



DEMANDE DE REMISE EN VIGUEUR OU
DE PASSAGE AU TAUX NON-FUMEUR

Demande de remise en vigueur ou de passage au taux non-fumeur

Instructions importantes pour le conseiller

Utiliser le présent formulaire pour toute modification visant une police en vigueur, notamment toute demande :

- de remise en vigueur
- de passage au taux non-fumeur

1. Remettez l'avis de divulgation à la personne assurée.

2. À part les avis de divulgation, veuillez soumettre TOUTES les pages de la Demande de remise en vigueur ou de passage au taux non-fumeur à **Spécialité-Vie**

3. Remplissez la page 4 pour toute demande de remise en vigueur ou de passage au taux non-fumeur.

Avis de Divulgation

AVIS RELATIF AU MIB, INC.

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités en toute confidentialité. **Spécialité-Vie** peut, toutefois, faire un bref rapport au MIB, Inc. (anciennement Bureau des renseignements médicaux), un organisme sans but lucratif regroupant les compagnies d'assurance et effectuant un échange de renseignements pour le compte de ses membres.

Les renseignements personnels divulgués au MIB, Inc. peuvent comprendre vos nom, lieu de naissance, profession et tout autre renseignement utilisé pour évaluer votre assurabilité. Sur demande d'une autre compagnie d'assurance membre du MIB, Inc., à laquelle vous avez soumis une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement, le MIB, Inc. fournira à ladite compagnie les renseignements qu'il détient à votre sujet. 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.

Le MIB, Inc. consent à protéger ces renseignements d'une manière qui s'aligne nettement sur les pratiques de **Spécialité-Vie** et d'*ivari* en matière de respect de la vie privée et de protection des renseignements personnels et qui se conforme aux lois applicables. Ayant son siège aux États-Unis, le MIB, Inc. est lié par les lois américaines en matière de divulgation. Les renseignements contenus dans le dossier de consommateur d'un particulier détenu par le MIB peuvent être communiqués aux organismes américains responsables de l'application de la loi et de la sécurité nationale, pour les besoins de toute enquête portant sur des actes de terrorisme et des activités clandestines de renseignement, à la condition que ces organismes respectent les mesures prévues dans les lois américaines en matière de protection de la vie privée des consommateurs.

Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, veuillez contacter ce dernier par courriel au Canadadisclosure@mib.com, par téléphone au **866-692-6901** ou par courrier à l'adresse **MIB Inc, 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734**.

Spécialité-Vie et *ivari* peuvent aussi transmettre les renseignements contenus dans leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous avez soumis une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement. Les consommateurs peuvent obtenir de plus amples renseignements sur le MIB, Inc. en visitant le site www.mib.com.

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

Dans le cadre de notre évaluation et de l'analyse de toute demande de règlement, nous pourrions demander un rapport d'enquête à votre sujet. Ce rapport, le cas échéant, proviendra d'une agence d'enquête.

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 de Spécialité-Vie** au 8000, rue Jane, Tour A, bureau 101, Concord (Ontario) L4K 5B8.

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

Spécialité-Vie et **ivari** recueillent, utilisent et divulguent vos renseignements personnels tel qu'il est décrit dans les sections de la présente demande relatives au MIB, Inc. et aux rapports d'enquête et dans l'Autorisation de divulgation de renseignements personnels qui se trouve à la page 7. Nous recueillons en outre des renseignements sur vous au moyen de la présente demande et de tous formulaires et questionnaires supplémentaires, comme il est décrit dans les sections précitées, et à partir des **sources externes** suivantes :

- Votre dossier ouvert auprès de **Spécialité-Vie** et d'**ivari**; les médecins et autres praticiens et fournisseurs de soins médicaux et de soins de santé; les hôpitaux, les cliniques et autres établissements médicaux; le MIB, Inc. et les autres assureurs et réassureurs; les agences d'enquête et 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 demande.

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

- **L'évaluation de votre demande 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.

