RÉINITIALISATION

APP NO.

Proposition **d'assurance vie et d'assurance contre la maladie grave**

Vente avec entretien

BMO Assurance

MD Marque de commerce déposée de la Banque de Montréal, utilisée sous licence.

Proposition d'assurance vie et d'assurance contre la maladie grave – Table des matières

Section 1 Questions d'admissibilité 1
Section 2 Cette proposition vise à : 1
Section 3 Information sur les personnes à assurer 2
Section 4 Renseignements sur le ou les titulaires de la police 3
Section 5 Renseignements sur la police 7
Section 6 Renseignements sur le bénéficiaire 9
Section 7 Objet de l'assurance et source du paiement 11
Section 8 Renseignements financiers 11
Section 9 Antécédents d'assurance 11
Section 10 Renseignements sur le mode de vie 12
Section 11 Commentaires 13
Section 12 Renseignements médicaux 14
Section 13 Avenant d'assurance temporaire pour les enfants et garantie d'exonération des primes du titulaire 16
Section 14 Commentaires Généraux 18
Section 15 Paiements et autorisations 20
Section 16 Proposition d'assurance provisoire 21
Section 17 Avis, déclarations, confirmations, autorisations et signatures 22
Section 18 Autorisation de divulgation de renseignements au conseiller (facultative) 23
Section 19 Consentement à la communication de renseignements 23
Section 20 Avis concernant la protection de la vie privée, les renseignements personnels et MIB Inc. 24
Section 21 Certificat et récépissé d'assurance provisoire 26
Section 22 Rapport du conseiller 28

Directives Importantes au Conseiller

A – POUR ACCÉLÉRER L'ÉTABLISSEMENT

1. **Utilisez ce formulaire seulement si vous le remplissez en compagnie des personnes à assurer et des titulaires de la police.**
2. Répondez à TOUTES les questions de la proposition. Toute réponse manquante ou incomplète entraînera la modification de la police ou retardera l'établissement de l'assurance pour votre client.
3. Écrivez toutes les réponses à l'encre noire ou bleu foncé et EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.
4. DÉTACHEZ la section 20 – Vie privée et autorisation relative aux renseignements personnels, puis remettez-la aux personnes à assurer.
5. Une ILLUSTRATION doit accompagner toutes les propositions d'assurance vie universelle et celles visant le Régime d'assurance vie entière de BMO Assurance.
6. Si la GARANTIE D'EXONÉRATION DES PRIMES DU TITULAIRE est demandée, remplissez les parties pertinentes de la section 13.
7. Assurez-vous que tous les CHANGEMENTS faits dans la proposition sont paraphés par la personne qui RÉPOND aux questions.
8. Si vous manquez d'espace dans l'une ou l'autre des parties du formulaire, servez-vous des sections COMMENTAIRES pour compléter l'information. Au besoin, écrivez l'information sur une feuille séparée portant la date du jour et la signature de la personne à assurer concernée, puis joignez celle-ci à la proposition.
9. Vérifiez que toutes les SIGNATURES nécessaires ont été fournies.
10. Sauf pour les sections 20 et 21, vous NE DEVEZ PAS retirer de section de ce formulaire.

B – Questions médicales

Section 12 – Renseignements médicaux

La section 12.1 doit être remplie dans toutes les propositions. Si les exigences de tarification médicale comprennent au moins une entrevue téléphonique ou un examen paramédical, vous pouvez NE PAS remplir les sections 12.2, 12.3 et 12.4. Vous ne devez pas retirer cette section. Les exigences de tarification médicale figurent sur toutes les illustrations créées avec le logiciel d'illustration La Vague.

Vous trouverez les exigences de tarification médicale en consultant les ***Lignes directrices de tarification*** *(formulaire* ***319F****) affichées dans le système d'illustration La Vague ou dans la section du Soutien au conseiller de notre site Internet bmoassurance.com/soutienconseiller.*

C – Proposition d'assurance provisoire

Section 16 et section 21 :

TOUTES les conditions ci-après doivent être respectées pour que le **Certificat et récépissé d'assurance provisoire (section 21)** puisse être délivré :

1. La ou les personnes à assurer doivent avoir répondu aux questions de la **Proposition d'assurance provisoire (section 16)**.
2. La **Proposition d'assurance provisoire (section 16)** dûment remplie doit être jointe à cette proposition.
3. La ou les personnes à assurer NE DOIVENT PAS avoir plus de 65 ans.
4. La prime intégrale indiquée dans le **Certificat et récépissé d'assurance provisoire (section 21)** ou une partie de cette prime doit avoir été versée (nous n'acceptons pas les chèques postdatés).

PERCEVEZ LA PRIME SEULEMENT SI TOUTES LES CONDITIONS CI-DESSUS ONT ÉTÉ REMPLIES ET SI LA RÉPONSE À TOUTES LES QUESTIONS DE LA Proposition d'assurance provisoire (section 16) EST « NON ».

Dans la présente proposition, les mots « nous », « notre », « nos » et « société » se rapportent à BMO Société d'assurance-vie. Les mots « je », « vous », « votre » et « vos » se rapportent à la personne à assurer ou au titulaire éventuel.

