Demande d'assurance
Programme Avantage de Randstad

Dans la présente proposition, le mot *vous* s'entend, selon le contexte, de la personne qui demande l'assurance. Les mots *nous* ou *la Compagnie* s'entendent de l'assureur, La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada («Securian Canada»).

Effacer

Renseignements généraux

Renseignements sur vous

Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme
Nom à la naissance (le cas échéant)	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lieu de naissance (province)	Lieu de naissance (pays)
Adresse du domicile (numéro et rue)*			Appartement ou bureau
Ville	Province (l'assurance est offerte partout au Canada, à l'exception du Québec)		Code postal
Numéro de téléphone auquel on peut vous joindre	Adresse électronique		

☐ Non-fumeur ☐ Fumeur — Par *non-fumeur,* il faut entendre que vous n'avez pas utilisé de produits du tabac ni d'auxiliaires antitabagiques au cours des 12 derniers mois.

Certaines incapacités ou limitations fonctionnelles vous empêchent-elles d'accomplir toutes les fonctions habituelles de votre profession ou les activités normales de la vie courante et avez-vous une demande de règlement en cours au titre d'une garantie d'exonération des primes d'assurance-vie ou d'une assurance de courte ou de longue durée ou avez-vous reçu un règlement au titre d'une assurance contre les maladies graves ou avez-vous une demande de règlement en suspens ou vous a-t-on déjà refusé une assurance-vie ou une assurance contre les maladies graves?* ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous adhéré au régime d'assurance maladie provincial? ☐ Oui ☐ Non	Date de début d'emploi (jj-mm-aaaa)

Renseignements sur votre conjoint (s'il demande la couverture)

Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme
Nom à la naissance (le cas échéant)	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Lieu de naissance (province)	Lieu de naissance (pays)
Numéro de téléphone auquel on peut vous joindre	Adresse électronique		

☐ Non-fumeur ☐ Fumeur — Par *non-fumeur,* il faut entendre que vous n'avez pas utilisé de produits du tabac ni d'auxiliaires antitabagiques au cours des 12 derniers mois.

Certaines incapacités ou limitations fonctionnelles vous empêchent-elles d'accomplir toutes les fonctions habituelles de votre profession ou les activités normales de la vie courante et avez-vous une demande de règlement en cours au titre d'une garantie d'exonération des primes d'assurance-vie ou d'une assurance de courte ou de longue durée ou avez-vous reçu un règlement au titre d'une assurance contre les maladies graves ou avez-vous une demande de règlement en suspens ou vous a-t-on déjà refusé une assurance-vie ou une assurance contre les maladies graves?* ☐ Oui ☐ Non

Avez-vous adhéré au régime d'assurance maladie provincial? ☐ Oui ☐ Non

Couverture demandée (reportez-vous à la brochure pour obtenir des renseignements sur les garanties et assurez-vous de passer en revue les taux)

Couverture demandée ne nécessitant pas la présentation d'une attestation de bonne santé : (vous devez être âgé de moins de 60 ans pour pouvoir demander l'assurance)

☐ Assurance-vie temporaire et assurance-santé personnelle - Option de base - 50 000 $
☐ Assurance-vie temporaire et assurance-santé personnelle avec assurance dentaire - Option de base - 50 000 $

Qui doit être couvert?

☐ Vous-même
☐ Votre conjoint
☐ La ou les personnes à votre charge Combien?_____

Securian Canada est le nom de marque utilisé par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada et la Compagnie d'assurance générale Première du Canada pour faire affaire au Canada. Les polices d'assurance sont souscrites par la Compagnie d'assurance-vie Première du Canada. Pour plus d'information, visitez www.securiancanada.ca ou composez 1-844-894-0378.

