

Cochez la case appropriée selon le type de couverture que vous désirez modifier ou ajouter.

Dans tous les cas, remplissez les sections A, B, C, D, H, I, J, et K : ainsi que les sections indiquées à droite.

N° de police(s) :

Couvertures pour adultes	Remplir les sections
<input type="checkbox"/> Remise en vigueur <input type="checkbox"/> Règlement des primes ou <input type="checkbox"/> Nouvelle date d'entrée en vigueur	
<input type="checkbox"/> Majoration du capital assuré (faisant partie de la proposition de modification de la police n°)	
<input type="checkbox"/> Renouvellement de l'assurance temporaire renouvelable et transformable de 5 ans	E2, E3, E4, E5, F
<input type="checkbox"/> Passage aux taux non-fumeurs	
<input type="checkbox"/> Révision de la tarification	
<input type="checkbox"/> Autre (préciser)	
Couvertures pour enfants	Remplir les sections
<input type="checkbox"/> Remise en vigueur d'une assurance vie pour enfant	E2 (questions 4, 5, 6),F
<input type="checkbox"/> Remise en vigueur d'une assurance maladies graves pour enfant	E2 (questions 4, 5, 6),F, G
<input type="checkbox"/> Ajout d'un avenant (<input type="checkbox"/> protection enfant <input type="checkbox"/> surprotection enfant)	
<input type="checkbox"/> Ajout d'un enfant à l'avenant (sur) protection enfants existant	E1

A – Information sur la police

Personne à assurer A		Personne à assurer B	
Prénom(s)	Initial	Prénom(s)	Initial
Nom		Nom	
Emploi		Emploi	
Adresse actuelle (rue, ville, province)		Adresse actuelle (rue, ville, province)	
Code postal		Code postal	
Titulaire(s) <input type="checkbox"/> Personne à assurer A OU <input type="checkbox"/> Personne à assurer B OU <input type="checkbox"/> Personne à assurer A et B conjointement OU			
Lien de parenté avec la personne à assurer			
Prénom(s)	Initial	Nom	Emploi
Adresse actuelle (rue, ville, province)		Code postal	
Prénom(s)	Initial	Nom	Emploi
Adresse actuelle (rue, ville, province)		Code postal	
Adresse – Facturation et communications (autre que celle du titulaire): <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Mlle <input type="checkbox"/> Mad. <input type="checkbox"/> Autre (préciser)			
Prénom(s)	Initial	Nom	Emploi
Adresse actuelle (rue, ville, province)		Code postal	

B – Dossier d'assurance – Questions

Si un proposant a produit une demande d'assurance vie dans les 12 derniers mois auprès de la Standard Life ou de toute autre compagnie d'assurances, nous tiendrons compte de la somme totale des demandes de capital assuré au cours de cette période pour déterminer les critères de sélection de la présente demande.

B – Information sur les personnes à assurer et le titulaire

Options : a) Proposant n° 1 en vigueur c) Proposant n° 2 en vigueur e) Titulaire en vigueur
 b) Proposant n° 1 en suspens d) Proposant n° 2 en suspens f) Titulaire en suspens

Option a,b,c,d,e,f	Type d'assurance	Capital assuré	Garantie en cas de décès par accident - montant	Compagnie	Année d'établissement (jj/mm/aaaa)	But visé
		\$				<input type="checkbox"/> commercial <input type="checkbox"/> personnel
		\$				<input type="checkbox"/> commercial <input type="checkbox"/> personnel
		\$				<input type="checkbox"/> Commercial <input type="checkbox"/> personnel
		\$				<input type="checkbox"/> commercial <input type="checkbox"/> personnel

C – Médecin traitant

À remplir pour toutes les personnes à assurer, y compris les enfants.

Indiquez le nom et l'adresse de votre médecin personnel, la raison et la date de la dernière consultation ainsi que les résultats incluant toute demande de consultation et tout traitement recommandé.

Personne à assurer n° 1		Personne à assurer n° 2	
Nom du médecin		Nom du médecin	
Adresse		Adresse	
Numéro de téléphone	Date de la dernière consultation (DD/MM/YYYY)	Numéro de téléphone	Date de la dernière consultation (DD/MM/YYYY)
Motif		Motif	
Résultats (consultations ou traitements recommandés)		Résultats (consultations ou traitements recommandés)	

D – Antécédents familiaux

À remplir pour chaque personne à assurer, y compris les enfants.