Nous nous servons de l'information fournie dans cette proposition pour déterminer si vous êtes admissible ou non à l'assurance et quels taux de prime s'appliquent à l'assurance que vous demandez. Si vous faites une fausse déclaration, quel qu'en soit le sujet, ou si vous donnez des renseignements qui ne sont pas à jour, complets ou exacts, nous nous réservons le droit d'annuler toute police que nous avons établie sur la base des renseignements que vous aviez fournis.

Section 1 – Questions d'admissibilité – À remplir **obligatoirement**

1.1 – Compréhension de la langue dans laquelle la proposition est rédigée

1. Les personnes à assurer et le titulaire éventuel de la police comprennent-ils tous bien la langue (français ou anglais) dans laquelle cette proposition d'assurance est rédigée?
◯ Oui ◯ Non

Si vous avez répondu « oui », passez à la section 1.2.

2. Si vous avez répondu « **non** », avez-vous reçu des explications précises, dans la langue de votre choix, au sujet du contenu de cette proposition et les avez-vous bien comprises?
◯ Oui ◯ Non

Ne remplissez pas cette proposition si vous avez répondu « non ».

Si vous avez répondu « oui », décrivez à la section 11 ou à la section 14 ce qui a été fait pour s'assurer que toutes les questions et les autorisations contenues dans cette proposition d'assurance ont été bien comprises.

1.2 – Compréhension de la langue dans laquelle la police est rédigée

1. Dans quelle langue devons-nous rédiger la police et la correspondance future? ◯ Français ◯ Anglais

Votre police d'assurance sera délivrée dans une seule des langues officielles du Canada (français ou anglais, selon vos instructions). Il vous revient de prendre les mesures nécessaires pour comprendre parfaitement les modalités du contrat d'assurance.

1.3 – Déclaration de résidence canadienne

1. Est-ce que toutes les personnes à assurer et tous les titulaires éventuels de la police sont des résidents du Canada aux fins de l'impôt sur le revenu du Canada? ◯ Oui ◯ Non

Ne soumettez pas cette proposition si vous avez répondu « non ».

Section 2 – Cette proposition vise à :

◯ Établir une nouvelle police	◯ Remplacer la police de BMO Assurance nº
◯ Ajouter une personne à assurer à la proposition nº	◯ Ajouter une garantie à la police La Prévoyance nº

Section 3 – Information sur les personnes à assurer

3.1 – Personne à assurer 1

Prénom	**Nom de famille**	**Initiale du 2e prénom** (s'il y a lieu)	**Nom de jeune fille** (s'il y a lieu)

Quel est votre statut de résident? ◯ Citoyen canadien ◯ Résident permanent – Donnez la date d'entrée au Canada (JJ/MMM/AAAA) ◯ Autre (précisez) – Donnez la date d'entrée au Canada (JJ/MMM/AAAA)

Date de naissance (JJ/MMM/AAAA)	**Lieu de naissance**	
	◯ Canada (province)	◯ États-Unis (État) ◯ Autre (pays)

Sexe	**Catégorie**	**Renseignements sur l'identité**	**Date d'expiration** (JJ/MM/AAAA)
◯ Masculin ◯ Féminin	◯ Fumeur ◯ Non-fumeur	◯ N° de permis de conduire _____ ◯ Autre (précisez) _____	_____

Adresse du domicile (numéro, rue, appartement)	**Nombre d'années**	**Numéro de téléphone mobile** (à privilégier)

Ville	**Province**	**Code postal**	**Numéro de téléphone à domicile** (optionnel)

Si l'adresse désigne une case postale, est située sur une route rurale ou est desservie par le service de poste restante, indiquez l'emplacement exact du domicile.

Adresse courriel – En fournissant mon adresse courriel, je consens à recevoir par voie électronique les documents et les renseignements concernant cette proposition.

Profession ou fonction	**Nombre d'années avec l'employeur actuel**

Nom de l'employeur	**Type d'entreprise**

Adresse de l'employeur (numéro, rue, local, RR)	**Ville**	**Province**	**Code postal**

3.2 – Personne à assurer 2 – (À remplir si la proposition concerne un régime conjoint ou multigaranties)

Prénom	**Nom de famille**	**Initiale du 2e prénom** (s'il y a lieu)	**Nom de jeune fille** (s'il y a lieu)

Lien avec la personne à assurer 1

Quel est votre statut de résident? ◯ Citoyen canadien ◯ Résident permanent – Donnez la date d'entrée au Canada (JJ/MMM/AAAA) ◯ Autre (précisez) – Donnez la date d'entrée au Canada (JJ/MMM/AAAA))

Date de naissance (JJ/MMM/AAAA)	**Lieu de naissance**	
	◯ Canada (province)	◯ États-Unis (État) ◯ Autre (pays)

Sexe	**Catégorie**	**Renseignements sur l'identité**	**Date d'expiration** (JJ/MM/AAAA)
◯ Masculin ◯ Féminin	◯ Fumeur ◯ Non-fumeur	◯ N° de permis de conduire _____ ◯ Autre (précisez) _____	_____

Adresse du domicile (numéro, rue, appartement)	**Nombre d'années**	**Numéro de téléphone mobile** (à privilégier)

Ville	**Province**	**Code postal**	**Numéro de téléphone à domicile** (optionnel)

Si l'adresse désigne une case postale, est située sur une route rurale ou est desservie par le service de poste restante, indiquez l'emplacement exact du domicile.

