.3 Au cours des dix (10) dernières années, vous a-t-on :

- a) dit que vous aviez, ou avez-vous été traité pour, un cancer ou un cancer métastatique ou récidivant (à l'exclusion du carcinome basocellulaire), une tumeur maligne, un lymphome malin ou une leucémie? .....  Oui  Non

### 10.4 Au cours de votre vie, avez-vous reçu un diagnostic et/ou été traité pour l'une ou l'autre des affections suivantes :

- a) Insuffisance cardiaque, cardiomyopathie (cœur hypertrophié), crise cardiaque, chirurgie cardiaque (intervention de pontage aorto-coronarien par greffe, insertion d'endoprothèse, chirurgie de remplacement ou de réparation valvulaire, angioplastie), angine, accident vasculaire cérébral, rythme cardiaque irrégulier nécessitant l'insertion d'un stimulateur cardiaque (pacemaker), plus d'un accident ischémique transitoire (AIT), diabète de type 1 ou diabète traité à l'insuline, maladie chronique du foie, maladie rénale chronique ou hépatite C? .....  Oui  Non
- b) Virus de l'immunodéficience (VIH); syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA); complexe lié au sida ou test positif au VIH? .....  Oui  Non
- c) Fibrose kystique, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou toute affection pulmonaire chronique (autre que l'asthme) nécessitant des médicaments quotidiens et/ou de l'oxygène? .....  Oui  Non
- d) Dystrophie musculaire, dystrophie myotonique ou sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig ou SLA), chorée de Huntington, maladie d'Alzheimer, démence ou tout autre trouble neurologique? .....  Oui  Non

### 10.5 Au cours de votre vie, avez-vous :

- a) été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou avez-vous des accusations criminelles en instance, y compris la conduite avec facultés affaiblies (CFA)? Nul besoin d'indiquer une accusation pour CFA intervenue une seule fois si elle date de plus d'un an. ....  Oui  Non

## Attestation et autorisation du proposant

En tant que proposant indiqué dans la présente proposition d'assurance (ci-après « personne à assurer »), je reconnais avoir passé en revue toutes les conditions de l'assurance demandée avec mon conseiller en assurance indépendant et avoir reçu des explications satisfaisantes.

### Déclaration

Je déclare avoir lu toutes les questions posées et toutes les réponses données dans la présente proposition et en avoir compris le sens et l'importance. **Autant que je sache, les déclarations faites et les réponses données dans la présente proposition sont véridiques, complètes et inscrites correctement.**

### CONFIRMATION ET ACCEPTATION

Je reconnais et conviens que :

- La présente proposition comprend les pages 1 à 8, tout supplément y afférent (s'il y a lieu), et toute autre déclaration soumise dans le cadre de la présente demande d'assurance. Tous ces renseignements constitueront la base de toute police/couverture établie.
- La présente proposition ne comprend aucune entente d'assurance provisoire.
- Tout renseignement obtenu par un représentant d'*ivari* ne peut engager celle-ci, à moins qu'il ne soit énoncé par écrit dans la présente proposition.
- La police établie conformément à la présente proposition ne prend effet que si toutes les conditions suivantes sont remplies :
  - le montant intégral de la première prime est versé à *ivari* du vivant de la personne à assurer en vertu de la police;
  - la police est délivrée au propriétaire du vivant de la personne à assurer en vertu de la police;
  - toutes les déclarations faites et réponses données dans la présente proposition continuent d'être véridiques et complètes à la date de délivrance de la police; et
  - l'assurabilité de la personne à assurer n'a pas changé entre la date à laquelle la proposition est remplie et la date à laquelle la police est délivrée au propriétaire.
- Seuls le président conjointement avec un vice-président ou le secrétaire d'*ivari* ont le pouvoir d'engager celle-ci ou d'effectuer quelque changement que ce soit à la présente proposition ou à toute police établie. *ivari* n'est liée par aucune promesse ni déclaration faite par toute autre personne. Aucun conseiller ni distributeur n'est autorisé à annuler ou à modifier l'une ou l'autre des conditions de la présente proposition ou de toute police établie. Toutefois, *ivari* peut apporter certains changements à la présente proposition, comme il est indiqué dans votre police. L'acceptation de la police par le propriétaire constitue l'approbation de ses conditions et la ratification de tout ajout, tout intercalaire ou toute modification.
- Si la réponse à toute question dans la présente proposition est inexacte ou omise ou s'il y a fausse déclaration sur des faits importants ou déclaration frauduleuse, toute police établie sur la foi de la présente proposition peut être déclarée nulle et non avenue.
- Toutes les primes doivent être payables à *ivari*.
- J'accuse réception et je comprends pleinement le contenu de la section intitulée Divulgence de rémunération, lorsqu'il y a lieu.