Encerclez toutes les affections applicables.

Personne à assurer n° 1	Mère		Père		Frère(s)		Soeur(s)	
a. Indiquez le nombre de frère(s) et de soeur(s)								
b. Indiquez l'état de santé de chaque membre de la famille (vivant)								
c. Indiquez combien de membres de la famille ont, le cas échéant, souffert de l'une des affections suivantes, et (ou) en sont décédés :	Âge au moment du décès	Âge au moment du diagnostic	Âge au moment du décès	Âge au moment du diagnostic	Âge au moment du décès	Âge au moment du diagnostic	Âge au moment du décès	Âge au moment du diagnostic
Diabète								
Accident cérébro-vasculaire								
Anévrisme au cerveau								
Maladie du motoneurone, y compris la SLA (sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Lou Gehrig) et la dystrophie musculaire								
Sclérose en plaques								
Maladie d'Alzheimer								
Maladie de Parkinson								
Chorée de Huntington								
Rein polykystique								
Autre affection rénale								
Hyperlipidémie, « cholestérolémie élevée », hypertension artérielle								
Infarctus, angine								
Tout autre trouble cardiaque ou circulatoire								
Polypes du côlon								
Cancer ou toute tumeur (précisez le type et si elle est maligne ou bénigne)								
Fibrose kystique								
Autisme								
Autre :								
Personne à assurer n° 2	Mère		Père		Frère(s)		Soeur(s)	
a. Indiquez le nombre de frère(s) et de soeur(s)								
b. Indiquez l'état de santé de chaque membre de la famille (vivant)								
c. Indiquez combien de membres de la famille ont, le cas échéant, souffert de l'une des affections suivantes, et (ou) en sont décédés :	Âge au moment du décès	Âge au moment du diagnostic	Âge au moment du décès	Âge au moment du diagnostic	Âge au moment du décès	Âge au moment du diagnostic	Âge au moment du décès	Âge au moment du diagnostic
Diabète								
Accident cérébro-vasculaire								
Anévrisme au cerveau								
Maladie du motoneurone, y compris la SLA (sclérose latérale amyotrophique ou maladie de Lou Gehrig) et la dystrophie musculaire								
Sclérose en plaques								
Maladie d'Alzheimer								
Maladie de Parkinson								
Chorée de Huntington								
Rein polykystique								
Autre affection rénale								
Hyperlipidémie, « cholestérolémie élevée », hypertension artérielle								
Infarctus, angine								
Tout autre trouble cardiaque ou circulatoire								
Polypes du côlon								
Cancer ou toute tumeur (précisez le type et si elle est maligne ou bénigne)								
Fibrose kystique								
Autisme								
Autre :								

E – Antécédents personnels

E1 – Antécédents médicaux des enfants

Avenants (sur)protection enfant seulement

Remplir cette section pour toutes les personnes à assurer demandant l'avenant – protection enfant ou l'avenant – surprotection enfant.

Assurez-vous de remplir la section D, Antécédents familiaux, à la page 2.

Si vous avez répondu oui à l'une ou l'autre des questions de la section E1, Antécédents médicaux des enfants, passez à la page 4+5 et répondez à toutes les questions des sections F, Antécédents médicaux : F2, F3 et F4.

E2 – Avez-vous

Chaque personne à assurer de 16 ans et plus doit répondre aux questions 1 à 6.

Seules les réponses aux questions 4, 5 et 6 sont requises pour les enfants.

1.	Taille	Enfant à assurer n° 1			Enfant à assurer n° 2		
		pi	po.	cm	pi	po.	cm
	Poids		lb	kg		lb	kg
	Variation du poids au cours des derniers 12 mois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Gain <input type="checkbox"/> Perte	lb kg	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Gain <input type="checkbox"/> Perte	lb kg
	Raison de la variation du poids						
2.	Un des enfants subit-il présentement un traitement par médication ou sous toute autre forme?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
3.	Un des enfants a-t-il déjà subi une intervention chirurgicale ou un examen spécialisé ou en a-t-il de prévu bientôt?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
4.	Un des enfants à assurer est-il atteint d'une cardiopathie congénitale, d'hémophilie, de handicaps physiques y compris la cécité ou la surdité, d'une déficience mentale dont l'autisme, de la paralysie cérébrale, d'un retard du développement y compris le syndrome de Down?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Veillez cocher OUI ou NON et encercler toutes les situations/conditions/réponses AFFIRMATIVES qui s'appliquent. Fournir les détails pour chaque OUI à la section H, Renseignements additionnels concernant les antécédents médicaux et personnels, à la page 6.