Adresse courriel – En fournissant mon adresse courriel, je consens à recevoir par voie électronique les documents et les renseignements concernant cette proposition.

Profession ou fonction	**Nombre d'années avec l'employeur actuel**

Nom de l'employeur	**Type d'entreprise**

Adresse de l'employeur (numéro, rue, local, RR)	**Ville**	**Province**	**Code postal**

Section 4 – Renseignements sur le ou les titulaires de la police

4.1 – Qui sera titulaire de la police? *(Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent.)*

◯ **A**. Personne à assurer 1 seulement	◯ **B**. Personne à assurer 2 seulement	◯ **C.** Personne à assurer 1 et personne à assurer 2 en propriété conjointe
Si vous avez sélectionné A, B ou C, ne remplissez pas la section 4.2 et passez à la section 4.3.		
◯ **D**. Particulier autre que la personne à assurer 1 et la personne à assurer 2 **Passez à la section 4.2**		
◯ **E**. Société par actions, fiducie ou autre entité **Passez à la section 4.5**		

4.2 – À remplir si le titulaire est un particulier, mais n'est ni la personne à assurer 1 ni la personne à assurer 2

Dans le cas d'une entreprise individuelle, le titulaire est le particulier ou le particulier qui exerce l'activité de l'entreprise.

Titulaire Éventuel 1

Prénom	**Nom de famille**	**Initiale du 2e prénom** (s'il y a lieu)	**Nom de jeune fille** (s'il y a lieu)
Lien avec la personne à assurer	**Date de naissance** (JJ/MMM/AAAA)	**Lieu de naissance** ◯ Canada (province) ◯ États-Unis (État) ◯ Autre (pays)	
Sexe ◯ Masculin ◯ Féminin	**Si vous demandez la garantie d'exonération des primes du titulaire** **Catégorie** ◯ Fumeur ◯ Non-fumeur		
Nom de l'entreprise individuelle (s'il y a lieu)			
Adresse du domicile (numéro, rue, appartement)		**Nombre d'années**	**Numéro de téléphone mobile** (à privilégier)
Ville	**Province**	**Code postal**	**Numéro de téléphone à domicile** (optionnel)
Si l'adresse désigne une case postale, est située sur une route rurale ou est desservie par le service de poste restante, indiquez l'emplacement exact du domicile.	**Adresse courriel –** En fournissant mon adresse courriel, je consens à recevoir par voie électronique les documents et les renseignements concernant cette proposition.		
Profession ou fonction			**Nombre d'années avec l'employeur actuel**
Nom de l'employeur		**Type d'entreprise**	
Adresse de l'employeur (numéro, rue, local, RR)		**Ville**	**Province** / **Code postal**

Titulaire Éventuel 2

Prénom	**Nom de famille**	**Initiale du 2e prénom** (s'il y a lieu)	**Nom de jeune fille** (s'il y a lieu)
Lien avec la personne à assurer	**Date de naissance** (JJ/MMM/AAAA)	**Lieu de naissance** ◯ Canada (province) ◯ États-Unis (État) ◯ Autre (précisez)	
Sexe ◯ Masculin ◯ Féminin	**Si vous demandez la garantie d'exonération des primes du titulaire** **Catégorie** ◯ Fumeur ◯ Non-fumeur		
Nom de l'entreprise individuelle (s'il y a lieu)			
Adresse du domicile (numéro, rue, appartement)		**Nombre d'années**	**Numéro de téléphone mobile** (à privilégier)
Ville	**Province**	**Code postal**	**Numéro de téléphone à domicile** (optionnel)
Si l'adresse désigne une case postale, est située sur une route rurale ou est desservie par le service de poste restante, indiquez l'emplacement exact du domicile.	**Adresse courriel –** En fournissant mon adresse courriel, je consens à recevoir par voie électronique les documents et les renseignements concernant cette proposition.		
Profession ou fonction			**Nombre d'années avec l'employeur actuel**
Nom de l'employeur		**Type d'entreprise**	
Adresse de l'employeur (numéro, rue, local, RR)		**Ville**	**Province** / **Code postal**

4.3 – Titulaires multiples

Cette section vous indique ce qui se passe si l'un des titulaires décède et que l'autre titulaire ainsi que la personne assurée demeurent en vie.

1.	**Dans toutes les provinces, sauf le Québec, le droit de survie s'applique par défaut.** Au décès d'un titulaire, les intérêts de ce dernier sont automatiquement transférés aux titulaires survivants. ◯ Cochez la case pour ne pas appliquer le droit de survie. Si vous indiquez qu'il n'y a pas de droit de survie, les droits du titulaire décédé seront transmis à sa succession ou au titulaire successeur dont le nom figure à la section 4.4.
2.	**Au Québec, par défaut, il n'y a aucun droit de survie.** Cela signifie qu'au décès d'un titulaire, ses intérêts sont transférés à sa succession ou au titulaire subrogé dont le nom figure à la section 4.4 ◯ Cochez la case pour chaque titulaire afin de nommer l'autre titulaire comme titulaire subrogé. Cela signifie qu'au décès d'un titulaire, ses intérêts sont automatiquement transférés aux titulaires survivants. *Vous n'avez pas à remplir la section 4.4.*

4.4 – Titulaire successeur *(titulaire subrogé au Québec)*

À remplir si les droits de propriété d'un titulaire décédé doivent être transmis à la personne dont le nom figure ci-dessous. Si aucun titulaire successeur n'est nommé, les droits du titulaire décédé seront transmis à la succession du titulaire.

