



Assurance contre les maladies graves

Offerte par : Assurance Spécialité Vie

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

Personne à assurer

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

Prénom Initiale du 2e prénom Nom de famille

Statut de fumeur Fumeur Non-fumeur Sexe à la naissance Masculin Féminin
Date de naissance (JJ/MM/AAAA) La définition comprend toute utilisation d'une substance ou d'un produit contenant du tabac, de la nicotine ou de la marijuana au cours des 12 derniers mois.

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.

Détails de la couverture

Couverture minimale : 5 000,00 \$ **Couverture maximale :** 150 000,00 \$

Pour une couverture d'un montant supérieur à 25 000,00 \$, veuillez remplir le questionnaire aux fins d'émission simplifiée à la page 2.

\$ \$ 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.

Débits préautorisés (DPA) - renseignements et accord du payeur

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

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)

Instructions spéciales

Questionnaire aux fins d'émission simplifiée

À remplir si le montant nominal demandé se situe entre 25 500 \$ et 150 000 \$.

Si vous répondez NON à toutes les questions suivantes, une couverture jusqu'à 150 000 \$ est possible. Si vous répondez OUI à une question ou plus, la couverture jusqu'à 150 000 \$ n'est pas possible.

Pour toutes les questions aux fins d'émission simplifiée, les termes « vous », « votre » et « vos » font référence à l'assuré.

1. Avez-vous déjà consulté ou reçu un traitement relativement aux conditions suivantes ou, à votre connaissance, eu des indications de celles-ci :

- a) Un accident vasculaire cérébral (y compris un accident ischémique transitoire), une crise cardiaque, une insuffisance coronaire, une maladie valvulaire cardiaque grave, par exemple une sténose aortique, ou une chirurgie cardiaque de quelque sorte? Oui Non
- b) Un cancer, une tumeur ou une tumeur maligne?..... Oui Non
- c) Une maladie ophthalmique à un stade avancé? Oui Non
- d) La sclérose en plaques ou une paralysie? Oui Non
- e) Une maladie ou un trouble chronique ou évolutif des reins, des poumons, du foie, du pancréas ou de la moelle osseuse qui peut mener à la défaillance de l'organe ou qui peut exiger une transplantation? Oui Non
- f) Le SIDA, le VIH, des infections chroniques ou inexplicables?..... Oui Non

2. Au cours des 5 dernières années, vous a-t-on diagnostiqué un problème médical ou avez-vous eu, à votre connaissance, une indication d'un tel problème, relativement aux conditions suivantes :

- a) Une hypertension artérielle non traitée ou non contrôlée, une angine, un souffle cardiaque associé à une cardiopathie connue, ou une électrocardiogramme anormal associée à un potentiel ou à la preuve d'un incident cardiaque?..... Oui Non
- b) Le diabète, un trouble digestif ou intestinal, à l'exclusion de troubles fonctionnels, par exemple le syndrome du côlon irritable?..... Oui Non
- c) Avez-vous été hospitalisé en raison d'un problème médical relatif à un trouble respiratoire grave? Oui Non
- d) Avez-vous fait usage de drogues créant une accoutumance, ou reçu un traitement ou des conseils d'un médecin en raison de la consommation de drogues ou d'alcool?..... Oui Non

3. Vous a-t-on déjà refusé une assurance-vie ou offert une couverture à des taux plus élevés que la norme? Oui Non

4. Avez-vous déjà consulté ou reçu un traitement relativement aux conditions suivantes ou, à votre connaissance, eu des indications de celles-ci :

- a) Une perte auditive à un stade avancé?..... Oui Non
- b) La maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, une maladie des motoneurones ou d'autres troubles neurodégénératifs?..... Oui Non
- c) Un trouble psychiatrique, une détérioration mentale ou la perte d'aptitudes mentales?..... Oui Non
- d) La goutte, l'arthrite, la sclérodémie, la dystrophie musculaire, l'ataxie, le lupus érythémateux systémique, la myélite transverse, la myasthénie gravis, le syndrome de post poliomyélite, la sarcoïdose ou la fibrose kystique?..... Oui Non
- e) Une amputation en raison d'une maladie?..... Oui Non