	Personne à assurer n° 1	Personne à assurer n° 2
1. déjà été condamné ou plaidé coupable pour tout acte criminel ou une cause en instance (non reliée à la conduite automobile)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. pratiqué, au cours des deux dernières années, des sports dangereux comme la plongée sous-marine, le parachutisme, la course automobile, le vélideltisme (deltaplane), le saut à l'élastique (bungee), etc., ou avez-vous l'intention d'en pratiquer? Dans l'affirmative, veuillez remplir le questionnaire n° F659 concernant les activités dangereuses.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. piloté un avion au cours des deux dernières années ou comptez-vous le faire dans un avenir rapproché? Le cas échéant, veuillez remplir le questionnaire n° F659 concernant les activités dangereuses.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. voyagé en dehors de l'Amérique du Nord ou de l'Europe de l'Ouest au cours des deux dernières années? Le cas échéant, veuillez fournir les détails, y compris le lieu, la durée et le but du voyage.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. l'intention d'aller vivre ou de voyager à l'extérieur de l'Amérique du Nord ou de l'Europe de l'Ouest? Le cas échéant, veuillez fournir les détails, y compris le lieu, la durée et le but du voyage.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. soumis une proposition d'assurance vie, maladies graves, maladie ou invalidité ou une demande de remise en vigueur ou de modification qui a été assujettie à une surprime, refusée, reportée, modifiée ou à laquelle on n'a pas donné suite?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

E3 – Avez-vous

À remplir par chaque personne à assurer de 16 ans et plus.

	Personne à assurer n° 1	Personne à assurer n° 2
1. au cours des 5 dernières années, été condamné ou plaidé coupable pour toute infraction aux règlements de la circulation ou été impliqué dans un accident ayant causé des dommages importants, des blessures ou des décès? Le cas échéant, veuillez fournir les détails à la section H, Renseignements additionnels concernant les antécédents médicaux et personnels, à la page 6, y compris le type de délit, les dates, les vitesses (limite permise (zone) et limite atteinte) y correspondant ainsi que le numéro de permis de conduire.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Numéro de permis	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Numéro de permis
2. au cours des 5 dernières années, refusé de subir l'ivressomètre, été condamné ou plaidé coupable pour avoir conduit alors que vous aviez les facultés affaiblies? Le cas échéant, veuillez fournir les détails à la section H, Renseignements additionnels concernant les antécédents médicaux et personnels, à la page 6, ainsi que le numéro de permis de conduire.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Numéro de permis	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Numéro de permis

E4 – Consommez-vous des boissons alcoolisées ?

À remplir par chaque personne à assurer de 16 ans et plus.

Personne à assurer n° 1				Personne à assurer n° 2			
<input type="checkbox"/> Oui (veuillez remplir ci-dessous)		<input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui (veuillez remplir ci-dessous)		<input type="checkbox"/> Non	
Quotidiennement	Vin (4 oz)	Spiritueux (2 oz)	Bière (8 oz)	Quotidiennement	Vin (4 oz)	Spiritueux (2 oz)	Bière (8 oz)
Hebdomadaire-ment	Vin (4 oz)	Spiritueux (2 oz)	Bière (8 oz)	Hebdomadaire-ment	Vin (4 oz)	Spiritueux (2 oz)	Bière (8 oz)
Mensuellement	Vin (4 oz)	Spiritueux (2 oz)	Bière (8 oz)	Mensuellement	Vin (4 oz)	Spiritueux (2 oz)	Bière (8 oz)

E5 – Usage du tabac et de produits contenant de la nicotine

Indiquez si vous faites ou avez déjà fait usage des produits suivants et indiquez en quelle quantité. Indiquez la dernière date d'utilisation.

À remplir par chaque personne à assurer de 16 ans et plus.

	Personne à assurer n° 1				Personne à assurer n° 2					
	Détails		Qté	Fréquence d'utilisation Jour Mois Année	Dernière date (JJ/MM/AAAA)	Détails		Qté	Fréquence d'utilisation Jour Mois Année	Dernière date (JJ/MM/AAAA)
Oui	Non	Oui				Non				
Cigarette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigarillo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cigare (de tous types)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Timbre à la nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gomme à mâcher à la nicotine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chewing Tobacco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pipe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marijuana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (ex. : noix de bétel)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F – Questions médicales

F1 – Stature : Quels sont votre taille et votre poids actuels?