Titulaire 1	**Titulaire successeur** (prénom, 2e prénom, nom de famille)	**Lien avec le titulaire 1**
Titulaire 2	**Titulaire successeur** (prénom, 2e prénom, nom de famille)	**Lien avec le titulaire 2**

4.5 – À remplir si le titulaire est une société par actions, une fiducie ou une autre entité

Dénomination sociale			
Nom commercial (s'il y a lieu)			
Lien avec la personne à assurer			
Adresse de l'entreprise (numéro, rue et local, RR)	**Ville**	**Province**	**Code postal**
Nom du responsable		**Numéro de téléphone mobile** (à privilégier)	
Adresse courriel – En fournissant mon adresse courriel, je consens à recevoir par voie électronique les documents et les renseignements concernant cette proposition.		**Numéro de téléphone au travail** (optionnel)	

4.6 – Adresse de correspondance postale

La correspondance sera postée à l'adresse du titulaire nommé ci-dessus, à moins d'instruction contraire dans les champs ci-dessous.

Nom du responsable			
Adresse (numéro, rue et local, RR)	**Ville**	**Province**	**Code postal**

Vérification réglementaire de l'identité et déclaration de revenus

4.7 – Vérification réglementaire de l'identité et déclaration de revenus

Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes (LRPCFAT) – La LRPCFAT vise à détecter et à décourager le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes. BMO Assurance et ses conseillers indépendants sous contrat sont tenus de se conformer à la Loi et, aux fins de la gestion des risques, BMO Assurance fait obligation au titulaire de la police qu'il se soumette aux contrôles qui suivent : vérification de l'identité, détermination de l'existence d'un tiers, détermination de l'existence d'un étranger politiquement vulnérable, source du paiement et utilisation prévue de la police.

Foreign Account Tax Compliance Act (FATCA) – Un échange automatique des renseignements relatifs aux comptes financiers a déjà lieu avec les États-Unis en vertu de la FATCA, qui est entrée en vigueur le 1er juillet 2014. Aux États-Unis, les clients (titulaires de police) doivent satisfaire aux exigences relatives à l'identification et à la documentation de la juridiction fiscale des clients, ainsi qu'à la production de rapports afférents.

Norme commune de déclaration (NCD) – La NCD élargit les bases posées par la FATCA en renforçant les exigences relatives à l'identification et à la documentation du territoire dont relèvent les clients sur le plan fiscal ainsi qu'à la production de rapports afférents dans plusieurs pays (autres que les États-Unis). La NCD est entrée en vigueur le 1er juillet 2017.

Selon le nom du régime que vous sélectionnerez à la section 5.1, vous devez remplir les sections suivantes et, dans certains cas, remplir et soumettre d'autres formulaires avec cette proposition.

Remplissez les sections 4.7.1 et 4.7.2 si :

- le titulaire de la police est un particulier;
- la proposition vise une assurance vie universelle ou le Régime d'assurance vie entière de BMO Assurance avec option de paiement additionnel.

4.7.1 – LRPCFAT pour les titulaires particuliers (qui ne sont pas une entité) – Vérification de l'identité

Le conseiller doit être physiquement présent avec le ou les titulaires de la police et doit voir une pièce d'identité avec photo originale, valide et à jour délivrée par un gouvernement au Canada ou dans un autre pays.

REMARQUE : Le conseiller doit remplir le formulaire Vérification de l'identité – Méthode à processus double (formulaire 798F) pour tout titulaire qui n'est pas physiquement présent lorsque cette proposition est remplie.

Pièce d'identité avec photo – Titulaire éventuel 1

◯ Passeport ◯ Permis de conduire ◯ Pièce d'identité délivrée par une province ou un territoire ◯ Autre (précisez)

Pays de délivrance	**Lieu de délivrance**	**Nº de document**	**Date d'expiration** (JJ/MMM/AAAA)

Êtes-vous un intermédiaire ou un conseiller, c'est-à-dire un avocat, un comptable, un courtier immobilier ou un conseiller agréé, Services fiduciaires et financiers qui gère des comptes pour des clients?
◯ Oui ◯ Non

Pièce d'identité avec photo – Titulaire éventuel 2

◯ Passeport ◯ Permis de conduire ◯ Pièce d'identité délivrée par une province ou un territoire ◯ Autre (précisez)

Pays de délivrance	**Lieu de délivrance**	**Nº de document**	**Date d'expiration** (JJ/MMM/AAAA)

Êtes-vous un intermédiaire ou un conseiller, c'est-à-dire un avocat, un comptable, un courtier immobilier ou un conseiller agréé, Services fiduciaires et financiers qui gère des comptes pour des clients?
◯ Oui ◯ Non

4.7.2 LRPCFAT pour les titulaires particuliers (qui ne sont pas une entité) – Détermination de l'existence d'une personne politiquement vulnérable

Formulaire supplémentaire à remplir et à soumettre :

Si cette proposition prévoit un paiement initial de 100 000 $ ou plus et vise une assurance vie universelle ou le Régime d'assurance vie entière de BMO Assurance avec option de paiement additionnel.	**Questionnaire pour les personnes politiquement vulnérables (420F)**

Vérification réglementaire de l'identité et déclaration de revenus *(suite)*

Remplissez la section 4.7.3 si :

- le titulaire de la police est un particulier;
- la proposition vise une assurance vie universelle ou le Régime d'assurance vie entière de BMO Assurance.