Il est possible que vos renseignements bancaires soient 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 pouvons communiquer avec vous concernant d'autres produits et services d'assurance. Si nous faisons appel à un fournisseur de services de marketing pour communiquer avec vous, nous ne lui communiquons que votre nom, vos coordonnées et votre couverture d'assurance actuelle. Nous ne divulguons aucun renseignement d'ordre médical ou financier. Spécialité-Vie et ivari exigent que des mesures soient prises par leurs fournisseurs de services pour préserver la confidentialité des renseignements personnels en conformité avec leurs pratiques en matière de protection de la vie privée et de sécurité et avec les lois applicables.

Sur réception de votre demande, **Spécialité-Vie** et **ivari** ajouteront vos renseignements personnels à votre dossier existant, auquel on pourra accéder à partir de leur siège social. Votre dossier ne sera accessible qu'aux employés et représentants autorisés de **Spécialité-Vie** et d'**ivari** responsables de l'administration de votre dossier, et qu'aux autres personnes autorisées par vous ou par la loi.

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 **Spécialité-Vie** ou **ivari** estime que vous êtes exposé à un risque réel de préjudice grave, le Bureau de la protection de la vie privée de **Spécialité-Vie** vous en informera et vous suggérera des mesures pour vous en prémunir.

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 : **Bureau de la protection de la vie privée, Spécialité-Vie**, 8000, rue Jane, Tour A, bureau 101, Concord (Ontario) L4K 5B8.

Pour consulter notre politique sur la protection de la vie privée, rendez-vous sur slinsurance.ca. Pour consulter celle d'**ivari**, visitez ivari.ca.

En signant et en soumettant la présente demande, 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 demande.

DIVULGATION DE RÉMUNÉRATION

Le produit d'assurance qui vous est offert est un produit de **Spécialité-Vie** et d'**ivari**, des sociétés autorisées à exercer leurs 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 de **Spécialité-Vie** et d'**ivari**, il sera rémunéré par nous, une fois l'opération effectuée. Le fait de soumettre cette demande ne vous oblige pas à traiter d'autres affaires avec **Spécialité-Vie** et **ivari**, le conseiller, le distributeur ou toute autre personne ou entité.

Renseignements sur la personne assurée (Veuillez remplir)

Il s'agit d'une demande de passage au taux non-fumeur remise en vigueur Numéro(s) de police _____

1. Titre M. Mme Mlle

Prénom

Initiale du second prénom

Nom de famille

2. _____

Sexe à la naissance

Masculin

Féminin

Date de naissance (JJ/MM/AAAA)

3. _____

Numéro et rue

App.

Ville

Province

Code postal

Téléphone - domicile

Téléphone - bureau

Cellulaire

4. Je comprends la langue de rédaction de la présente demande : Oui Non

Dans la négative, les détails de la présente demande vous ont-ils été entièrement expliqués dans votre langue de préférence et les avez-vous entièrement compris? Oui Non

5. Quel est le statut de résidence canadienne de la personne assurée?

Citoyen(ne) canadien(ne) Résident(e) permanent(e) Immigrant reçu Visa d'étudiant Visa de travail Autre: _____

Depuis combien de temps résidez-vous au Canada?

Coordonnées du propriétaire de la police (Veuillez remplir)

Le propriétaire est la personne assurée sauf indication contraire :

Nom légal du propriétaire (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)

Comment pouvons-nous vous contacter si nous avons une question à propos de cette demande?

Courriel Mon conseiller Autre _____

Numéro et rue

App.

Ville

Province

Code postal

Téléphone - domicile

Téléphone - bureau

Cellulaire

S'agit-il d'une nouvelle adresse? Oui Non Dans l'affirmative, veuillez fournir l'ancienne adresse.

Numéro et rue

App.

Ville

Province

Code postal

Téléphone - domicile

Téléphone - bureau

Cellulaire

Demande de passage au taux non-fumeur

Remplissez cette section et répondez aux questions relatives à l'assurabilité.

Nom de la personne assurée (prénom, initiale du second prénom, nom de famille)

Veuillez indiquer le numéro de toutes les polices que vous souhaitez modifier.