À remplir pour chaque personne à assurer, sauf pour les avenants (sur)protection enfant.

	Personne à assurer n° 1			Personne à assurer n° 2				
	<i>pi</i>	<i>po.</i>	<i>cm</i>	<i>pi</i>	<i>po.</i>	<i>cm</i>		
Taille								
Poids		<i>lb</i>	<i>kg</i>		<i>lb</i>	<i>kg</i>		
Changement de poids au cours des 12 derniers mois	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Gain	<i>lb</i>	<i>kg</i>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Gain	<i>lb</i>	<i>kg</i>
	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Perte			<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Perte		
Raison du changement de poids								

F2 – Est-ce que vous

À remplir pour chaque personne à assurer.

Veuillez cocher OUI ou NON et encercler toutes les situations/conditions/réponses applicables (affirmatives). Fournir les détails pour chaque OUI répondu à la section H, *Renseignements addition-nels concernant les antécédents médicaux et personnels*, à la page 6.

	Personne à assurer n° 1	Personne à assurer n° 2
1. prenez actuellement des médicaments prescrits ou non, ou vous a-t-on recommandé de suivre un traitement ou de consulter un autre professionnel de la santé? Si oui, veuillez fournir des détails.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. présentez des symptômes ou des signes de maladies pour lesquelles vous n'avez pas encore consulté un médecin ou reçu un traitement? Si oui, veuillez fournir des détails.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. attendez actuellement une consultation médicale ou des résultats d'examen? Si oui, veuillez fournir des détails.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

F3 – Avez-vous déjà eu des raisons de croire que vous étiez atteint d'une affection, ou, encore, vous a-t-on déjà conseillé de passer des examens, de subir un traitement ou de consulter un professionnel de la santé relativement à une affection :

À remplir pour chaque personne à assurer.

Veuillez cocher OUI ou NON et encercler toutes les situations/conditions/réponses applicables (affirmatives). Fournir les détails pour chaque OUI répondu à la section H, *Renseignements additionnels concernant les antécédents médicaux et personnels*, à la page 6.

	Proposed Insured 1	Proposed Insured 2
1. du système cérébral ou nerveux tels que : étourdissements, symptômes de syncope, convulsions, épilepsie, blessure à la tête, maux de tête persistants, dépression nerveuse, anxiété, épuisement professionnel, paralysie, fourmillements, engourdissements, troubles de l'élocution, tremblements, maladie de Parkinson ou pertes de mémoire?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. des yeux, des oreilles, du nez ou de la gorge?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. des poumons ou du système respiratoire tels que : essoufflement, toux persistante, bronchite chronique, emphysème, asthme, pleurésie, tuberculose ou apnée du sommeil?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. du coeur, des artères, ou de toute autre partie du système circulatoire tels que : douleurs thoraciques, palpitations, hypertension artérielle, fièvre rhumatismale, souffle cardiaque, infarctus, angine, accident cérébro-vasculaire, accident ischémique transitoire (TIA) ou taux élevé de cholestérol?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. du système gastro-intestinal tels que : ulcère, colite, calculs biliaires, hépatite, y compris l'état de porteur de la maladie, jaunisse ou tout autre trouble du foie, du pancréas, de l'estomac, de l'intestin ou du rectum?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. de l'appareil génital ou urinaire tels que : sucre, protéine, albumine, pus ou sang dans l'urine, maladie transmissible sexuellement, pierre au rein ou autre trouble du rein, de la vessie, de la prostate, de la poitrine ou des organes génitaux?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. des glandes tels que : diabète, thyroïde ou glandes enflées ou noeuds lymphatiques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. des articulations, des os, des muscles ou des membres tels que : arthrite, rhumatisme, goutte, troubles dorsaux ou maladie des disques?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9. du sang, y compris de l'anémie, de la leucémie ou de l'hémophilie?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10. du système immunitaire, y compris des infections inexpliquées?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

F4 – Avez-vous

À remplir pour chaque personne à assurer.

Veuillez cocher OUI ou NON et encercler toutes les situations/conditions/réponses (affirmatives) qui s'appliquent. Fournir les détails pour chaque OUI à la section H, *Renseignements additionnels concernant les antécédents médicaux et personnels*, à la page 6.