Couverture demandée (reportez-vous à la brochure pour obtenir des renseignements sur les garanties et assurez-vous de passer en revue les taux) (suite)

Renseignements sur la personne à votre charge

Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non

Couverture demandée nécessitant la présentation d'une attestation de bonne santé :

☐ Assurance-vie temporaire
☐ Assurance décès accidentel
☐ Assurance contre les maladies graves

☐ Assurance-santé personnelle - Option de base
☐ Assurance-santé personnelle avec assurance dentaire - Option de base
☐ Assurance-santé personnelle avec assurance dentaire - Option standard
☐ Assurance-santé personnelle avec assurance dentaire - Option étendue

Assurance-vie temporaire (VT)

Qui doit être couvert?

☐ Vous-même ☐ Votre conjoint

Minimum 50 000 $ Maximum 250 000 $ multiple de 25 000 $

Assurance-vie temporaire (VT)

Couverture demandée à ce moment-ci
$

Minimum 50 000 $ Maximum 250 000 $ multiple de 25 000 $

Assurance-vie temporaire du conjoint (VT)

Couverture demandée à ce moment-ci
$

Advenant votre décès, les sommes dues au titre de l'assurance seront versées à vos ayants droit, à moins qu'une désignation de bénéficiaire signée ne figure dans nos dossiers. Au moment de l'établissement et de la délivrance du certificat, vous aurez la possibilité de désigner un bénéficiaire en nous fournissant le formulaire de désignation de bénéficiaire, dûment rempli et signé, que vous trouverez dans votre dossier de bienvenue.

Assurance décès accidentel

Qui doit être couvert?

☐ Vous-même ☐ Votre conjoint

Minimum 50 000 $ Maximum 250 000 $ multiple de 25 000 $
Le capital de l'assurance décès accidentel ne peut pas être supérieur à celui de l'assurance-vie.

Assurance décès accidentels (DA) (Si vous faites une demande d'Assurance-vie temporaire, vous avez l'option d'ajouter l'assurance Décès accidentels à votre couverture.)

Couverture demandée à ce moment-ci
$

Minimum 50 000 $ Maximum 250 000 $ multiple de 25 000 $
Le capital de l'assurance décès accidentel ne peut pas être supérieur à celui de l'assurance-vie.

Assurance décès accidentels du conjoint (DA)

Couverture demandée à ce moment-ci
$

Advenant votre décès, les sommes dues au titre de l'assurance seront versées à vos ayants droit, à moins qu'une désignation de bénéficiaire signée ne figure dans nos dossiers. Au moment de l'établissement et de la délivrance du certificat, vous aurez la possibilité de désigner un bénéficiaire en nous fournissant le formulaire de désignation de bénéficiaire, dûment rempli et signé, que vous trouverez dans votre dossier de bienvenue.

Couverture demandée (reportez-vous à la brochure pour obtenir des renseignements sur les garanties et assurez-vous de passer en revue les taux) (suite)

Assurance contre les maladies graves (MG)

Qui doit être couvert?

☐ Vous-même ☐ Votre conjoint

Minimum 20 000 $ Maximum 250 000 $ multiple de 10 000 $

Assurance contre les maladies graves (MG)

Couverture demandée à ce moment-ci
$

Minimum 20 000 $ Maximum 250 000 $ multiple de 10 000 $

Assurance contre les maladies graves pour le conjoint (MG)

Couverture demandée à ce moment-ci
$

Assurance-santé personnelle - Option de base

Qui doit être couvert?

☐ Vous-même ☐ Votre conjoint ☐ La ou les personnes à votre charge Combien?_____

Renseignements sur la personne à votre charge

Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non

Assurance-santé personnelle avec assurance dentaire - Option de base

Qui doit être couvert?

☐ Vous-même ☐ Votre conjoint ☐ La ou les personnes à votre charge Combien?_____

Renseignements sur la personne à votre charge

Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non

Assurance-santé personnelle avec assurance dentaire - Option standard

Qui doit être couvert?

☐ Vous-même ☐ Votre conjoint ☐ La ou les personnes à votre charge Combien?_____

Renseignements sur la personne à votre charge

Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non

Couverture demandée (reportez-vous à la brochure pour obtenir des renseignements sur les garanties et assurez-vous de passer en revue les taux) (suite)

Assurance-santé personnelle avec assurance dentaire - Option étendue

Qui doit être couvert?