En cochant ici, vous déclarez avoir lu et pris connaissance du contenu des **Avis de divulgation** et de **l'Attestation et autorisation du proposant**.

Fait à (ville) \_\_\_\_\_ dans la province de \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

(JJ/MM/AAAA)



Signature de la **PERSONNE À ASSURER**/du **PROPRIÉTAIRE**



Témoin de la signature

### AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

J'ai lu et je comprends pleinement le contenu de l'Avis relatif aux rapports d'enquête et à la collecte de renseignements et de l'Avis relatif à la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels (appelés collectivement « les avis ») et je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par *ivari* et par les sociétés qui y sont affiliées de mes renseignements personnels aux fins déterminées dans ces avis et j'en prends acte. Je consens également à ce que mes renseignements soient communiqués aux tiers administrateurs, tel qu'il est décrit dans les avis.

**Pour les besoins d'évaluation de ma proposition d'assurance, de prestation de services à l'égard de ma police, de la conduite d'enquêtes et de l'analyse de toute demande de règlement,** j'autorise et j'enjoins tout médecin, praticien de la médecine, hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou établissement lié aux soins médicaux, toute compagnie d'assurance, ou toute autre organisation, institution, association ou personne identifiée dans les avis ayant ou pouvant éventuellement avoir en sa possession des renseignements sur moi ou sur ma santé, à divulguer à *ivari*, à ses représentants autorisés et à ses réassureurs, sur demande d'*ivari*, tous renseignements aux fins énoncées dans les avis.

J'atteste que les renseignements fournis dans la présente proposition sont véridiques et complets et m'engage à aviser immédiatement *ivari* de toute erreur, toute omission ou tout changement y afférent. En tant que propriétaire de la police, je reconnais que j'ai l'obligation en vertu de la *Loi de l'impôt sur le revenu* d'aviser *ivari* de tout changement de mon statut de résidence aux fins de l'impôt. Je reconnais également que les renseignements contenus dans la présente proposition sur ma police, mon contrat ou mon compte peuvent être transmis à l'Agence du revenu du Canada (ARC).

**Une photocopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.**

### AUTORISATIONS FACULTATIVES

Je consens à recevoir des communications promotionnelles d'*ivari* par courriel, par message texte ou par toute autre voie électronique et je l'autorise à divulguer mes renseignements personnels (tel qu'il est décrit dans les Avis de divulgation) aux prestataires des services de marketing.

Oui  Non

En fournissant mon adresse électronique, j'accepte qu'*ivari* utilise mon courriel pour m'accorder l'accès au portail réservé à ses clients et où je peux consulter les renseignements sur ma police, le cas échéant.

Adresse électronique du propriétaire :

J'autorise *ivari* à communiquer mes renseignements personnels (tel qu'il est décrit dans les Avis de divulgation) à la société Everest pour que je puisse me prévaloir du Service personnalisé de planification funéraire offert par cette dernière.  Oui  Non

Vous pouvez retirer votre consentement en tout temps en communiquant avec *ivari* comme suit : 500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8. Téléphone : 1-800-846-5970 ou Télécopieur : 1-877-767-0477 (ou 416-883-5520).