	Personne à assurer n° 1	Personne à assurer n° 2
1. déjà eu un cancer, un kyste, une tumeur, une bosse ou une lésion cutanée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. subi, ou vous a-t-on recommandé de subir, au cours des cinq dernières années, des électrocardiogrammes, des analyses sanguines, des radiographies ou d'autres examens?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. consulté un médecin non mentionné ci-dessus ou été hospitalisé dans un hôpital, une clinique ou dans tout autre établissement de santé au cours des cinq dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. consommé des drogues illégales telles que des narcotiques, des amphétamines, des barbituriques, de la cocaïne, de l'héroïne, du LSD, du crystal meth, de l'ecstasy ou toute autre substance semblable? Si oui, remplissez le questionnaire sur la consommation de drogues.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. déjà eu l'idée, ou vous a-t-on déjà conseillé, de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues, ou de chercher un traitement ou une consultation en raison de votre consommation d'alcool ou de drogues? Si oui, remplissez le questionnaire sur la consommation de drogues (2148) ou d'alcool (2149), ou les deux.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. déjà eu l'idée ou vous a-t-on déjà conseillé de subir un traitement ou de consulter en raison de problèmes de jeu?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. subi ou vous a-t-on déjà conseillé de subir des tests de dépistage du SIDA (VIH) ou avez-vous reçu des informations indiquant que vous avez peut-être été exposé au virus du SIDA (VIH)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
8. des symptômes pour lesquels vous n'avez toujours pas subi d'examen ou vous êtes en attente de résultats?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
9. au cours des derniers 90 jours, été hospitalisé ou admis dans un établissement de santé, ou vous a-t-on conseillé de l'être, pour des raisons autres qu'un accouchement normal, ou avez-vous eu à subir une chirurgie ou vous a-t-on recommandé d'en subir une?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
10. dû vous absenter du travail pendant plus de 2 semaines consécutives pour cause de maladie, d'invalidité ou de blessure?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
11. souffert d'une grave maladie, subi une opération chirurgicale, un accident ou une blessure non mentionnés ci-dessus?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

I – Règlement de la prime

Règlement de la prime	Prime/prime choisie à régler (Chèque annexé)	Montant \$
Facturation future	<input type="checkbox"/> Facturation directe annuelle <input type="checkbox"/> Facturation directe semestrielle	
Convention de prélèvement automatique (CPA) <i>(Prière d'annexer un spécimen de chèque pour remises en vigueur ou nouvelles conventions.)</i>	<input type="checkbox"/> Nouvelle convention de prélèvement : <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Trimestrielle <input type="checkbox"/> Semestrielle <input type="checkbox"/> Annuelle	
	<input type="checkbox"/> Ajout à une convention existante: Numéro de police	
	<input type="checkbox"/> Date de prélèvement demandée (La date de prélèvement ne peut être postérieure à la date d'établissement et elle ne peut tomber le 29, le 30 ou le 31 de tout mois) (DD/MM/YYYY)	
<p>Vous ne pouvez représenter un paiement de prime retourné en raison d'une provision insuffisante ou de fonds non compensés qu'une seule fois et dans les 30 jours suivant l'imputation initiale. Si le paiement est retourné une deuxième fois, le mode de règlement sera remplacé par la facturation directe selon une périodicité annuelle, et le solde impayé de la prime calculée jusqu'à l'anniversaire de police sera immédiatement exigible. Une nouvelle CPA sera exigée pour revenir au règlement des primes par prélèvement automatique. La Standard Life se réserve le droit d'interdire une modification au mode de règlement des primes par prélèvement automatique jusqu'au prochain anniversaire de police.</p>		
Renseignements bancaires	Déposant(s) (comme indiqué aux dossiers de la banque)	Domiciliation no
	Banque - nom	Succursale - adresse (rue, ville, province)
		Compte no
		Code postal
Renseignements additionnels	Majorer de \$ le prélèvement en vertu de la CPA	<input type="checkbox"/> Remboursement de prêt : <input type="checkbox"/> Dépôt au FC

J – Déclarations et autorisations

Les soussignés :