4.7.3 – Autocertification en vertu de la FATCA et de la NCD pour les titulaires particuliers (qui ne sont pas une entité)

Titulaire éventuel 1

Numéro d'assurance sociale (NAS)				–				–			
Êtes-vous résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen américain? (FATCA)	◯ Non	◯ Oui – Numéro d'identification fiscale (TIN)									
Aux fins de l'impôt, êtes-vous résident d'un autre pays que le Canada ou les États-Unis? (NCD)	◯ Non	◯ Oui – Numéro d'identification fiscale (TIN)									
		Pays									

Titulaire éventuel 2

Numéro d'assurance sociale (NAS)				–				–			
Êtes-vous résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou citoyen américain? (FATCA)	◯ Non	◯ Oui – Numéro d'identification fiscale (TIN)									
Aux fins de l'impôt, êtes-vous résident d'un autre pays que le Canada ou les États-Unis? (NCD)	◯ Non	◯ Oui – Numéro d'identification fiscale (TIN)									
		Pays									

Remplissez la section 4.7.4 si :

- le titulaire de la police est une entité (entreprise, fiducie, etc.);
- la proposition vise une assurance vie universelle ou le Régime d'assurance vie entière de BMO Assurance.

4.7.4 – Autocertification en vertu de la LRPCFAT et de la FATCA ou de la NCD pour les titulaires qui sont une entité (entreprise, fiducie, etc.)

Formulaires supplémentaires à remplir et à soumettre :

Si cette proposition vise une assurance vie universelle ou le Régime d'assurance vie entière de BMO Assurance avec option de paiement additionnel.	**Vérification pour entité (715F)**
Si la proposition vise le Régime d'assurance vie entière de BMO Assurance sans l'option de paiement additionnel.	**Déclaration de résidence aux fins de l'impôt pour les entités (RC519F)**

Remplissez la section 4.7.5 si :

- le titulaire de la police est un particulier ou une entité (entreprise, fiducie, etc.);
- la proposition vise une assurance vie universelle ou le Régime d'assurance vie entière de BMO Assurance avec option de paiement additionnel.

4.7.5 LRPCFAT – Détermination de l'existence d'un tiers

Aux fins de la présente section, un « tiers » est une personne (un particulier, une société ou une organisation) autre que le titulaire éventuel du présent contrat et qui paie pour le contrat, qui utilise la valeur du contrat ou qui y a accès. Exemple de tiers : payeur, liquidateur, mandataire.

1	Le ou les titulaires de la police agissent-ils au nom d'un tiers ou sur instruction d'un tiers? ◯ Oui ◯ Non			
2	Mis à part les titulaires de la police, y a-t-il une personne qui verse des fonds dans la police ou qui peut utiliser la police ou accéder à la valeur de la police, soit maintenant ou à l'avenir? ◯ Oui ◯ Non			
3	**Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre de ces questions, donnez l'information demandée ci-après :**			
	Le tiers est un ◯ particulier OU une ◯ société, une fiducie ou une autre entité (remplissez et retournez le formulaire 715F, Vérification pour entité)			
	Nom du tiers (particulier, société, fiducie ou autre entité)	**S'il s'agit d'un particulier, date de naissance** (JJ/MMM/AAAA)	**Lien entre le tiers et le titulaire de cette police**	
	Type de pièce d'identité	**Numéro de la pièce d'identité**	**Province de délivrance**	**Pays de délivrance**
	Adresse du tiers			
	Numéro de téléphone	**Activité professionnelle ou commerciale principale du tiers**		
4	◯ Il m'est impossible de déterminer si un tiers est propriétaire, mais j'ai des motifs raisonnables de soupçonner qu'il y en a un.			

Section 5 – Renseignements sur la police

Cochez une seule case : ◯ **Illustration jointe** ◯ **Aucune illustration jointe** *(Les propositions d'assurance vie universelle et d'assurance vie entière de BMO Assurance doivent toujours être soumises avec une illustration signée.)*

Choisissez la date d'entrée en vigueur de la police : ◯ **Date du jour OU**
◯ **Date afin de conserver l'âge :**
◯ **Personne à assurer 1**
◯ **Personne à assurer 2**

5.1 – Options d'assurance vie unique

Type de produit	**Personne à assurer 1**	
	Nom de la police	**Capital assuré**
Assurance vie universelle	◯ Gamme Dimension ◯ Gamme Dimension (frais modiques) ◯ Gamme Dimension Prospérité	$
Assurance vie temporaire	◯ Temporaire 10 ans ◯ Temporaire 15 ans ◯ Temporaire 20 ans ◯ Temporaire 25 ans ◯ Temporaire 30 ans	$
Assurance vie entière	◯ Temporaire à 100 ans	$
Assurance vie entière	◯ **Protection Patrimoine** ◯ **Prospérité Accélérée** ◯ 10 primes ◯ 20 primes ◯ Primes jusqu'à l'âge de 100 ans	$
Assurance contre la maladie grave	◯ PV10 ◯ PV20 ◯ PV75 ◯ PV100 ◯ PV10 – 15 primes	$