## Autorisation du client relative aux débits préautorisés (DPA)

J'autorise *ivari* à effectuer les prélèvements automatiques à partir de mon compte bancaire auprès de l'institution financière indiquée dans la proposition, et ce, aux fins du paiement des primes d'assurance exigibles à la date à laquelle la présente autorisation est signée ou ultérieurement. Si la banque ou l'institution financière n'honore pas un prélèvement à la première présentation, *ivari* peut faire une deuxième tentative dans les 5 jours qui suivent. Tous les prélèvements automatiques uniques seront traités comme des retraits personnels, tels qu'ils sont définis dans la Règle H-1 de l'Association canadiennes des paiements. Cette entente peut être résiliée en tout temps par moi ou *ivari* sur préavis écrit de 10 jours. Je reconnais que la révocation de la présente autorisation peut entraîner la perte de ma couverture d'assurance, à moins qu'*ivari* ne reçoive le paiement par un autre moyen. Tout remboursement de prime dans le cadre de la présente autorisation se fera en faveur du propriétaire de la police.

J'atteste que toutes les signatures requises pour l'autorisation des prélèvements sont incluses dans la présente autorisation. J'autorise également l'institution financière à traiter ces prélèvements comme étant directement autorisés par moi. Je comprends et j'accepte toutes les conditions imprimées à la page suivante, que mon conseiller a passé en revue avec moi.

Je demande par la présente à *ivari* de procéder selon les instructions fournies à la partie a) Options de paiement sous la section 9 de la proposition intitulée « Renseignements sur le paiement ». La date de retrait pour la prime initiale/les DPA sera la date d'effet de la police.

Date de signature : (JJ/MM/AAAA) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nom du payeur sur les relevés bancaires

Signer  
ici

\_\_\_\_\_  
Signature du payeur

Signer  
ici

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne à assurer/du propriétaire, si ce n'est pas le payeur

---

**Conditions de participation au programme de débits préautorisés (DPA)**

---

**DATE D'EFFET**

**Je reconnais et conviens** que l'autorisation dûment remplie sur la page précédente prendra effet, à l'égard de la police demandée, à la dernière des dates suivantes à survenir :

- a) la date à laquelle l'autorisation est reçue au siège social d'*ivari*;
- b) la date à laquelle le montant intégral de la première prime de la police parvient au siège social d'*ivari*; et
- c) la date à laquelle la police objet de la proposition est pleinement mise en vigueur par *ivari*.

**CONDITIONS GÉNÉRALES**

**Je reconnais et j'accepte** également toutes les conditions suivantes :

- a) J'atteste que tous les renseignements fournis relativement au compte DPA sont exacts. Je fournirai à *ivari* un nouveau spécimen de chèque préimprimé en cas de changement du compte DPA.
- b) Le montant à retirer du compte DPA est le total de tous les montants requis pour acquitter les primes de la police.
- c) L'autorisation s'applique à la police.
- d) L'autorisation et toutes ses conditions sont sous réserve de toutes les modalités de la police visée.
- e) Si *ivari* ne reçoit pas un versement de prime dans les délais prévus (en raison, par exemple, du rejet du DPA), elle fera une deuxième tentative dans les 5 jours ouvrables et si le versement n'est toujours pas honoré, ou pour toute autre raison, la police tombera en déchéance et sera frappée de nullité.
- f) Je consens à la divulgation de tout renseignement personnel indiqué dans cette autorisation à l'institution financière désignée par *ivari* dans la mesure requise aux fins énoncées dans cette autorisation et conformément aux conditions y afférentes.

**CESSATION**

L'autorisation ne prend fin qu'à la première des éventualités suivantes à survenir :

- a) un avis écrit de 10 jours est donné à cet effet à l'autre partie soit par moi ou par *ivari*, **ou**
- b) la police à laquelle s'applique l'autorisation n'est plus en vigueur.