Numéro(s) de police

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé ou fait usage de l'un des produits suivants : cigarettes, cigares, pipe, tabac à mâcher, chicha/narguilé (pipe à eau), cigarillos (petits cigares), cigarette électronique, timbre de nicotine, gomme Nicorette, tabac à priser, noix de bétel et marijuana? (Dans l'affirmative, les taux fumeurs s'appliquent.) Oui Non

Remise en vigueur

Veuillez remplir cette section pour les demandes de remise en vigueur de tous les contrats.

Pour les régimes Protection Standard et Protection préférentielle :

Veuillez remplir cette section et répondre aux questions sur l'assurabilité.

(Le processus de remise en vigueur ne peut être entamé pour les régimes Protection Standard ou Protection préférentielle que lorsque vous avez répondu à TOUTES les questions.)

Numéro de la police tombée en déchéance

Veuillez remettre la police en vigueur conformément à ses dispositions. Primes impayées de

- Chèque payable à Spécialité-Vie (joint)
- Prélèvement du compte bancaire dès l'approbation de la remise en vigueur (veuillez remplir une nouvelle demande de débits préautorisés (DPA) - voir instructions ci-dessous)

Si un DPA est demandé, veuillez remplir une nouvelle demande DPA et joindre un spécimen de chèque (NUL), pré-imprimé avec le nom du payeur, ou une lettre d'instructions de la banque.

Numéro de transit

Institution financière

Numéro de compte

Utiliser le DPA existant de la police de Spécialité-Vie numéro :

La date de retrait sera la même que la date d'établissement de la police. Si la date du DPA tombe un jour non ouvrable ou un jour férié, le DPA sera effectué le jour ouvrable suivant.

Date de retrait désirée (entre le 1^{er} et le 28 seulement)

PROTECTION STANDARD ET PROTECTION PRÉFÉRENTIELLE – Veuillez remplir cette section

Pour toutes les questions sur l'admissibilité, « vous », « votre » et « vos » désignent la personne assurée.

1 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé ou fait usage de l'un des produits suivants : cigarettes, cigares, pipe, tabac à mâcher, chicha/narguilé (pipe à eau), cigarillos (petits cigares), cigarette électronique, timbre de nicotine, gomme Nicorette, tabac à priser, noix de bétel et marijuana? (Dans l'affirmative, les taux fumeurs s'appliquent.) Oui Non

2 Êtes-vous incapable d'accomplir deux activités ou plus de la vie quotidienne comme vous alimenter, vous habiller, vous laver, aller aux toilettes et vous lever? Oui Non

3 Vivez-vous actuellement en résidence assistée ou en centre d'hébergement et de soins de longue durée? Oui Non

4 Êtes-vous sur une liste d'attente pour une greffe d'organe ou le receveur d'une greffe d'organe (à l'exclusion des greffes cornéennes et cutanées)? Oui Non

5 Avez-vous déjà reçu un diagnostic de maladie en phase terminale? (Maladie en phase terminale signifie une maladie ou une affection qui aurait vraisemblablement causé la mort dans les 12 mois)? Oui Non

6 Avez-vous déjà eu ou vous êtes-vous déjà fait dire que vous aviez ou avez-vous déjà été traité ou conseillé pour :
 a) Insuffisance cardiaque congestive ou cardiomyopathie (cœur hypertrophié)? Oui Non
 b) Infection par le virus d'immunodéficience humaine (VIH), y compris tous résultats anormaux ou non concluants du dépistage du VIH; syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA); et complexe lié au sida? Oui Non
 c) Dystrophie musculaire ou sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig ou SLA), chorée de Huntington? Oui Non
 d) Fibrose kystique ou tout trouble respiratoire chronique nécessitant un traitement à l'oxygène (à l'exclusion de l'apnée du sommeil)? Oui Non
 e) Plus d'une occurrence de cancer (à l'exception du carcinome basocellulaire)? Oui Non
 f) Maladie d'Alzheimer ou démence? Oui Non

7 Avez-vous reçu un diagnostic de diabète il y a plus de 10 ans pour lequel vous êtes traité à l'insuline? Oui Non

8 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été reconnu coupable d'une infraction criminelle ou avez-vous des accusations criminelles en instance? Oui Non

