

MODE DE PAIEMENT

8 S.V.P. FAIRE VOTRE CHÈQUE À L'ORDRE DE «L'EXCELLENCE, COMPAGNIE D'ASSURANCE-VIE»

ANNUEL : CHÈQUE
3 CHÈQUES (La totalité de la prime doit être acquittée dans les 60 jours de la signature de la proposition.)**AUTORISATION DU PAIEMENT PRÉAUTORISÉ**

Par la présente, j'autorise L'EXCELLENCE, Compagnie d'assurance-vie, ainsi que mon institution financière à tirer des chèques mensuellement sur mon compte (décrit ci-dessous)

MENSUEL : PAIEMENT PRÉAUTORISÉ Commencant le _____ de chaque mois (1 à 28) au montant correspondant à la prime mensuelle.

NOM DE L'INSTITUTION FINANCIÈRE : _____

ADRESSE : _____

TYPE DE COMPTE _____ NUMÉRO DE TRANSIT _____

(VEUILLEZ JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE PORTANT LA MENTION «ANNULLÉ»)

Cette autorisation peut être révoquée en tout temps, sur avis écrit de ma part.

Signature (telle qu'elle apparaît sur les chèques)

DÉCLARATION

9 Par les présentes, je soussigné(e)

- déclare que les renseignements contenus dans cette proposition sont vrais et complets et qu'ils constituent la base sur laquelle la garantie d'assurance doit être établie;
- comprends et accepte que, si quelque fausse déclaration ou omission importante a été faite, l'Assureur ne soit tenu à aucune obligation en vertu de toute assurance qui me soit émise par la suite de l'acceptation de ma demande d'assurance.

La présente assurance entrera en vigueur le jour de l'acceptation de la proposition par L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance.

SIGNÉ À _____ CE _____

Signature du témoin

Signature de l'assuré principal

(VEUILLEZ COMPLÉTER ET JOINDRE LA DÉCLARATION DE SANTÉ)

AUTORISATION**AVIS RELATIF À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL**

Les renseignements personnels que **L'EXCELLENCE, Compagnie d'assurance-vie** et **Les Services Financiers des Travailleurs Autonomes inc.** détiennent ou détiendront à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier des différents services financiers d'assurances et services complémentaires que l'entreprise offre. Ils ne seront consultés que par le personnel autorisé qui doit y avoir recours dans l'exercice de ses fonctions.

Vous pouvez avoir accès à votre dossier et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires. Vous devez alors faire une demande écrite à l'attention du responsable de l'accès à l'information au siège social à Montréal.

L'EXCELLENCE, Compagnie d'assurance-vie et **Les Services Financiers des Travailleurs Autonomes inc.** peuvent se constituer une liste de ses clients à des fins de prospection commerciale ou de philanthropie. Toutefois, vous avez le droit d'en faire rayer votre nom en faisant parvenir une demande écrite à l'attention du responsable de l'accès à l'information au siège social à Montréal.

**PROPOSITION**

VÉRIFICATION

INITIALES

DATE

CABINET :

*Les Services Financiers des Travailleurs Autonomes inc.*NOUVELLE DEMANDE REMISE EN VIGUEUR MODIFICATION DE PROTECTION AJOUT DE GARANTIE **MEMBRE DE L'AEMFQ**

DATE D'ADHÉSION À L'ASSOCIATION

A

M

J

NOM DU REPRÉSENTANT :

CODE :

N° DU CONTRAT VISÉ

NUMÉRO DE MEMBRE

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1 NOM DE L'ASSURÉ PRINCIPAL (À LA NAISSANCE)		PRÉNOM		N° D'ASSURANCE SOCIALE	
ADRESSE DE L'ASSURÉ PRINCIPAL			CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE À LA MAISON	
COURRIEL (EMAIL)		ÉTAT CIVIL		REVENU ANNUEL BRUT (s'il y a lieu)	
DATE DE NAISSANCE A M J		ÂGE		SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
NOM DU CPE (s'il y a lieu)		N° DE TÉLÉPHONE		NOMBRE D'ENFANTS ACCRÉDITÉS	
ADRESSE D'AFFAIRES DU CPE			CODE POSTAL	FONCTION	
ADRESSE DE CORRESPONDANCE POUR L'ASSURÉ PRINCIPAL : RÉSIDENCE <input type="checkbox"/> BUREAU <input type="checkbox"/>			DATE D'EMPLOI A M J		
PLAGE HORAIRE IDÉALE POUR VOUS REJOINDRE : AVANT-MIDI <input type="checkbox"/> APRÈS-MIDI <input type="checkbox"/> SOIRÉE <input type="checkbox"/>			LANGUE DE CORRESPONDANCE : FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/>		