☐ Vous-même ☐ Votre conjoint ☐ La ou les personnes à votre charge Combien?_____

Renseignements sur la personne à votre charge

Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non
Prénom	Initiale	Nom de famille	☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant ☐ Oui ☐ Non

Renseignements sur les assurances

Nota : N'annulez pas votre couverture actuelle tant que la couverture que vous demandez n'a pas été approuvée.

À l'heure actuelle, êtes-vous couvert par une assurance-vie temporaire, une assurance décès accidentel, une assurance contre les maladies graves ou une assurance-santé personnelle ou avez-vous demandé à être couvert par une de ces assurances?

☐ Oui ☐ Non

Veuillez indiquer le montant et fournir des précisions ci-dessous.

Montant $	Compagnie d'assurance	Type d'assurance
Situation ☐ En vigueur ☐ À l'étude	Date d'établissement (jj-mm-aaaa)	
Mettrez-vous fin à une assurance déjà en vigueur si la présente demande est acceptée? ☐ Oui ☐ Non	Montant de l'assurance à laquelle vous mettrez fin $	

Renseignements médicaux

Veuillez répondre aux questions suivantes en fournissant de l'information complète et exacte. Si vous n'êtes pas certain qu'un renseignement soit pertinent, indiquez-le quand même. Si vous ne fournissez pas toute l'information pertinente, vos demandes de règlement pourraient être refusées et votre assurance, résiliée. Veuillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

Renseignements

Renseignements sur vous

Date et motif de la consultation auprès du médecin traitant. (Si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez « aucun ».)
Nom du médecin, diagnostic, traitement suivi, résultats et médicaments prescrits
Si le médecin nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier

Renseignements sur votre conjoint

Date et motif de la consultation auprès du médecin traitant. (Si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez « aucun ».)
Nom du médecin, diagnostic, traitement suivi, résultats et médicaments prescrits
Si le médecin nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier

Renseignements médicaux

Antécédents familiaux

	Vous	Conjoint
Est-ce que des membres de votre famille immédiate (parents, frères, sœurs) ont déjà souffert de l'une ou l'autre des maladies suivantes : cancer (spécifier le type), maladie du cœur, accident vasculaire cérébral, diabète, maladie polykystique des reins ou autre maladie des reins, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, sclérose en plaques, SLA (sclérose latérale amyotrophique ou la maladie de Lou Gerhig), Dystrophie musculaire, Syndrome des polypes gastro-intestinaux héréditaires, chorée de Huntington, ou toute autre maladie héréditaire?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Dans *l'affirmative*, veuillez remplir le ou les tableaux ci-dessous.

Antécédents familiaux du proposant

	Affection ou diagnostic	Âge au début de la maladie	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (s'il y a lieu)
Père				
Mère				
Frère(s)				
Sœur(s)				

Antécédents familiaux du conjoint

	Affection ou diagnostic	Âge au début de la maladie	Âge actuel (si la personne est en vie)	Âge au décès (s'il y a lieu)
Père				
Mère				
Frère(s)				
Sœur(s)				

Renseignements sur les médicaments et/ou le traitement

	Vous	Conjoint	Enfant(s)
Au cours des 12 derniers mois, l'une des personnes à assurer a-t-elle pris des médicaments sur ordonnance ou utilisé du matériel ou des appareils médicaux, ou lui a-t-on conseillé de le faire?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Dans *l'affirmative*, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

Nom de la personne à assurer	Affection, maladie ou trouble	Médicament ou traitement	Coût mensuel	Concentration	Posologie par 24 heures	Durée
			$			
			$			
			$			
			$			
			$			
			$			
			$			

Renseignements médicaux

Vous

Taille	Poids	Changement de poids au cours des 12 derniers mois?
pi po / m cm	☐ lb ☐ kg	☐ Oui ☐ Non ☐ Gain : ☐ Perte : ☐ lb ☐ kg
Raison du changement de poids		