9 Au cours des 3 dernières années, avez-vous eu ou vous êtes-vous fait dire que vous aviez ou avez-vous été traité ou conseillé pour l'une des affections suivantes : Oui Non
 a) Cancer, y compris mais non limité à la leucémie et le lymphome, (à l'exception du carcinome basocellulaire)? Oui Non
 b) Complications diabétiques entraînant l'amputation? Oui Non
 c) Maladie vasculaire périphérique ou maladie artérielle périphérique, mauvaise circulation dans les jambes ou les pieds? Oui Non
 d) Insuffisance rénale chronique ou avez-vous des antécédents familiaux de maladie polykystique des reins? Oui Non
 e) Maladie chronique du foie, y compris mais non limité à l'hépatite B ou C, à une cirrhose ou à une hépatite alcoolique? Oui Non
 f) Douleur thoracique cardiaque? Oui Non

10 Au cours des 3 dernières années, avez-vous eu, été diagnostiqué, subi des examens dont les résultats étaient anormaux, été hospitalisé ou souffrez-vous actuellement de l'une des affections suivantes :
 a) Anévrisme qui n'a pas été chirurgicalement corrigé? Oui Non
 b) Plus d'un accident ischémique transitoire (AIT)? Oui Non
 c) Crise cardiaque, pontage coronarien, insertion de tuteurs, athérosclérose, chirurgie à cœur ouvert, angine ou accident vasculaire cérébral (AVC)? Oui Non

11 Au cours des 24 derniers mois, avez-vous :
 a) Fait usage de drogues dures comme l'héroïne, la cocaïne, le crack, les amphétamines, la LSD, l'ecstasy, les drogues psychoactives, les stupéfiants, les barbituriques, les opiacés (sauf sur ordonnance du médecin) ou d'autres agents similaires? Oui Non
 b) Été admis dans un programme de traitement en établissement contre la toxicomanie ou l'alcoolisme? Oui Non

12 Au cours des 12 derniers mois :
 a) Vos médicaments pour le diabète ou l'hypertension artérielle ont-ils été changés (dosage, ajout d'un autre médicament ou de l'insuline)? Oui Non
 b) À part un examen de routine intégrant test sanguin, analyse d'urine, électrocardiogramme (ECG) ou épreuve d'effort, vous a-t-on recommandé un traitement, des conseils, une consultation ou un test médical, notamment une biopsie, un tomodensitogramme (scan), un scan de calcium des artères coronaires, une imagerie par résonance magnétique (IRM) (à l'exclusion d'une arthrose, d'une lésion ou d'une entorse) ou tout autre test que vous n'avez pas encore effectué ou dont les résultats n'ont pas encore été obtenus ou se sont avérés anormaux? Oui Non

13 Êtes-vous présentement en attente d'une intervention chirurgicale prévue ou avez-vous subi une procédure ou passé un examen médical qui n'est toujours pas terminé ou dont vous n'avez pas encore reçu les résultats? Oui Non

14 Selon votre taille, votre poids est-il supérieur au poids indiqué dans le tableau ci-dessous? Oui Non

Taille		Poids	
Pi po	Cm	Lb	Kg
4'8"	142	215	98
4'9"	145	220	100
4'10"	147	224	102
4'11"	150	230	104
5'0"	152	235	107
5'1"	155	240	109
5'2"	158	245	111

Taille		Poids	
Pi po	Cm	Lb	Kg
5'3"	160	250	113
5'4"	163	257	117
5'5"	165	264	120
5'6"	168	271	123
5'7"	170	279	127
5'8"	173	287	130
5'9"	175	295	134

Taille		Poids	
Pi po	Cm	Lb	Kg
5'10"	178	303	137
5'11"	180	311	141
6'0"	183	319	145
6'1"	185	327	148
6'2"	188	335	152
6'3"	191	343	156
6'4"	193	351	159

Taille		Poids	
Pi po	Cm	Lb	Kg
6'5"	196	359	163
6'6"	198	365	166
6'7"	201	372	169
6'8"	203	380	172
6'9"	206	388	176

PROTECTION PRÉFÉRENTIELLE

Ne remplir cette section que si la personne assurée a répondu **NON** à toutes les questions de la section **Protection Standard**.