2 Versez-vous des cotisations à l'assurance-emploi (A.E.)? OUI NON

3 DÉTENEZ-VOUS D'AUTRES POLICES D'ASSURANCE	ASSURANCE-VIE		ASSURANCE INVALIDITÉ						
	VIE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	INVALIDITÉ OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	COMPAGNIE	MONTANT	COMPAGNIE	PRESTATIONS MENSUELLES	DÉLAI DE CARENCE	DURÉE DES PRESTATIONS	ANNULABLE OU NON ANNULABLE
L'ASSURANCE DEMANDÉE REMPLACE-T-ELLE UNE AUTRE ASSURANCE ACTUELLEMENT EN VIGUEUR? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, nom de la compagnie _____									
ÊTES-VOUS OU AVEZ-VOUS DÉJÀ ÉTÉ ASSURÉ PAR L'EXCELLENCE ? OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez inscrire votre n° de contrat _____									

4 NOM DU PRENEUR (SI AUTRE QUE L'ASSURÉ PRINCIPAL)		PRÉNOM		N° D'ASSURANCE SOCIALE	
ADRESSE IDEM <input type="checkbox"/> OU			CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE	
DATE DE NAISSANCE A M J		ÂGE		SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
LIEN AVEC L'ASSURÉ PRINCIPAL					

DEMANDE D'ADHÉSION

5 ▼ SI VOUS AVEZ CHOISI UNE GARANTIE COUVRANT VOTRE CONJOINT OU VOS ENFANT(S), VEUILLEZ COMPLÉTER CETTE SECTION ▼					
NOM COMPLET DE VOTRE CONJOINT ET DE TOUTES VOS PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES			LIEN DE PARENTÉ AVEC VOUS		DATE DE NAISSANCE ANNÉE MOIS JOUR

BÉNÉFICIAIRE

6 NOM DE FAMILLE (À LA NAISSANCE)		PRÉNOM		N° D'ASSURANCE SOCIALE	
ADRESSE			CODE POSTAL	N° DE TÉLÉPHONE	
RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE <input type="checkbox"/>		LIEN AVEC L'ASSURÉ PRINCIPAL			
Il est à noter qu'à défaut de qualifier le bénéficiaire, ce dernier est irrévocable s'il est le conjoint légalement marié et révoquable dans tous les autres cas.					



SOMMAIRE DES GARANTIES DEMANDÉES

7

ASSURÉ PRINCIPAL

Catégorie : Professionnelle Éducatrice professionnelle Fumeur
 Employée de bureau Responsable et autre Non-fumeur

A – ASSURANCE SALAIRE EN CAS D'ACCIDENT ET DE MALADIE

Options de primes :		Durée :	Indexée (si payable jusqu'à 65 ans) <input type="checkbox"/>	Délai de carence			MONTANT DES GARANTIES	PRIME MENSUELLE
Renouvelables annuellement <input type="checkbox"/>	Payable 1 an <input type="checkbox"/>	Payable 1 an <input type="checkbox"/> Payable 2 ans <input type="checkbox"/> Payable 5 ans <input type="checkbox"/> Jusqu'à 65 ans <input type="checkbox"/>		14 jours <input type="checkbox"/>	90 jours <input type="checkbox"/>			
Croissantes 5 ans <input type="checkbox"/>				30 jours <input type="checkbox"/>	119 jours <input type="checkbox"/>			
Nivelées jusqu'à 65 ans <input type="checkbox"/>				60 jours <input type="checkbox"/>	Option PLUS <input type="checkbox"/>	\$	\$	
				Délai de carence				
				14 jours <input type="checkbox"/>	90 jours <input type="checkbox"/>			
				30 jours <input type="checkbox"/>	119 jours <input type="checkbox"/>			
				60 jours <input type="checkbox"/>		\$	\$	