Votre conjoint

Taille	Poids	Changement de poids au cours des 12 derniers mois?
pi po / m cm	☐ lb ☐ kg	☐ Oui ☐ Non ☐ Gain : ☐ Perte : ☐ lb ☐ kg
Raison du changement de poids		

Renseignements médicaux (suite)

La(les) personne(s) à votre charge

Prénom			Nom de famille
Taille pi po m cm		Poids ☐ lb ☐ kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non ☐ Gain : ☐ Perte : ☐ lb ☐ kg
Raison du changement de poids			

Prénom			Nom de famille
Taille pi po m cm		Poids ☐ lb ☐ kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non ☐ Gain : ☐ Perte : ☐ lb ☐ kg
Raison du changement de poids			

Prénom			Nom de famille
Taille pi po m cm		Poids ☐ lb ☐ kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non ☐ Gain : ☐ Perte : ☐ lb ☐ kg
Raison du changement de poids			

Prénom			Nom de famille
Taille pi po m cm		Poids ☐ lb ☐ kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois? ☐ Oui ☐ Non ☐ Gain : ☐ Perte : ☐ lb ☐ kg
Raison du changement de poids			

Avez-vous déjà souffert de l'une ou l'autre des affections suivantes :	**Vous**	**Conjoint**	**Enfant(s)**
a) douleurs à la poitrine, crise cardiaque, anomalie décelée à un électrocardiogramme, hypertension artérielle, arythmie, souffle cardiaque, taux élevé de cholestérol, ou toute maladie ou tout trouble du cœur ou de l'appareil circulatoire?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
b) accident vasculaire cérébral, accident ischémique transitoire, phlébite, paralysie, convulsions, épilepsie, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, troubles du cerveau ou du système nerveux?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
c) diabète, glycémie à jeun anormale, présence de sucre, sang ou protéines dans les urines, maladie des reins, des voies urinaires, de la vessie, de la prostate ou des organes génitaux, y compris présence d'une masse ou d'un kyste au sein ou tout changement aux seins, biopsie ou anomalie décelée à la mammographie ou test de pap anormal?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
d) tumeur, cancer, polypes, ou autre néoplasme, maladie de la peau ou troubles de ganglions lymphatiques, leucémie, troubles sanguins ou toute autre forme de maladie maligne?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
e) troubles chroniques des poumons ou de l'appareil respiratoire, apnée du sommeil, maladie ou affection des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge, perte de la parole?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
f) colite ou toute autre affection du côlon, rectum, des intestins, (incluant la maladie de Crohn ou la colite), ulcère, vésicule biliaire, de l'estomac ou du foie ou du système digestif?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
g) fatigue chronique, douleurs dans le cou ou dans le dos, affection de la colonne vertébrale, des os, des muscles ou des articulations, amputation, fibromyalgie, rhumatisme, arthrite ou lupus? (Veuillez vous référez au questionnaire sur les maux de dos)	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
h) troubles mentaux ou nerveux, phobies, épuisement professionnel, dépression, tentative de suicide ou idées suicidaires, stress, anxiété ou attaques de panique, troubles du comportement alimentaire ou autres troubles émotionnels ou psychiatriques, ou avez-vous consulté quelqu'un à ce sujet? (Veuillez vous référez au questionnaire mentaux/nerveux)	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Renseignements médicaux (suite)