1	Avez-vous déjà eu ou vous êtes-vous déjà fait dire que vous aviez ou avez-vous déjà été traité ou conseillé pour le diabète présentant au moins une des affections suivantes : affection des artères coronaires (sauf pour hypertension artérielle et/ou) cholestérol contrôlé avec médicament ou régime alimentaire, insuffisance rénale chronique ou engourdissements ou fourmillements dans les mains et/ou les pieds (neuropathie)?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
2	Vous êtes-vous déjà fait dire que vous aviez ou avez-vous déjà été traité ou conseillé pour le diabète durant plus de 15 ans?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
3	Avez-vous : <ul style="list-style-type: none"> a) au cours des 10 dernières années, eu ou vous êtes-vous déjà fait dire que vous aviez un cancer, y compris mais non limité à la leucémie ou le lymphome (à l'exception du carcinome basocellulaire)? b) été en rémission complète du cancer, y compris, mais non limité à la leucémie et le lymphome (à l'exception du carcinome basocellulaire) depuis moins de 10 ans? 	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
4	Au cours des 5 dernières années, vous êtes-vous déjà fait dire que vous aviez ou avez-vous déjà été traité pour l'une des affections suivantes : <ul style="list-style-type: none"> a) Maniaço-dépression, trouble bipolaire, schizophrénie, une ou plusieurs tentatives ou idéations de suicide? b) Douleur thoracique cardiaque? 	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
5	Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu, été diagnostiqué, subi des examens dont les résultats étaient anormaux, été hospitalisé ou souffrez-vous actuellement de l'une des affections suivantes : <ul style="list-style-type: none"> a) Greffe de moelle osseuse? b) Maladie pulmonaire obstructive chronique? c) Sclérose en plaques? d) Crise cardiaque, pontage coronarien, insertion de tuteurs, athérosclérose, chirurgie à cœur ouvert, angine ou accident vasculaire cérébral (AVC)? 	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous : <ul style="list-style-type: none"> a) été conseillé d'avoir ou été traité ou conseillé pour dépendance aux drogues ou pour usage ou abus d'alcool ou de produits chimiques et/ou avez-vous été déclaré coupable de conduite d'un véhicule automobile sous l'influence (sauf une suspension de 24 heures) ou avez-vous refusé de passer le test d'ivressomètre? b) Fait usage de drogues dures comme l'héroïne, la cocaïne, le crack, les amphétamines, la LSD, l'ecstasy, les drogues psychoactives, les stupéfiants, les barbituriques ou les opiacés (sauf sur ordonnance du médecin) ou d'autres agents similaires? c) Fait usage de stupéfiants sous ordonnance ou des opiacés pour le contrôle de la douleur chronique? 	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
7	Avez-vous : <ul style="list-style-type: none"> a) au cours des 2 dernières années piloté un appareil autre qu'un avion d'un transporteur commercial ou d'une grande ligne aérienne? b) au cours des 12 derniers mois pris part à un sport dangereux, notamment le ski hors-piste, le saut en ski, le saut à l'élastique, le saut extrême, la course automobile, le plongeon du haut d'une falaise, la plongée en scaphandre autonome (plus de 100 pieds ou 30 mètres en profondeur), le saut en chute libre, le parachutisme, le surf aérien, le deltaplane ou l'alpinisme, ou envisagez-vous de le faire au cours des 12 prochains mois? 	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
8	À l'exception des voyages dans les pays d'Amérique du Nord, prévoyez-vous voyager ou résider à l'extérieur du Canada pour plus de 8 semaines au cours des 12 prochains mois?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
9	Des membres de votre famille immédiate (père, mère, frère ou soeur) ont-ils reçu un diagnostic de maladie de Huntington ou deux membres ou plus de votre famille immédiate (père, mère, frère ou soeur) ont-ils reçu un diagnostic de cancer, de maladie d'Alzheimer, de maladie des motoneurones (SLA), de sclérose en plaques, d'accident vasculaire cérébral (AVC) ou de maladie du cœur alors qu'ils étaient âgés de 60 ans ou moins?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
10	Selon votre taille, votre poids est-il supérieur au poids indiqué dans le tableau ci-dessous?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Taille		Poids	
Pi po	Cm	Lb	Kg
4'8"	142	178	81
4'9"	145	184	83
4'10"	147	191	87
4'11"	150	198	90
5'0"	152	204	93
5'1"	155	211	96
5'2"	158	218	99