B – FRAIS GÉNÉRAUX DE GARDERIE

Options de primes :		Délai de carence	MONTANT DES GARANTIES	PRIME MENSUELLE
Renouvelables annuellement <input type="checkbox"/>	Croissantes 5 ans <input type="checkbox"/> Nivelées jusqu'à 65 ans <input type="checkbox"/>	14 jours <input type="checkbox"/>		
		30 jours <input type="checkbox"/>		
		Option PLUS <input type="checkbox"/>		
		Durée payable		
		1 an <input type="checkbox"/>	\$	\$
		2 ans <input type="checkbox"/>		

C – REMBOURSEMENT DES PRIMES D'ASSURANCE SALAIRE ET DES FRAIS GÉNÉRAUX

D – ASSURANCE-PRÊT

Options de primes :		Délai de carence	MONTANT DES GARANTIES	PRIME MENSUELLE
Croissantes 5 ans <input type="checkbox"/>	Nivelées jusqu'à 65 ans <input type="checkbox"/>	30 jours <input type="checkbox"/>		
		90 jours <input type="checkbox"/>		
		Durée payable		
		2 ans <input type="checkbox"/>	\$	\$
		Jusqu'à 65 ans <input type="checkbox"/>		
		5 ans <input type="checkbox"/>		

E – MALADIES GRAVES

Options de primes :		Assuré principal					MONTANT DES GARANTIES	PRIME MENSUELLE
Renouvelables annuellement <input type="checkbox"/>	Croissantes 5 ans <input type="checkbox"/> Nivelées à vie <input type="checkbox"/>	5 000 \$ <input type="checkbox"/>	10 000 \$ <input type="checkbox"/>	15 000 \$ <input type="checkbox"/>	20 000 \$ <input type="checkbox"/>	25 000 \$ <input type="checkbox"/>	\$	
		Conjoint						
		5 000 \$ <input type="checkbox"/>	10 000 \$ <input type="checkbox"/>	15 000 \$ <input type="checkbox"/>	20 000 \$ <input type="checkbox"/>	25 000 \$ <input type="checkbox"/>	\$	

F – FRACTURE PAR ACCIDENT

Assuré principal Assuré principal et conjoint Assuré principal et enfant(s) Familiale \$

G – RENTE HOSPITALIÈRE (ACCIDENT ET/OU MALADIE)

		MONTANT DES GARANTIES	PRIME MENSUELLE
Assuré principal <input type="checkbox"/>		\$ / jour	\$
Conjoint <input type="checkbox"/>		\$ / jour	\$
Enfants <input type="checkbox"/>		\$ / jour	\$

H – SOINS À DOMICILE

		MONTANT DES GARANTIES			PRIME MENSUELLE
Assuré principal		1 000 \$ <input type="checkbox"/>	1 500 \$ <input type="checkbox"/>	2 000 \$ <input type="checkbox"/>	\$
Conjoint		1 000 \$ <input type="checkbox"/>	1 500 \$ <input type="checkbox"/>	2 000 \$ <input type="checkbox"/>	\$
Enfants		1 000 \$ <input type="checkbox"/>	1 500 \$ <input type="checkbox"/>	2 000 \$ <input type="checkbox"/>	\$

I – ASSURANCE ACCIDENT-MALADIE COMPLÉMENTAIRE

Assuré principal Assuré principal et conjoint MÉDICAMENT Avec
 Assuré principal et enfant(s) Familiale Sans

\$



SOMMAIRE DES GARANTIES DEMANDÉES (suite)

J – ASSURANCE SOINS DENTAIRES

Assuré principal
 Assuré principal et conjoint
 Assuré principal et enfant(s)
 Familiale

K – ASSURANCE-VIE

Options de primes : Renouvelables annuellement Croissantes 5 ans Nivelées jusqu'à 65 ans

Assuré principal
 Conjoint Fumeur Non-fumeur
 Enfants

L – DÉCÈS, MUTILATION OU PERTE D'USAGE PAR ACCIDENT

Assuré principal
 Conjoint
 Enfants

FRAIS DE POLICE

5,00

TOTAL :