	Vous	Conjoint	Enfant(s)
i) affections, maladies, troubles ou blessures non indiqués ci-dessus?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
j) Avez-vous subi des tests indiquant que vous êtes porteur du virus de l'hépatite B ou de l'hépatite C?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
k) Êtes-vous porteur du virus de l'hépatite B ou êtes-vous atteint de l'hépatite B chronique?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
l) Avez-vous subi des tests indiquant que vous êtes porteur du VIH (virus d'immunodéficience humaine)?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
m) Avez-vous déjà subi un test de dépistage du SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise) ou d'autres troubles immunologiques, avez-vous consulté quelqu'un à ce sujet ou a-t-on établi un diagnostic indiquant que vous étiez atteint du SIDA ou souffriez de troubles immunologiques?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
n) Envisagez-vous de suivre un traitement médical ou de subir une intervention chirurgicale, souffrez-vous d'une incapacité actuellement ou complétez-vous actuellement un délai de carence?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Au cours des cinq dernières années :			
o) Avez-vous consulté un médecin, un chiropraticien, un psychologue, un physiothérapeute, un psychiatre ou tout autre professionnel de la santé ou avez-vous été admis dans un hôpital ou un établissement semblable?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
p) Avez-vous présenté des symptômes ou a-t-on constaté quelque anomalie que ce soit, ou vous a-t-on conseillé de subir d'autres examens ou des tests diagnostiques, de vous faire hospitaliser ou de vous faire opérer?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
q) Avez-vous subi un électrocardiogramme, des examens sanguins, des radiographies ou d'autres examens diagnostiques?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
r) Avez-vous subi une intervention chirurgicale, suivi un traitement, souffert d'une maladie, d'un malaise, d'une anomalie ou d'une blessure?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
s) À votre connaissance, avez-vous été atteint d'une maladie ou d'une déficience physique, ou suivez-vous actuellement un traitement ou prenez-vous des médicaments?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
t) Vous a-t-on recommandé de subir des examens, des tests diagnostiques ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués ou de vous faire hospitaliser, ressentez-vous des symptômes ou des malaises pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Au cours des douze derniers mois :			
u) Avez-vous, votre conjoint, ou vos enfants à charge été incapable de travailler pendant plus de cinq jours consécutifs, ou présenté une demande de règlement ou touché des prestations, une rente ou des indemnités en raison d'une maladie ou d'un accident?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Renseignements complémentaires

Vous

a) Consommez-vous des boissons alcoolisées?

☐ Oui ☐ Non

Veuillez indiquer le nombre de verres pour chaque catégorie.

Consommation	Vin	Bière	Spiritueux
Quotidienne			
Hebdomadaire			
Mensuelle			

Conjoint

a) Consommez-vous des boissons alcoolisées?

☐ Oui ☐ Non

Veuillez indiquer le nombre de verres pour chaque catégorie.

Consommation	Vin	Bière	Spiritueux
Quotidienne			
Hebdomadaire			
Mensuelle			

Renseignements médicaux (suite)

	Vous	Conjoint	Enfant(s)
Au cours des dix dernières années :			
b) Votre consommation d'alcool a-t-elle déjà été substantiellement supérieure à ce qui est indiqué ci-dessus?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
c) Avez-vous déjà consulté un médecin, suivi un traitement, reçu des services de counseling, été accusé de conduite avec facultés affaiblies ou été arrêté par suite de l'usage d'alcool ou de drogues?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
d) A-t-on déjà suspendu votre permis de conduire ou avez-vous déjà été trouvé coupable de conduite en état d'ébriété ou avec facultés affaiblies?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
e) Avez-vous commis trois infractions au code de la circulation ou plus au cours des trois dernières années?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
f) Avez-vous déjà fait usage de sédatifs, d'analgésiques, d'hypnotiques, de tranquillisants ou de stimulants?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
g) Avez-vous déjà fait usage de marijuana, de haschich, de cannabis, de cocaïne, de narcotiques, d'hallucinogènes, d'héroïne, de barbituriques, ou cherché à obtenir ou reçu des conseils ou des traitements pour usage de drogues ou de médicaments prescrits ou non prescrits ou offerts en vente libre?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
h) Vous êtes-vous déjà vu refuser, ajourner, offrir moyennant surprime, annuler, résilier ou modifier en quoi que ce soit une assurance-vie, une assurance contre les maladies graves ou une assurance-invalidité, ou vous a-t-on déjà refusé un renouvellement ou une remise en vigueur de ces assurances?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Au cours des deux dernières années :			
i) Avez-vous piloté un appareil de navigation aérienne, ou exercez-vous ou prévoyez-vous exercer des activités dangereuses, notamment le parachutisme, le vol libre, la plongée autonome, l'alpinisme, l'escalade ou la course d'automobiles ou de motos?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
j) L'une des personnes à assurer prévoit-elle un changement de pays de résidence ou un voyage à l'extérieur du Canada ou des États-Unis dans les 12 prochains mois?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Femmes seulement			
k) Êtes-vous enceinte?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Dans *l'affirmative,* indiquez la date prévue de l'accouchement.	(mm-aaaa)	(mm-aaaa)	(mm-aaaa)
l) Avez-vous déjà souffert de complications de la grossesse (ex. : fausse couche, prééclampsie, césarienne)?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Renseignements médicaux (suite)

Veuillez donner des précisions ci-dessous.