Taille		Poids	
Pi po	Cm	Lb	Kg
5'3"	160	225	102
5'4"	163	233	106
5'5"	165	240	109
5'6"	168	247	112
5'7"	170	255	116
5'8"	173	263	119
5'9"	175	270	122

Taille		Poids	
Pi po	Cm	Lb	Kg
5'10"	178	278	126
5'11"	180	286	130
6'0"	183	294	133
6'1"	185	303	137
6'2"	188	311	141
6'3"	191	320	145
6'4"	193	328	149

Taille		Poids	
Pi po	Cm	Lb	Kg
6'5"	196	337	153
6'6"	198	346	157
6'7"	201	355	161
6'8"	203	364	165
6'9"	206	373	169

Attestation du Proposant

En tant que proposant(s) et propriétaire(s) indiqué(s) dans la présente demande de remise en vigueur ou de passage au taux non-fumeur, je reconnais/nous reconnaissons avoir passé en revue toutes les conditions de l'assurance demandée avec mon (nos) conseiller(s) en assurance indépendant(s) et avoir reçu des explications satisfaisantes.

Déclaration

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

CONFIRMATION ET ACCEPTATION

Je reconnaiss et conviens/Nous reconnaissions et convenons que :

1. La présente demande 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. Tous ces renseignements constitueront la base de toute police/couverture établie.
2. La présente demande ne comprend aucune « Entente d'assurance provisoire ».
3. Tout renseignement obtenu par un représentant de **Spécialité-Vie** et d'**ivari** ne peut engager celles-ci, à moins qu'il ne soit énoncé par écrit dans la présente demande.
4. La modification de police établie conformément à la présente demande ne prend effet que si toutes les conditions suivantes sont remplies :
 - a) le montant intégral de la première prime est versé à **Spécialité-Vie** du vivant de la personne assurée en vertu de la police;
 - b) la modification de police est délivrée au propriétaire du vivant de la personne assurée en vertu de la police;
 - c) toutes les déclarations faites et réponses données dans la présente demande continuent d'être véridiques et complètes à la date de délivrance de la police; et
 - d) l'assurabilité de la personne assurée n'a pas changé entre la date à laquelle la demande est remplie et la date à laquelle la modification de police est délivrée au propriétaire*.
5. Seul le président conjointement avec un vice-président ou le secrétaire d'**ivari** ont le pouvoir d'engager **Spécialité-Vie** et **ivari** ou d'effectuer quelque changement que ce soit à la présente demande ou à toute modification de police établie. **Spécialité-Vie** et **ivari** ne sont liées par aucune promesse ni déclaration faite par toute autre personne. Aucun conseiller en assurance ni distributeur n'est autorisé à annuler ou à modifier l'une ou l'autre des conditions de la présente demande ou de toute modification de police établie. Toutefois, **ivari** peut apporter certains changements à la présente demande, comme il est indiqué dans votre police. L'acceptation de la modification de police par le propriétaire constitue l'approbation de ses conditions et la ratification de tout ajout, tout intercalaire ou toute modification.
6. Si la réponse à toute question dans la présente demande est inexacte ou omise ou s'il y a fausse déclaration sur des faits importants ou déclaration frauduleuse, toute modification de police établie sur la foi de la présente demande peut être déclarée nulle et non avenue.
7. Toutes les primes doivent être payables à **Spécialité-Vie Inc.**
8. J'ai/Nous avons reçu, lu et compris pleinement le contenu de la page intitulée Avis de divulgation qui m'a été remise, y compris la Divulgation de rémunération, le cas échéant.

