



ASV
ASSURANCE
SPÉCIALITÉ-VIE

Assurance en cas de décès ou de mutilation par accident

Offerte par : Assurance Spécialité Vie

Émise par : Chubb du Canada Compagnie
d'assurance vie (« Chubb Vie »)

SLI-ADDAP-1022-FR

Personne à assurer

Titre M. M^{me} M^{lle} D^r/D^{re} Le révérend père/la révérende mère/soeur

Prénom Initial du 2e prénom Nom de famille

Sexe à la naissance Masculin Féminin

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

Âge d'admissibilité : de 18 ans à 69 ans inclusivement

Adresse municipale Ville Province Code postal

Téléphone résidentiel Téléphone au travail Téléphone mobile

Adresse courriel Emploi

- Je consens à ce qu'Assurance Spécialité Vie et Chubb Vie utilisent ces coordonnées pour me fournir des mises à jour au sujet de ma couverture. Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment.
- Je consens à ce qu'Assurance Spécialité Vie et Chubb Vie me fassent parvenir des renseignements à l'adresse courriel indiquée ci dessus afin de promouvoir des produits et des services offerts par Chubb Vie. Je comprends que je peux retirer mon consentement à tout moment.

Bénéficiaire

Veillez indiquer le pourcentage de la prestation que doit recevoir chaque bénéficiaire indiqué lorsque plusieurs bénéficiaires primaires sont nommés.

Les bénéficiaires (à l'exception d'un conjoint légal aux termes d'une police émise au Québec) sont révocables à moins que vous n'inscriviez le mot « irrévocable » après le nom du bénéficiaire en question. Si vous avez un bénéficiaire irrévocable, vos droits à l'égard de la police sont limités. Le bénéficiaire doit donner son consentement par écrit avant que vous ne puissiez y apporter des modifications, telles que des modifications aux futurs bénéficiaires ou des modifications à votre police (par exemple, pour en diminuer la couverture). Remarque : les enfants mineurs ne peuvent pas donner de consentement écrit à ces modifications.

Je nomme par les présentes le ou les bénéficiaires révocables suivants relativement à toutes les prestations payables en raison de ma couverture. Si j'ai nommé un mineur comme bénéficiaire, je comprends qu'il pourrait être judicieux de nommer un fiduciaire.

Nom officiel au complet du bénéficiaire	Lien avec l'assuré	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	% de la quote-part*	Premier (P) Subsidaire (S)
				P <input type="radio"/> S <input type="radio"/>
				P <input type="radio"/> S <input type="radio"/>
				P <input type="radio"/> S <input type="radio"/>
				P <input type="radio"/> S <input type="radio"/>
				P <input type="radio"/> S <input type="radio"/>
				P <input type="radio"/> S <input type="radio"/>

*Pourcentage de la quote-part (le total doit être de 100 %)

Pour les polices émises au Québec seulement : Si j'ai nommé mon conjoint par mariage ou union civile comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable à moins que je ne coche ici révocable

Nomination d'un fiduciaire (ne remplir que si cela s'applique)

Veillez remplir cette section si un bénéficiaire nommé dans le présent formulaire est mineur.

J'accepte que toute prestation qui devient payable à un enfant mineur sera versée au fiduciaire pour qu'il la détienne en fiducie au nom de l'enfant jusqu'à ce que l'enfant atteigne l'âge de la majorité.

Nom du fiduciaire	Lien avec le bénéficiaire mineur	Coordonnées

Détails de la couverture

\$ \$ Mensuellement Annuellement

Montant de la prestation demandé Montant de la prime

Cette police d'assurance doit elle remplacer une police d'assurance vie existante et en vigueur? Oui Non

Si vous répondez « oui », veuillez donner plus de détails dans la case « Instructions spéciales » et joindre les formulaires applicables de remplacement ou de comparaison, les déclarations de remplacement d'un contrat d'assurance vie.

Détails de paiement

Assurance Spécialité Vie emploie un chiffrage normalisé pour protéger la confidentialité de vos renseignements personnels et bancaires.

Mode de paiement Carte de crédit DPA Débit préautorisé Fréquence de la facturation Mensuelle Annuelle

Numéro de la succursale Institution financière Numéro de compte

Date de retrait demandée (du 1er au 28 du mois)

Après le retrait de la prime initiale, toutes les primes subséquentes seront retirées à la date qui figure ci dessus. Si aucune date n'est choisie, la date de retrait sera la même que la date de prise d'effet de la police.

Les retraits de mon compte peuvent être pour des montants de prime variables, puisque ces montants peuvent changer conformément à mon contrat d'assurance. Je renonce au droit de préavis au moins 10 jours avant mon premier DPA. J'autorise par les présentes Assurance Spécialité Vie et l'institution financière désignée à faire des retraits automatiques mensuels (ou annuels si cette option est choisie) à partir de mon compte bancaire à la date de retrait demandée ou vers cette date de chaque mois pour les primes d'assurance mensuelles (ou annuelles si cette option est choisie) exigibles à la date d'autorisation ou après cette date. L'institution financière désignée par le ou les payeurs est autorisée maintenant ou à tout moment par la suite d'honorer toute demande faite par Assurance Spécialité Vie visant le retrait de primes ou de frais, ce qui peut comprendre un retrait subséquent dans les 30 jours si un premier retrait du compte s'est avéré impossible. Je renonce au droit de recevoir d'autres avis quant au montant et à la date de chaque retrait automatique à partir de mon compte. Je reconnais que mon institution financière peut traiter tout retrait aux termes de la présente autorisation comme un retrait personnel au sens de la Règle H1 de l'Association canadienne des paiements. Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce qu'Assurance Spécialité Vie ait reçu de ma part un préavis écrit de sa modification ou de sa résiliation. Ce préavis doit être reçu au moins dix (10) jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit à l'adresse d'Assurance Spécialité Vie, à son siège social. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour obtenir plus d'information sur votre droit d'annuler un accord de DPA, adressez vous à votre institution financière ou rendez vous à l'adresse www.paiements.ca. Vous avez certains droits de recours si un DPA n'est pas conforme à cet accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.paiements.ca.