- conviennent que, outre la présente proposition, un questionnaire complémentaire sur le style de vie et les antécédents médicaux pourrait être rempli lors de la rencontre avec le courtier ou à l'occasion d'un entretien téléphonique ENREGISTRÉ ou d'un entretien en personne avec un professionnel de la santé. Les déclarants conviennent que ces renseignements serviront à établir la police souscrite auprès de la Standard Life, et que les résultats de l'évaluation des risques seront communiqués au courtier. Les déclarants conviennent également d'examiner ces renseignements dès réception de la police et d'aviser immédiatement la Standard Life de toute erreur ou inexactitude, ou, encore, en cas de changement dans l'assurabilité survenu entre la date de la proposition et celle de la délivrance de la police qui aurait pour effet d'annuler la police depuis la date d'établissement;
- conviennent que, si des renseignements enregistrés se révèlent inexacts ou incomplets (y compris, notamment, les renseignements fournis pour justifier l'application des taux non fumeurs relativement à un déclarant), la police sera nulle dans le cas de ce déclarant;
- autorisent la Standard Life, aux fins de la sélection des risques, de l'administration de l'assurance et du règlement des sinistres seulement : à recueillir uniquement les renseignements nécessaires selon l'objet de dossier auprès de toute personne physique ou morale possédant des renseignements personnels à leur sujet, y compris toute autre compagnie d'assurances, tout médecin ou tout établissement médical, le Bureau de renseignements médicaux, toute agence d'évaluation du crédit ou tout bureau d'enquête et toute personne physique ou morale susceptible de posséder des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier; à divulguer uniquement les renseignements personnels requis qu'elle possède sur eux aux personnes physiques ou morales visées et à demander sur eux un rapport d'enquête. La présente autorisation vaut pour la période nécessaire à l'atteinte des fins auxquelles elle a été demandée. Les soussignés accusent réception de l'avis du Bureau de renseignements médicaux;
- déclarent que les affirmations ci-dessus sont véridiques, complètes et correctement consignées et font partie intégrante de leur demande d'assurance vie auprès de la Standard Life. Aux fins de l'évaluation des risques en vertu de la demande d'assurance vie présentée à la Standard Life ou de toute réclamation, les déclarants autorisent tout médecin autorisé, médecin praticien, hôpital, toute clinique ou tout autre établissement médical, ainsi que toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux ou toute autre organisation, institution ou personne à transmettre des renseignements à leur sujet à la Standard Life ou à ses réassureurs. Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'original;
- autorisent la Standard Life, aux fins de la sélection des risques, de l'administration de l'assurance et du règlement des sinistres seulement : à recueillir uniquement les renseignements nécessaires selon l'objet de dossier auprès de toute personne physique ou morale possédant des renseignements personnels à leur sujet, y compris toute autre compagnie d'assurances, tout médecin ou institution médicale, le Medical Information Bureau, Inc., toute agence d'évaluation du crédit ou d'enquête et toute personne physique ou morale susceptible de posséder des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier; à divulguer uniquement les renseignements personnels requis qu'elle possède sur eux auxdites personnes physiques ou morales et à demander sur eux un rapport d'enquête. La présente autorisation vaut pour la période nécessaire à l'atteinte des fins auxquelles elle a été demandée. Les soussignés accusent réception de l'avis du Medical Information Bureau.
- conviennent que, si des prélèvements automatiques sont demandés, ils autorisent la Standard Life à effectuer ces prélèvements sur le compte ouvert à l'institution financière indiquée sur le spécimen de chèque ci-joint ou sur tout autre compte ouvert à toute institution financière qu'ils pourront désigner par la suite. Ils accordent à l'institution financière concernée l'autorisation de traiter les prélèvements comme s'ils portaient leur signature.

Il est par ailleurs convenu de ce qui suit :