L'annulation de l'autorisation n'a aucune incidence sur vos droits aux termes de la police.

Toute annulation de l'entente de DPA ne change rien à l'entente qui existe entre moi et *ivari* en vertu de tout contrat de biens ou de services, du moment que des dispositions pour une autre forme de paiement sont prises. Je suis responsable du maintien de l'entente avec *ivari* et comprends que le fait de ne pas offrir d'autres méthodes de paiement pourrait entraîner la déchéance et la nullité de la police.

**Je peux révoquer l'autorisation en tout temps**, pourvu qu'un avis écrit soit reçu au moins 10 jours avant la date prévue du prochain paiement. Pour obtenir un exemplaire du formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur mon droit d'annuler une entente de DPA, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter **www.cdnpay.ca**. Certains droits de recours existent lorsqu'un débit n'est pas conforme à la présente entente. Par exemple, j'ai le droit au remboursement de tout débit non autorisé ou non conforme à l'autorisation. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou plus d'information sur les droits de recours, je peux contacter mon institution financière ou visiter **www.cdnpay.ca**. De plus, je peux communiquer avec *ivari* à l'adresse ou au numéro de téléphone ci-dessous, pour obtenir des renseignements ou soumettre un recours à l'égard de tout DPA effectué par *ivari*.

*ivari*  
500-5000, rue Yonge  
Toronto (Ontario) M2N 7J8  
Téléphone : 1-800-846-5970

## Avis de divulgation

Merci de votre proposition d'assurance auprès d'*ivari*.

Assurez-vous de lire attentivement la présente proposition et de bien comprendre l'intégralité de son contenu. Sur réception de la proposition, nous évaluerons votre admissibilité en tant que personne à assurer en nous basant sur les renseignements qui y sont fournis. Dès que nous aurons défini le niveau de risque que vous représentez, nous vous aviserons si l'assurance demandée peut être établie. Des questions? Veuillez communiquer avec votre conseiller en assurance indépendant ou nous écrire à : **Services aux clients, ivari, 500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8.**

### AVIS RELATIF AUX RAPPORTS D'ENQUÊTE ET À LA COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS

Dans le cadre de l'analyse de toute demande de règlement, nous pourrions demander un rapport d'enquête ou un rapport de crédit à votre sujet. Ces rapports, le cas échéant, proviendront d'une agence de renseignements sur la consommation, d'une agence d'enquête ou d'une agence d'évaluation du crédit.

Ces renseignements personnels peuvent porter sur votre caractère, votre réputation en général, vos caractéristiques personnelles, vos finances, votre crédit et votre mode de vie. Pour les besoins de l'enquête, il est possible qu'un représentant chargé d'établir de tels rapports communique avec vous en personne ou par téléphone. Pour en savoir plus sur ces rapports, veuillez écrire aux Services aux clients à l'adresse indiquée ci-dessus.

### AVIS RELATIF À LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

*ivari* recueille, utilise et divulgue vos renseignements personnels tel qu'il est décrit dans les sections de la proposition relatives aux rapports d'enquête et dans l'Autorisation de divulgation de renseignements personnels qui se trouve à la page 5. Nous recueillons en outre des renseignements sur vous au moyen de la présente proposition, comme il est décrit dans les sections précitées, et à partir des **sources externes** suivantes :

- Les médecins et autres praticiens et fournisseurs de soins médicaux et de soins de santé; les hôpitaux, les cliniques et autres établissements médicaux; les autres assureurs et réassureurs; les agences de renseignements sur la consommation, d'enquête et d'évaluation du crédit; le bureau des permis et immatriculations de toute juridiction; vos conseillers en assurance indépendants, y compris la section Rapport du conseiller en assurance indépendant de votre proposition.