Autorisation de divulgation de renseignements personnels

J'ai/Nous avons lu et je comprends/nous comprenons pleinement le contenu de l'Avis relatif au MIB, Inc., 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/nous consentons à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation par **Spécialité-Vie** et **ivari** de mes/nos renseignements personnels aux fins déterminées dans ces avis et j'en prends/nous en prenons acte.

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

J'autorise/Nous autorisons **Spécialité-Vie** à transmettre un bref rapport sur ma/notre santé au MIB, Inc.

J'atteste/Nous attestons que les renseignements fournis dans la présente section sont véridiques et complets et m'engage/nous nous engageons à aviser immédiatement **Spécialité-Vie** et **ivari** de toute erreur, toute omission ou tout changement y afférent. En tant que propriétaire(s) de la police, je reconnaiss/nous reconnaissions que j'ai/nous avons l'obligation d'aviser **Spécialité-Vie** et **ivari** de tout changement de mon/notre statut de résidence aux fins de l'impôt.

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

Autorisation de divulguer de l'information à votre conseiller en assurance indépendant ou aux agences générales déléguées, distributeurs et intermédiaires du marché et leurs employés et agents :

En consentant à l'autorisation ci-dessous, vous nous autorisez à communiquer vos renseignements personnels à votre conseiller en assurance indépendant, aux agences générales déléguées, distributeurs et intermédiaires de marché et leurs employés et agents qui pourront les utiliser pour vous parler de vos options d'assurance. Ces renseignements sont notamment vos antécédents médicaux et tout autre élément portant sur votre vie déclaré dans la présente demande qui pourrait être pris en compte lors de l'évaluation de votre assurance. Les renseignements ne seront communiqués qu'au conseiller en assurance indépendant nommé ci-dessous. Vous pouvez annuler cette autorisation en tout temps en nous appelant au **1-844-515-5433**. Cette autorisation demeurera en vigueur 45 jours après l'établissement de la police ou l'envoi de la lettre de rejet de la demande d'assurance.

Fait à (ville)

Dans la province de

le (JJ/MM/AAAA)

Signature de la personne assurée

Signature du propriétaire, si autre que la personne assurée

Témoin de la ou des signatures

Signature du bénéficiaire irrévocable (le cas échéant)

Signature du cessionnaire (timbre requis si le cessionnaire est une institution financière)

Consentement du propriétaire de la police à recevoir des courriels

En fournissant mon adresse de courriel, j'autorise **Spécialité-Vie** et **ivari** à m'envoyer des renseignements sur ma couverture. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps.

Courriel du propriétaire

J'accepte également que **Spécialité-Vie** et **ivari** utilisent l'adresse ci-dessus pour me communiquer, de temps à autre, des renseignements sur les produits et les services qu'elles offrent. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps.

Je peux retirer mon consentement en communiquant avec :

Spécialité-Vie Inc.
8000, rue Jane, Tour A, bureau 101
Concord (Ontario) L4K 5B8
www.slinsurance.ca

Rapport du conseiller en assurance indépendant

Le conseiller en assurance indépendant a-t-il un lien de parenté avec la personne assurée? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser le lien de parenté avec la personne assurée :

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.
Je ne suis/Nous ne sommes pas au courant d'informations supplémentaires essentielles à la demande de la personne assurée, sauf tel que précisé dans la section Instructions spéciales.

Partage des commissions (Veuillez inscrire les noms en caractères d'imprimerie) :

En signant ci-dessous, je reconnaiss (nous reconnaissions) avoir divulgué, lorsqu'il y a lieu, les renseignements suivants au propriétaire de la police à établir dans le cadre de la présente demande :

- 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 de **Spécialité-Vie** et d'**ivari** dans tous les aspects liés à cette souscription d'assurance.

Conseiller 1 : Code : % Signature du conseiller :

Conseiller 2 : Code : % Signature du conseiller :

Instructions spéciales