\$

AUTORISATION

AUTORISATION À LA CUEILLETTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À DES TIERS

Aux fins de l'établissement de l'assurabilité, de gestion de mon dossier et d'étude des sinistres, j'autorise toute personne physique ou morale ou tout organisme public ou parapublic possédant des renseignements personnels à mon sujet concernant entre autres : mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mon admissibilité aux prestations, dont notamment tout médecin, dentiste ou autre praticien, hôpital, clinique médicale ou paramédicale, compagnie d'assurance ou de réassurance, le Bureau de Renseignements Médicaux, les agents de renseignements personnels, les intermédiaires de marché, toute institution financière, le preneur, mon employeur ou ex-employeur, la C.S.S.T., la R.R.Q., la S.A.A.Q., la R.A.M.Q. et l'A.E. à les communiquer à L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie.

De même, j'autorise L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, à communiquer à ces tiers ainsi qu'à ses réassureurs ces renseignements. Pour les mêmes fins et pour recueillir le même type de renseignements, je consens également à ce que L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, ou ses réassureurs puissent demander un rapport d'enquête à mon sujet et utiliser les renseignements qu'ils détiennent dans d'autres dossiers dont l'objet est accompli.

Le présent consentement vaut également pour la cueillette, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs. Aucune modification ou altération du présent consentement n'influera sur son contenu ni ne liera l'Assureur. Dans l'éventualité où il serait révoqué, l'assurance prendra fin automatiquement.

J'autorise L'Excellence, Compagnie d'assurance-vie, à utiliser ou communiquer mon numéro d'assurance sociale à des fins fiscales et administratives.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

DATE

SIGNATURE DU CONJOINT

SIGNATURE DE L'ASSURÉ PRINCIPAL*

*SI UN DES SIGNATAIRES A MOINS DE 18 ANS, UN DES PARENTS OU TUTEUR DOIT CONTRESIGNER LA PRÉSENTE AUTORISATION.

AVIS CONCERNANT LE BUREAU DE RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (M.I.B.)

Le principal objectif de L'EXCELLENCE, Compagnie d'assurance-vie, est d'offrir la sécurité financière à ses clients au plus bas coût possible. Afin d'atteindre cet objectif d'une manière juste et équitable envers tous ses détenteurs de contrat, la compagnie doit évaluer le risque que représente chaque demande qui lui est faite.

L'étude de votre demande se fait d'après les renseignements provenant de diverses sources comme données que vous avez fournies sur vos antécédents médicaux, résultats de tout examen médical comme de toute analyse jugée nécessaire, rapports reçus de médecins qui vous ont soigné et d'hôpitaux où vous avez séjourné en qualité de malade ainsi que des renseignements sur le caractère de l'assuré principal, sa réputation financière, ses frais personnels et son mode de vie.

Tous les renseignements touchant votre assurabilité seront considérés comme confidentiels. Cependant, L'EXCELLENCE, Compagnie d'assurance-vie, ou ses réassureurs pourront en soumettre un bref rapport au Bureau des Renseignements Médicaux (M.I.B.), organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance-vie et effectuant un échange de renseignements au nom de ses compagnies membres. Si vous souscrivez une assurance de personnes auprès d'une autre compagnie, membre du Bureau, ou si vous lui demandez des prestations, le Bureau fournira à cette dernière, sur demande, les renseignements qu'il possède sur vous.

Sur réception d'une demande de votre part, le Bureau prendra des dispositions pour vous donner les renseignements figurant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, vous pouvez lui demander une rectification à l'adresse suivante :

BUREAU DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (M.I.B.), 330, AVENUE UNIVERSITY, TORONTO (ONTARIO), M5G 1R7, TÉL. : (416) 597-0590

L'EXCELLENCE, Compagnie d'assurance-vie, ou ses réassureurs pourront, eux aussi, communiquer les renseignements tirés de leurs dossiers à d'autres compagnies d'assurance-vie auxquelles vous aurez demandé une assurance-vie ou une assurance-maladie, ou auxquelles vous demanderez des prestations.

L'EXCELLENCE

À DÉTACHER ET À REMETTRE À L'ASSURÉ PRINCIPAL