Les renseignements recueillis auprès des sources précitées sont utilisés dans les **buts suivants** :

- **L'évaluation de votre proposition d'assurance, la prestation de services à l'égard de votre police, la conduite d'enquêtes et l'analyse de toute demande de règlement.** Vos renseignements personnels pourraient être communiqués à votre conseiller en assurance indépendant et aux agences générales déléguées, aux distributeurs et aux intermédiaires de marché et à leurs employés auxquels votre conseiller est associé, aux fins déterminées ci-dessus.

Nous recueillons votre numéro d'assurance sociale (NAS) aux fins de déclaration de revenus auprès de l'Agence de revenu du Canada et Revenu Québec conformément aux lois fédérales et provinciales. Vos renseignements bancaires seront divulgués aux institutions financières responsables du traitement de vos débits préautorisés. Le cas échéant, vos renseignements personnels peuvent être communiqués à vos bénéficiaires relativement à une demande de règlement.

Vos renseignements pourraient être utilisés, consignés et consultés de façon sécurisée dans d'autres pays selon les lois qui y sont applicables. Par exemple, les renseignements pourraient être divulgués en réponse à des demandes émanant de gouvernements, de tribunaux ou d'autorités chargés de l'application des lois de ces pays.

Nous avons établi des rapports contractuels avec des tierces parties pour vous offrir des prestations ou des services facultatifs. Ces prestataires de services ont l'obligation d'assurer la confidentialité des renseignements personnels en conformité avec les pratiques d'*ivari* en matière de protection de la vie privée et de sécurité, avec les lois applicables et avec les besoins pour lesquels ces renseignements ont été recueillies. Nous ne leur communiquerons que votre nom, vos coordonnées et votre couverture d'assurance actuelle. Nous ne divulguerons aucun renseignement d'ordre médical ou financier :

- Il se peut que nous fassions appel à un fournisseur de services de marketing pour communiquer avec vous au sujet d'autres produits et services d'assurance.
- Pour que vous puissiez avoir accès aux services facultatifs d'Everest et vous prévaloir de prestations supplémentaires, vos renseignements personnels seront communiqués et utilisés par Everest et ses sociétés affiliées.

**En signant et en soumettant la présente proposition, vous accordez votre consentement à la collecte, à la divulgation et à l'utilisation de vos renseignements personnels, comme il est décrit plus haut et ailleurs dans la présente proposition.**

Sur réception de votre proposition, *ivari* ouvrira et conservera un dossier contenant vos renseignements personnels, auquel on pourra accéder à partir de son siège social. Votre dossier ne sera accessible qu'aux employés et représentants autorisés d'*ivari* responsables de l'administration de votre dossier, et qu'aux autres personnes autorisées par vous ou par la loi. *ivari* peut, de temps à autre, retenir les services de tierces parties (« tiers administrateurs ») pour l'aider à administrer les polices d'assurance. Ces tiers administrateurs n'utiliseront vos renseignements personnels que dans le cadre de la prestation de services à *ivari*. Cette dernière exige que ces tiers administrateurs assurent la confidentialité des renseignements personnels en conformité avec ses pratiques en matière de protection de la vie privée et de sécurité et avec les lois applicables.

Sous réserve des exceptions prévues par les lois applicables, vous pouvez accéder à votre dossier et demander des rectifications à vos renseignements personnels en soumettant une demande écrite au : Responsable de la protection des renseignements personnels, *ivari*, 500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8. Pour passer en revue notre politique sur la protection de la vie privée, visitez notre site à **ivari.ca**.

Nous avons élaboré des procédures pour protéger vos renseignements personnels. Toutefois, en cas d'accès, de divulgation ou d'utilisation non autorisés, vous pourriez faire face aux risques suivants : vol d'identité, détérioration de votre cote de crédit, perte financière, embarras ou atteinte à votre réputation. Si nous estimons que vous êtes exposé à un risque réel de préjudice grave, nous veillerons à ce que notre Bureau de la protection de la vie privée vous en informe et vous suggère des mesures pour vous en prémunir.