Nom du payeur en caractères d'imprimerie (tel qu'il figure dans les dossiers de la banque) Signature du payeur Date de signature (JJ/MM/AAAA)

Communication de renseignements concernant les conseillers

Je déclare que j'agis en qualité de conseiller autorisé pour vendre le présent produit émis par Chubb Vie et offert par Assurance Spécialité Vie. Il m'incombe de vous divulguer tout conflit d'intérêts éventuel s'il en existe. Je suis rémunéré par commissions, soit directement soit indirectement, reçues d'Assurance Spécialité Vie. Pour obtenir d'autres renseignements au sujet de mes pratiques ou de mes relations commerciales, n'hésitez pas à communiquer avec moi aux coordonnées suivantes :

Numéro de téléphone/Adresse courriel de l'agent

Rapport sur le conseiller

Le conseiller est il parent avec l'assuré? Oui Non Si vous répondez « oui », veuillez expliquer le lien :

Répartition des commissions : (veuillez écrire les noms en caractères d'imprimerie)

Agent 1 % Code : Signature :
 Agent 2 % Code : Signature :

Instructions spéciales

Conventions et déclarations d'acceptation

En acceptant le présent contrat d'assurance, vous acceptez et autorisez ce qui suit :

Je confirme que je peux lire et comprendre l'anglais et/ou le français.

Je déclare qu'à ma connaissance, les réponses que j'ai données dans la présente proposition d'assurance sont véridiques et exactes, qu'elles ont été consignées correctement et qu'elles forment, collectivement avec tous les autres formulaires que j'ai signés relativement à la présente proposition d'assurance, le fondement sur lequel toute police d'assurance sera émise.

Je comprends que toute couverture découlant de la présente proposition d'assurance pourrait ne pas être valide s'il y a des réponses inexactes ou de fausses déclarations dans la présente proposition.

Je désigne par les présentes la ou les personnes nommées à titre de bénéficiaires pour qu'elles reçoivent le produit de mon assurance à mon décès.

Je comprends que toutes les prestations payables sont assujetties aux modalités, aux conditions, aux exclusions et aux restrictions indiquées dans la police.

AVIS DE CONFIDENTIALITÉ : Je comprends que les renseignements que je fournis dans la présente proposition d'assurance et par ailleurs relativement à ma demande sont requis par Chubb du Canada Compagnie d'assurance vie (l'« assureur »), ses réassureurs et administrateurs autorisés pour évaluer mon droit aux prestations, notamment pour déterminer si la couverture est en vigueur, faire enquête sur l'applicabilité d'exclusions et de restrictions et coordonner la couverture avec d'autres assureurs. À ces fins, l'assureur consultera également ses dossiers d'assurance existants à mon sujet, recueillera des renseignements supplémentaires à mon sujet et de ma part et, au besoin, recueillera des renseignements de tiers et échange des renseignements avec ceux-ci. L'assureur établira un dossier auquel l'accès sera restreint aux employés et aux agents autorisés de l'assureur et aux personnes autorisées par la loi. Si j'ai le droit d'accéder aux renseignements, l'accès me sera donné ou sera donné aux personnes que je peux autoriser. Je comprends que, dans certains cas, les employés, fournisseurs de services, agents, réassureurs et tous les fournisseurs de ceux-ci de Chubb Vie peuvent se trouver dans des territoires à l'extérieur du Canada et que mes renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois de ces territoires étrangers. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la distribution de mes renseignements personnels dans la mesure nécessaire à ces fins à compter de la date de signature de la présente proposition d'assurance et je comprends que ce consentement continuera de produire ses effets jusqu'à ce que je le retire.

DATE DE PRISE D'EFFET DE LA COUVERTURE : Je comprends que ma couverture prend effet immédiatement dès que ma police est approuvée/émise et que les primes sont déduites soit annuellement soit mensuellement, et que la proposition d'assurance a été reçue par Assurance Spécialité Vie et que je l'honore.

Je comprends qu'aucun agent d'assurance, aucune personne et aucune entité autre que Chubb Vie n'est autorisé à modifier ou à annuler une question ou une disposition de la présente proposition d'assurance, ou une disposition du contrat relatif à la police ou de tout autre document faisant partie du contrat relatif à la police, ou à y renoncer. Je comprends que tout avis donné à un agent d'assurance ou toute connaissance de la part de celui-ci ne constitue pas un avis ou une connaissance de Chubb Vie, sauf écrit le confirmant et intégré à la présente proposition d'assurance.

Nom de l'assuré

Signature de l'assuré

Signé à

Ville

() le

Province

Date de signature (JJ/MM/AAAA)