5. Êtes-vous actuellement dans l'une des situations suivantes :

- a) Vous servez-vous ou avez-vous besoin d'appareils mécaniques ou médicaux tels que : un fauteuil roulant, un support de marche (une marchette), une canne multipode, des béquilles, un lit d'hôpital, la dialyse, de l'oxygène, une voiturette motorisée ou un monte escalier? Oui Non
- b) Avez-vous besoin d'aide, d'assistance ou de supervision pour accomplir les tâches suivantes : vous laver, manger, vous habiller, faire votre toilette, marcher, faire vos transferts ou rester continent?..... Oui Non
- c) Avez-vous besoin d'aide, d'assistance ou de supervision pour accomplir au moins deux des activités quotidiennes suivantes : prendre des médicaments, accomplir les tâches ménagères, faire la lessive, faire les emplettes ou préparer les repas?..... Oui Non

6. Votre taille et votre poids se situent-ils en deçà ou au-delà des valeurs indiquées ci dessous?..... Oui Non

Tailles et poids masculins

Taille	Poids min.	Poids max.	Taille	Poids min.	Poids max.
4'8"	95	145	5'8"	132	207
4'9"	98	150	5'9"	137	213
4'10"	100	155	5'10"	141	219
4'11"	103	160	5'11"	145	225
5'0"	106	165	6'0"	150	233
5'1"	108	170	6'1"	155	241
5'2"	111	175	6'2"	160	249
5'3"	114	180	6'3"	165	257
5'4"	118	185	6'4"	170	265
5'5"	121	190	6'5"	175	272
5'6"	124	195	6'6"	180	279
5'7"	128	201	6'7"	185	285

Tailles et poids féminins

Taille	Poids min.	Poids max.	Taille	Poids min.	Poids max.
4'8"	86	145	5'8"	119	207
4'9"	88	150	5'9"	123	213
4'10"	90	155	5'10"	127	219
4'11"	93	160	5'11"	131	225
5'0"	95	165	6'0"	135	233
5'1"	97	170	6'1"	140	241
5'2"	100	175	6'2"	144	249
5'3"	103	180	6'3"	149	257
5'4"	106	185	6'4"	153	265
5'5"	109	190	6'5"	158	272
5'6"	112	195	6'6"	162	279
5'7"	115	201	6'7"	167	285

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 :

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 d'assurance 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 échangera 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 que les primes augmenteront à mesure que je vieillis. Je passerai à un autre taux de prime tous les 5 ans à compter de l'âge de 25 ans. Si je présente la proposition tout juste avant de passer à un nouveau niveau de primes, le taux que je paie est garanti pour la première année de couverture. Il est également garanti que si les primes sont payées sans interruption et la police n'est pas assujettie à une réémission, et que le taux augmente, celui-ci sera toujours inférieur à celui qui est applicable à une police nouvellement émise sur la vie d'un assuré du même âge.

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 ou de tout autre document faisant partie du contrat, 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.

AUTORISATION DE LA PERSONNE À ASSURER : J'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical ou paramédical, ainsi que toute société d'assurance, le Medical Information Bureau, une agence d'évaluation du crédit et toute autre organisation, institution ou personne qui est en possession de renseignements me concernant ou concernant mon état de santé à échanger ces dossiers avec Chubb Vie ou ses réassureurs aux fins du règlement de réclamations. J'autorise tout coroner, corps de police et toute autre agence qui est en possession de renseignements au sujet de mon décès à communiquer ces renseignements à Chubb Vie et à ses réassureurs. Je reconnais qu'une reproduction de la présente autorisation est tout aussi valide que l'original.

Nom de l'assuré

Signature de l'assuré

Signé à

Ville

() le

Province

Date de signature (JJ/MM/AAAA)