### DIVULGATION DE RÉMUNÉRATION

Le produit d'assurance qui vous est offert est un produit d'*ivari*, une société autorisée à exercer ses activités dans toutes les provinces et tous les territoires du Canada. Le conseiller en assurance indépendant ou le distributeur sollicitant cette proposition d'assurance est dûment autorisé à offrir des produits d'assurance. En tant que représentant d'*ivari*, il sera rémunéré par nous, une fois l'opération effectuée. Le fait de soumettre cette proposition ne vous oblige pas à traiter d'autres affaires avec *ivari*, le conseiller, le distributeur ou toute autre personne ou entité

## Rapport du conseiller en assurance indépendant

1. Avez-vous rempli la proposition en présence du client? .....  Oui  Non
2. L'un des conseillers est-il la personne à assurer/le propriétaire, le payeur ou le bénéficiaire aux termes de la police? . . .  Oui  Non
3. L'un des conseillers a-t-il un lien de parenté\* avec la personne à assurer/le propriétaire, le payeur ou le bénéficiaire?

Veillez préciser : \_\_\_\_\_

\* Il peut s'agir d'un conjoint, d'un parent, d'un grand-parent, d'un frère ou d'une sœur, d'un enfant, d'un petit-enfant ou d'un beau-parent. Il peut également s'agir d'une société dans laquelle vous et/ou un membre de la famille détenez des intérêts.

4. En signant ci-dessous, je reconnais/nous reconnaissons avoir divulgué, lorsqu'il y a lieu, les renseignements suivants au propriétaire de la police à établir dans le cadre de la présente proposition :
  - a) Le nom de la ou des compagnies que je représente (nous représentons).
  - b) Toute rémunération (commissions ou salaire) que je recevrai (nous recevrons).
  - c) Tout conflit d'intérêts que cette transaction pourrait engendrer.
  - d) Ma/Notre conformité au Code d'éthique professionnelle d'*ivari* dans tous les aspects liés à cette souscription d'assurance.
  - e) Le fait que j'ai/nous avons l'autorisation d'exercer dans la province dans laquelle cette proposition a été remplie.
  - f) La nature de mes/nos relations avec la ou les compagnies représentées.
  - g) Son droit, en tant que consommateur, de demander plus d'informations.

Courriel du conseiller : \_\_\_\_\_

**Je déclare/Nous déclarons** par les présentes qu'autant que je sache/nous sachions, les déclarations faites et les réponses données dans la présente proposition sont véridiques, complètes et inscrites correctement et que je ne suis pas/nous ne sommes pas au courant d'informations supplémentaires essentielles à la proposition de la personne à assurer/du propriétaire, sauf tel que précisé dans les remarques du conseiller. J'atteste/Nous attestons avoir vérifié, le cas échéant, l'identité de la personne ayant présenté la proposition en me/nous reportant à des documents originaux valides. Je confirme/Nous confirmons que les renseignements figurant dans les présentes ont été transcrits correctement desdits documents. Je déclare/Nous déclarons avoir pris des mesures raisonnables pour déterminer si la personne à assurer/le propriétaire agit pour le compte d'un tiers.

Fait à (ville) \_\_\_\_\_ dans la province de \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
(JJ/MM/AAAA)

\_\_\_\_\_  
Signature du conseiller

\_\_\_\_\_  
Nom du conseiller

**La personne ayant fait souscrire la présente proposition doit être indiquée ci-dessous en tant que Conseiller 1 ou 2 et DOIT avoir son propre code AP.**

Nom du conseiller (1) : \_\_\_\_\_ Code de conseiller : \_\_\_\_\_ Quote-part : \_\_\_\_\_

Nom du conseiller (2) : \_\_\_\_\_ Code de conseiller : \_\_\_\_\_ Quote-part : \_\_\_\_\_

En cas de partage, qui est le conseiller de service?  Conseiller 1  Conseiller 2



500-5000, rue Yonge, Toronto (Ontario) M2N 7J8 • Téléphone : 1-800-846-5970 • [ivari.ca](http://ivari.ca)