Joindre les résultats de tous les examens médicaux et bilans de santé.

Si l'espace ne suffit pas, veuillez répondre sur une feuille distincte que vous devrez signer et dater. Veuillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

Numéro de la question	Nom de la personne à assurer	Date (mm-aaaa)	Nom et adresse du médecin et de l'hôpital, s'il y a lieu	Donnez des précisions, s'il y a lieu, sur la nature de la maladie ou de la blessure, les symptômes, le nombre de crises, la durée,le traitement et les résultats

Paiement des primes

☐ **Paiement par carte de crédit**
(Veuillez facturer ma prime à ma carte VISA ou MasterCard.)

Périodicité des paiements : ☐ Mensuelle ☐ Annuelle

Une fois votre demande traitée, un représentant du centre d'appels de Securian Canada communiquera avec vous pour obtenir les renseignements sur votre carte de crédit.

Conditions
En ce qui concerne la prime exigée au titre du présent régime de garanties, vous nous autorisez : à facturer à votre carte de crédit la prime d'assurance exigible; à annuler la présente autorisation dans les 10 jours qui suivent la date à laquelle vous nous présentez un avis écrit à cet effet; à annuler automatiquement la présente entente si nous ne sommes pas en mesure de facturer la prime à votre carte de crédit.

☐ **Débit préautorisé (DPA)**
(Veuillez prélever ma prime directement sur mon compte bancaire.)

Êtes-vous le titulaire du compte bancaire? ☐ Oui ☐ Non

Débit mensuel préautorisé

Nom de l'institution financière
Adresse de l'institution financière (numéro et rue)

Paiement des primes (suite)

Renseignements sur le compte bancaire

Numéro de succursale	Numéro de l'établissement	Numéro de compte

Ce chèque spécimen indique les renseignements que vous devez fournir.

Remarques :

Le numéro de succursale/de transit comporte généralement 4-5 chiffres.

Le numéro de la banque/de l'institution financière comporte toujours 3 chiffres :

BMO 001

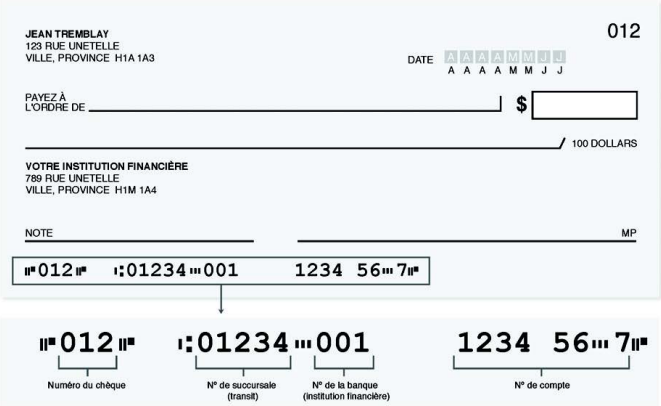
Banque Scotia 002

RBC 003

TD 004

CIBC 010

Le numéro de compte peut comporter jusqu'à 12 chiffres.



Conditions

Vous autorisez La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada («Securian Canada») à prélever la prime mensuelle (y compris les taxes provinciales applicables) pour cette assurance au moyen d'un débit préautorisé (DPA) au compte indiqué ci-dessus. Vous consentez à ce que votre institution financière traite tout retrait effectué en vertu de la présente autorisation comme un retrait à des fins de services personnels. Vous reconnaissez que le montant de la prime mensuelle (y compris les taxes provinciales applicables) prélevée en vertu de la présente entente peut varier. Vous acceptez de renoncer à l'exigence selon laquelle Securian Canada doit vous aviser de tout paiement effectué après le premier paiement, que le montant de la prime mensuelle change ou non. Vous comprenez que la prime mensuelle est exigible le premier de chaque mois. La présente entente prend fin automatiquement lorsque Securian Canada ne peut effectuer un prélèvement sur votre compte.