5.2 – Options d'assurance conjointe ou multigaranties

Type de produit	**Nom de la police**	**Type de couverture**	**Capital assuré**
Assurance vie universelle	◯ Gamme Dimension ◯ Gamme Dimension (frais modiques) ◯ Gamme Dimension Prospérité	◯ **Conjointe premier décès** ◯ **Conjointe dernier décès** ◯ **Multigaranties**	$
Assurance vie temporaire	◯ Temporaire 10 ans ◯ Temporaire 15 ans ◯ Temporaire 20 ans ◯ Temporaire 25 ans ◯ Temporaire 30 ans	◯ **Conjointe dernier décès** ◯ **Combinée**	$
Assurance vie entière	◯ Temporaire à 100 ans	◯ **Conjointe premier décès** ◯ **Conjointe dernier décès** ◯ **Multigaranties**	$
Assurance vie entière	◯ **Protection Patrimoine** ◯ **Prospérité Accélérée** ◯ 10 primes ◯ 20 primes ◯ Primes jusqu'à l'âge de 100 ans	◯ **Conjointe dernier décès**	$

5.3 – Garanties complémentaires et avenants

Avenant	Personne à assurer 1	Capital assuré	Personne à assurer 2	Capital assuré
Garantie d'exonération des primes	◯		◯	
Avenant d'assurance temporaire	◯ Temporaire 10 ans ◯ Temporaire 15 ans ◯ Temporaire 20 ans ◯ Temporaire 25 ans ◯ Temporaire 30 ans	$	◯ Temporaire 10 ans ◯ Temporaire 15 ans ◯ Temporaire 20 ans ◯ Temporaire 25 ans ◯ Temporaire 30 ans	$
Garantie d'assurance en cas de décès accidentel	◯	$	◯	$
Avenant d'assurance temporaire pour les enfants	◯	$	◯	$
Avenant d'assurance contre la maladie grave	◯ PV10 ◯ PV20 ◯ PV75 ◯ PV100	$	◯ PV10 ◯ PV20 ◯ PV75 ◯ PV100	$
Avenant de remboursement des primes	◯ RP à la résiliation 15 ◯ RP à la résiliation 20 ◯ RP à la résiliation 65 ◯ RP à l'expiration ◯ RPD		◯ RP à la résiliation 15 ◯ RP à la résiliation 20 ◯ RP à la résiliation 65 ◯ RP à l'expiration ◯ RPD	
Autre (précisez)		$		$

5.4 – Demande d'ajout d'une police d'assurance optionnelle

◯ **Personne à assurer 1**	◯ **Illustration requise ci-jointe**	◯ **Personne à assurer 2**	◯ **Illustration requise ci-jointe**

5.5 - Avenants d'assurance conjointe dernier décès (personne à assurer 1 / personne à assurer 2)

Avenant	Nom de la police	Capital assuré
Avenant d'assurance temporaire	◯ Assurance conjointe dernier décès temporaire 10 ans	$
	◯ Assurance conjointe dernier décès temporaire 15 ans	$
	◯ Assurance conjointe dernier décès temporaire 20 ans	$
	◯ Assurance conjointe dernier décès temporaire 25 ans	$
	◯ Assurance conjointe dernier décès temporaire 30 ans	$
Avenant d'assurance TRA pour assurance vie universelle	◯ Avenant d'assurance TRA pour assurance conjointe dernier décès	$

Section 6 – Renseignements sur le bénéficiaire

Si vous présentez une proposition d'assurance vie :

- Remplissez toutes les sections applicables.

Si vous présentez une proposition d'assurance contre la maladie grave :

- Les sommes dues au titre de toute garantie de prestation du vivant en cas de maladie grave, notamment la prestation d'assurance contre la maladie grave, la prestation de dépistage précoce, la prestation de l'avenant de remboursement des primes à la résiliation (si elle a été demandée) ainsi que la prestation de l'avenant de remboursement des primes à l'expiration (si elle a été demandée) seront versées au titulaire de la police, à moins qu'une désignation de bénéficiaire ou qu'un ordre de paiement dûment remplis figurent au dossier.
  - La désignation de bénéficiaire peut se faire aux sections 6.1, 6.2 et 6.3 si la province de signature de la proposition et d'établissement de la police est l'une des suivantes : Alberta, Colombie-Britannique, Manitoba, Ontario ou Québec.
  - Dans les autres provinces ou territoires du Canada, on peut désigner un bénéficiaire en remplissant le formulaire Ordre de paiement pour les polices d'assurance contre les maladies graves (formulaire 630F).
- Les sommes dues au titre de toute garantie de prestation de décès en cas de maladie grave, dont l'avenant de remboursement des primes au décès, seront versées à la succession de la personne assurée, à moins qu'un bénéficiaire ait été désigné à la section 6.3.

Bénéficiaires révocables et irrévocables

Il existe deux types de bénéficiaires : révocables et irrévocables.