- J'autorise/Nous autorisons la Standard Life à commencer à effectuer les prélèvements selon mes/nos directives pour payer les primes périodiques et effectuer des versements réguliers sur mon/notre plan d'investissement. Je peux/Nous pouvons résilier la présente convention de prélèvement automatique (CPA) en tout temps en donnant à la Standard Life un préavis verbal ou écrit de 10 jours. Pour obtenir un formulaire de résiliation ou de plus amples renseignements sur mon/notre droit d'annuler la présente CPA, je peux/nous pouvons communiquer avec mon/notre institution financière ou avec la Standard Life, ou, encore, consulter le site www.cdnpay.ca. Je peux/nous pouvons renoncer à mon/notre droit de recevoir notification du montant du prélèvement automatique et je conviens/nous convenons, par conséquent, de ne pas exiger de préavis faisant état du montant du prélèvement automatique avant qu'il soit porté au débit de mon/notre compte. Je dispose/Nous disposons de certains recours si un débit ne respecte pas la présente convention. J'ai/Nous avons droit au remboursement de toute somme débitée qui ne serait pas autorisée en vertu de la présente CPA ou ne serait pas conforme à celle-ci. Pour obtenir plus de renseignements sur mes/nos recours, je peux m'adresser/nous pouvons nous adresser à mon/notre institution financière ou à la Standard Life, ou consulter le site www.cdnpay.ca. Si la police fournit une couverture individuelle, la CPA sera établie comme une CPA personnelle, et si la police fournit une couverture commerciale, alors la CPA sera établie comme une CPA d'entreprise.
- Les prélèvements doivent être effectués entre le 1^{er} et le 28 du mois. La date de prélèvement des primes doit coïncider avec la date d'échéance ou la précéder en vertu d'une police Perspecta.
- Si aucune date de prélèvement n'est indiquée, les prélèvements seront effectués à la date d'échéance indiquée dans la police (date d'échéance de la prime). Si la présente convention vaut pour plusieurs polices, un seul prélèvement combiné sera alors effectué à la première date d'échéance de la prime. Si la date de prélèvement diffère de la date d'échéance de la prime, le délai de grâce de 31 jours commencera à courir à la date d'échéance de la prime.
- La Standard Life demande un préavis écrit ou verbal d'au moins 10 jours pour traiter toute modification à la présente convention.
- Si l'une ou l'autre des parties désire révoquer la présente convention, elle devra donner à l'autre partie un préavis écrit ou verbal de 10 jours.
- À la résiliation de la présente convention, la prime reviendra d'office à une périodicité annuelle. Le cas échéant, le solde proportionnel impayé de la prime jusqu'à l'anniversaire de police sera immédiatement exigible.

La Standard Life se propose, entre autres objectifs principaux, de fournir de l'assurance à tarifs peu élevés. La sélection des risques est nécessaire d'abord à l'établissement de tarifs peu élevés, et également à la juste participation du titulaire aux coûts de l'assurance. L'étude d'une proposition entraîne l'analyse de renseignements provenant de sources diverses. Ces renseignements sont, notamment, les résultats des examens médicaux exigés, tout rapport de médecin ayant traité l'assuré et d'hôpitaux où l'assuré a reçu des soins; ils peuvent aussi être d'ordre personnel ou avoir trait à la solvabilité de l'assuré.

Tout renseignement portant sur l'assurabilité est confidentiel.

Notre compagnie ou nos réassureurs peuvent cependant envoyer un bref rapport à ce sujet à MIB Inc., un groupement sans but lucratif de compagnies d'assurance vie permettant l'échange de renseignements entre ses membres. Dans le cas d'une proposition d'assurance vie ou maladie, soumise par la personne à assurer à une autre compagnie membre, ou dans le cas d'une demande de règlement à une compagnie membre, MIB Inc. fournira à la compagnie en question les renseignements contenus dans ses dossiers.

À la demande de l'assuré, MIB Inc. permettra la divulgation de tout renseignement contenu dans le dossier de celui-ci. En cas de doute sur l'exactitude des renseignements contenus dans son dossier, l'assuré peut, en communiquant avec MIB Inc., faire apporter la correction qui s'impose. L'adresse de MIB Inc. est : 330 University Ave., Toronto, Ontario M5G 1R7. Téléphone : 416 597-0590.

La Standard Life ou ses réassureurs peuvent également divulguer les renseignements contenus dans le dossier de l'assuré à d'autres compagnies d'assurances auxquelles ce dernier soumet une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement.

L'intention de MIB Inc. est d'éviter aux compagnies membres et à leurs titulaires de polices le fardeau des dépenses occasionnées par ceux qui taisent certains faits relatifs à leur assurabilité. Les renseignements divulgués par MIB Inc. peuvent signaler à l'assureur l'éventuelle nécessité d'une enquête plus approfondie. MIB Inc. n'est pas un dépôt d'archives médicales des hôpitaux et des médecins, et aucun renseignement n'est divulgué quant à l'acceptation ou au refus de propositions d'assurance ni à l'imposition de surprimes.

RAPPORT SUR LE CONSOMMATEUR

Pour le traitement normal des propositions d'assurance, toutes les compagnies d'assurance vie, y compris la Standard Life, peuvent demander une enquête personnelle ou un rapport sur le consommateur contenant des renseignements personnels sur les assurés. Il est possible que l'on communique avec vous à cette fin.