La présente autorisation reste en vigueur jusqu'à ce que Securian Canada reçoive de votre part un avis écrit visant à la modifier ou à y mettre fin. L'avis doit être envoyé à l'adresse indiquée ci-dessous au moins 10 jours ouvrables avant le prochain prélèvement prévu. Vous pouvez obtenir un modèle de formulaire d'annulation de DPA ou en savoir plus sur votre droit d'annuler une entente de DPA auprès de votre institution financière ou en visitant le *www.paiements.ca.*

Securian Canada ne peut pas céder la présente autorisation à une autre entreprise ou à une autre personne en vue de permettre à celle-ci de prélever ces montants sur votre compte (par exemple, en cas de changement de contrôle dans la compagnie) sans vous en aviser au moins 10 jours à l'avance par écrit.

Vous avez droit à certains recours si un prélèvement ne respecte pas la présente entente. Par exemple, vous avez le droit de vous faire rembourser un prélèvement qui n'est pas autorisé ou qui ne respecte pas la présente entente de DPA. Pour en savoir plus sur les recours auxquels vous avez droit, communiquez avec votre institution financière ou visitez le *www.paiements.ca.*

Securian Canada
C.P. 963 SUCC A,
Toronto, ON, Canada M5W 1G5

Téléphone : 1-877-363-2773

Courriel : association.newbusinesssupport@securiancanada.ca

☐ Je déclare et certifie avoir lu et compris les conditions ci-dessus et j'en accepte les modalités.

Date (jj-mm-aaaa)

Déclaration et autorisation

Si mon conjoint et/ou les personnes à ma charge demandent à être assurés au titre du présent régime, ils m'autorisent à fournir les autorisations ci-après en leur nom.

J'atteste que les réponses données dans la présente demande sont véridiques et complètes. J'ai fourni, au besoin, les réponses au nom de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge tel qu'ils m'ont autorisé à le faire, et ils attestent que leurs réponses sont véridiques et complètes.

Je reconnais, et le cas échéant, j'atteste que mon conjoint et/ou les personnes à ma charge reconnaissent, que toute dissimulation, omission ou fausse déclaration concernant les renseignements fournis dans la présente demande entraîne l'annulation de l'assurance.

J'autorise, et le cas échéant, mon conjoint et/ou les personnes à ma charge autorisent, La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada («Securian Canada»), ses mandataires et ses fournisseurs de services à recueillir et à utiliser les renseignements à mon sujet et, le cas échéant au sujet de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge qui sont nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au présent régime d'assurance ainsi qu'à les communiquer à toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents à mon sujet, et le cas échéant, au sujet de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête et les compagnies d'assurance et de réassurance.

J'atteste que mon conjoint et/ou les personnes à ma charge, le cas échéant, autorisent Securian Canada à me communiquer des renseignements à leur sujet relativement à la présente demande, aux fins de l'évaluation de la présente demande et de la gestion du régime.

La présente autorisation a la même valeur qu'un document signé et elle restera en vigueur tant que je demeurerai couvert par le contrat, à moins que je ne la révoque par écrit.

☐ Je déclare et certifie avoir lu et compris les conditions ci-dessus et j'en accepte les modalités.

Fait à (ville)	Fait à (province)	Date (jj-mm-aaaa)

Avis relatif au Medical Information Bureau

Au cours de l'étude de votre demande d'assurance, Securian Canada peut communiquer à ses réassureurs des renseignements à votre sujet et au sujet de votre conjoint. Securian Canada et ses réassureurs peuvent en outre transmettre les renseignements figurant dans leurs dossiers à d'autres sociétés d'assurances de personnes auxquelles vous et votre conjoint pourriez présenter une demande d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement.