- Une désignation de bénéficiaire est considérée comme révocable, sauf si vous la rendez irrévocable. C'est ce qui permet au titulaire de la police de modifier en tout temps sa désignation de bénéficiaire sans devoir obtenir le consentement de celui-ci.
- Si votre désignation de bénéficiaire est irrévocable, votre pouvoir d'action par rapport à votre police est limité. Par exemple, vous ne pourrez pas changer de bénéficiaire sans son consentement, sauf si la loi le permet. Il se peut que vous ayez également besoin de son consentement pour remettre la police, la céder ou en transférer la propriété, entre autres.
- Au Québec, si l'époux ou le conjoint en union civile est désigné bénéficiaire, cette désignation est irrévocable à moins d'indication contraire.
- S'ils sont désignés comme bénéficiaires irrévocables, votre enfant mineur ou votre succession n'ont pas le pouvoir d'autoriser des changements à la police.
- Un bénéficiaire irrévocable d'âge mineur ne peut consentir au remplacement d'un bénéficiaire désigné, et un parent ou tuteur ne peut pas signer à la place de son enfant mineur pour autoriser ce remplacement.

Versement de la prestation dans le cas d'un bénéficiaire mineur

- Sauf si la loi du Québec s'applique, les prestations dues à un bénéficiaire mineur seront versées au fiduciaire, si vous en avez désigné un. Sinon, nous les verserons de la façon prévue dans la loi.
- Là où la loi du Québec s'applique, nous verserons les sommes dues au parent ou aux parents ou au tuteur légal du bénéficiaire mineur.

Plusieurs bénéficiaires et bénéficiaires subsidiaires

- Vous pouvez désigner un bénéficiaire « principal » ou « subsidiaire » (bénéficiaire « subrogé » au Québec).
- Si vous désignez plusieurs bénéficiaires, vous devez indiquer la quote-part de chacun; sinon, ils se partageront également les sommes dues.
- Les prestations seront d'abord versées aux bénéficiaires principaux en vie. Si l'un des bénéficiaires principaux meurt avant vous, les sommes qui lui sont dues seront distribuées également entre les bénéficiaires principaux survivants, à moins d'indication contraire de votre part ou stipulation contraire de la loi.
- Si tous les bénéficiaires principaux meurent avant vous, les sommes dues seront distribuées également entre les bénéficiaires subsidiaires, à moins d'indication contraire de votre part.
- Si aucun bénéficiaire n'est en vie alors que des prestations devraient être payées, celles-ci seront versées au titulaire de la police s'il ne s'agit pas de la personne assurée, sinon, à la succession du titulaire de la police.
- Si, pour quelque raison que ce soit, un bénéficiaire n'est plus admissible à recevoir les sommes dues, il sera traité comme s'il était décédé avant le titulaire de la police ou la personne assurée, et les sommes dues seront versées conformément à la loi.

6.1 Bénéficiaires principaux (la somme des parts doit être égale à 100 %)

Si cette section n'est pas dûment remplie, le bénéficiaire de l'assurance sera le titulaire éventuel de la police ou la succession du titulaire éventuel de la police.

Nom (prénom, initiale du 2e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) **ou dénomination sociale de la société par actions ou entité**	**Lien avec la personne à assurer 1** (au Québec, lien avec le titulaire éventuel)	**Date de naissance, si le bénéficiaire est mineur** (JJ/MMM/AAAA)	**Désignation de bénéficiaire**	**% de la prestation payable**
			◯ Révocable ◯ Irrévocable	%
			◯ Révocable ◯ Irrévocable	%
			◯ Révocable ◯ Irrévocable	%

Nom (prénom, initiale du 2e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) **ou dénomination sociale de la société par actions ou entité**	**Lien avec la personne à assurer 2** (au Québec, lien avec le titulaire éventuel)	**Date de naissance, si le bénéficiaire est mineur** (JJ/MMM/AAAA)	**Désignation de bénéficiaire**	**% de la prestation payable**
			◯ Révocable ◯ Irrévocable	%
			◯ Révocable ◯ Irrévocable	%
			◯ Révocable ◯ Irrévocable	%

6.2 – Bénéficiaires subsidiaires

Nom (prénom, initiale du 2e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) **ou dénomination sociale de la société par actions ou entité**	**Lien avec la personne à assurer 1** (au Québec, lien avec le titulaire éventuel)	**Date de naissance, si le bénéficiaire est mineur** (JJ/MMM/AAAA)	**Désignation de bénéficiaire**	**% de la prestation payable**
			◯ Révocable ◯ Irrévocable	%
			◯ Révocable ◯ Irrévocable	%
			◯ Révocable ◯ Irrévocable	%
			◯ Révocable ◯ Irrévocable	%

Nom (prénom, initiale du 2e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) **ou dénomination sociale de la société par actions ou entité**	**Lien avec la personne à assurer 2** (au Québec, lien avec le titulaire éventuel)	**Date de naissance, si le bénéficiaire est mineur** (JJ/MMM/AAAA)	**Désignation de bénéficiaire**	**% de la prestation payable**
			◯ Révocable ◯ Irrévocable	%
			◯ Révocable ◯ Irrévocable	%
			◯ Révocable ◯ Irrévocable	%
			◯ Révocable ◯ Irrévocable	%

6.3 – Bénéficiaires des avenants d'assurance contre la maladie grave et des autres avenants