Securian Canada et ses réassureurs peuvent également transmettre un rapport sommaire sur les résultats de leurs vérifications au Medical Information Bureau (MIB), organisme à but non lucratif composé de sociétés d'assurances de personnes qui effectue des échanges de renseignements au nom des sociétés membres. Si vous et votre conjoint présentez aussi une demande d'assurance ou une demande de règlement à une autre société membre du MIB, ce dernier fournira sur demande à cette société les renseignements qui figurent dans ses dossiers.

Vous et votre conjoint pouvez consulter les renseignements personnels que le MIB possède à votre sujet et les faire rectifier s'ils sont inexacts ou incomplets.

Pour en savoir plus au sujet du MIB, vous ou votre conjoint pouvez visiter son site Web, à l'adresse *www.mib.com,* l'appeler au 416-597-0590 ou lui écrire à l'adresse suivante :

Medical Information Bureau
330, avenue University
Toronto, Ontario M5G 1R7

Protection des renseignements personnels

Le respect de votre vie privée est une priorité pour Securian Canada. Nous recueillons l'information à même les formulaires de demande. Nous collectons d'autres renseignements que vous nous communiquez ou que vous envoyez à nos partenaires de distribution concernant des produits d'assurance ou des produits financiers que nous offrons. Nous collectons aussi les données (avec votre consentement) par le biais d'évaluations médicales ou professionnelles, le cas échéant, et auprès de médecins, de praticiens de la santé, d'hôpitaux, de cliniques ou d'autres établissements de santé, de compagnies d'assurance, du Bureau de renseignements médicaux (MIB, LLC./ MIB), et d'autres agents, organismes publics ou autres organisations, établissements ou personnes qui ont des dossiers médicaux, le cas échéant. Nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels notamment aux fins suivantes : la confirmation de votre identité et la tarification, y compris la détermination de votre admissibilité ou de votre besoin d'assurance ou des produits financiers que vous demandez; l'administration et les services; le règlement des sinistres; la protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations; la conformité aux exigences légales, réglementaires ou contractuelles. Nous et nos sociétés affiliées pouvons utiliser les renseignements personnels dans le but de vous offrir ou de permettre à des compagnies de choix de vous offrir d'autres produits et services. Vous pouvez retirer votre consentement à cet égard à tout moment en composant 1-888-968-4155 ou en écrivant au Bureau de l'accès à l'information et de la protection des renseignements personnels à l'adresse suivante : 25, avenue Sheppard Ouest, pièce 1400, Toronto ON M2N 6S6. Nous ne donnons accès à vos renseignements personnels qu'à nos propres employés et entrepreneurs indépendants, aux sociétés affiliées au sein de notre groupe de sociétés, aux administrateurs, partenaires de distribution et autres tiers fournisseurs de services, aux sociétés dont les activités sont externalisées et à nos réassureurs qui ont besoin de vos renseignements personnels pour s'acquitter de leurs tâches. Par ailleurs, nous donnerons accès à vos renseignements personnels à toute personne que vous autoriserez. Tous nos fournisseurs de services avec lesquels nous avons une relation contractuelle sont tenus de protéger vos renseignements personnels conformément à la présente déclaration de confidentialité et nos pratiques en matière de protection de la vie privée. Parfois, sauf si nous en sommes interdits, ces personnes peuvent se trouver dans d'autres provinces du Canada ou dans d'autres pays ou vos renseignements personnels peuvent être stockés sur des serveurs situés dans d'autres provinces canadiennes ou dans d'autres pays. Advenant une situation pareille, vos renseignements personnels peuvent être assujettis aux lois des provinces ou pays en question. Vous pouvez demander de consulter l'information que nous avons sur vous dans nos dossiers. Au besoin, vous pouvez nous demander de la corriger en nous le faisant savoir par écrit. Vous trouverez de plus amples renseignements sur nos pratiques en matière de vie privée sur le site suivant : *http://www.securiancanada.ca/fr/vie-privee/.*