	Nom (prénom, initiale du 2e prénom, s'il y a lieu, nom de famille) **ou dénomination sociale de la société par actions ou entité**	**Lien avec la personne à assurer** (au Québec, lien avec le titulaire éventuel)	**% de la prestation payable**
Avenant d'assurance contre la maladie grave			%
Avenant de remboursement des primes de l'assurance contre la maladie grave à la résiliation (RPR)			%
Avenant de remboursement des primes de l'assurance contre la maladie grave à l'expiration (RPX)			%
Avenant de remboursement des primes de l'assurance contre la maladie grave au décès (RPD)			%
Autre (veuillez préciser)			%

6.4 – Désignation de fiduciaire (pour les bénéficiaires désignés d'âge mineur)

- Remplissez cette section si vous avez désigné une personne mineure (âgée de moins de 18 ans) comme bénéficiaire de l'assurance.
- Sauf au Québec, si vous désignez des personnes mineures à titre de bénéficiaires, vous devriez aussi désigner un fiduciaire, qui recevra les prestations en leur nom.
- Au Québec, les prestations dues à un bénéficiaire mineur sont versées à ses parents ou à son tuteur légal jusqu'à ce qu'il soit majeur.

Bénéficiaires principaux : Je désigne	
Bénéficiaires subsidiaires (subrogés au Québec) : Je désigne	
Bénéficiaire de la prestation de l'avenant de remboursement des primes au décès : Je désigne	

à titre de fiduciaire autorisé à recevoir les paiements faits à mes bénéficiaires avant qu'ils aient l'âge de la majorité.

Section 7 – Objet de l'assurance et source du paiement

À remplir **obligatoirement**.

7.1 – Objet de l'assurance

1.	Objet de l'assurance ◯ Remplacement d'un revenu ◯ Personne clé ◯ Convention de vente-rachat ◯ Personnel ◯ Autre (précisez)
2.	Existe-t-il une entente ou un projet d'entente selon lesquels une personne autre que la personne à assurer 1, la personne à assurer 2 ou le titulaire nommé à la section 4 (tiers) pourrait payer les primes d'une police d'assurance établie sur la base de cette proposition ou pourrait acquérir un intérêt valable en droit ou une participation dans cette police? ◯ Oui ◯ Non (Si oui, précisez)

7.2 – Source du paiement (cochez **toutes** les cases pertinentes)

◯ Revenu d'un travail autonome	◯ Revenu d'emploi	◯ Revenu de retraite / pension	◯ Subvention / bourse d'études
◯ Règlement d'assurance	◯ Revenu d'entreprise	◯ Revenus de placement / d'épargne	◯ Vente d'actifs
◯ Fiducie / héritage	◯ Don	◯ Prêt	◯ Gains à la loterie
◯ Indemnité découlant d'une action en justice	◯ Autre (précisez)		

Section 8 – Renseignements financiers

8.1 – Renseignements financiers (à remplir **obligatoirement**)

Description	**Personne à assurer 1**	**Personne à assurer 2**	**Titulaire** (à remplir seulement si le titulaire n'est pas la personne à assurer)
1. Actif total	$	$	$
2. Passif total	$	$	$
3. Valeur nette	$	$	$
4. Revenu de travail (annuel)	$	$	$
5. Autres revenus	$	$	$
Indiquez la source des autres revenus			
6. Si vous n'avez pas de travail rémunéré, quel est votre revenu familial brut?	$	$	$
7. Si vous n'avez pas de travail rémunéré, quel est le montant total des assurances déjà en vigueur sur la vie du conjoint qui travaille?	$	$	$

8.2 – À remplir si vous demandez une assurance commerciale

1. Dénomination sociale complète de l'entreprise (inclure les termes tels que « société », « limitée », « inc. », etc.)

2. Numéro d'entreprise	**3. Type d'entreprise** ◯ Société par actions ◯ Société de personnes ◯ Entreprise individuelle	**4. Activité de l'entreprise**

5. Juste valeur marchande	**6. Bénéfice net (après impôts)**	**7. Bénéfice net (après impôts)**	**8. Pourcentage des parts de l'entreprise**
$	Dernier exercice $	Exercice précédent $	%

9. Renseignements sur l'assurance commerciale détenue sur la tête d'autres associés ou employés de l'entreprise	**10. Comment a-t-on déterminé le capital assuré?**

Section 9 – Antécédents d'assurance

Pour toutes les questions auxquelles vous avez répondu « oui », donnez des précisions dans l'espace prévu à cette fin et, au besoin, continuez à la section Commentaires.		**Personne à assurer 1**	**Personne à assurer 2**
1	Avez-vous déjà l'une des assurances ci-après (répondez oui même si vous avez une proposition en cours d'évaluation) : assurance vie, assurance contre la maladie grave, assurance invalidité, assurance pour soins de longue durée? **(Si « oui », remplissez le tableau ci-dessous.)**	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
2a	L'assurance proposée doit-elle remplacer ou modifier une police d'assurance vie ou d'assurance contre la maladie grave déjà établie auprès de BMO Assurance ou d'une autre compagnie? Si vous avez répondu « oui » à la question 2a et que vous soumettez une proposition d'assurance vie, votre conseiller doit vous fournir une analyse écrite énonçant les avantages et les désavantages de la police de remplacement proposée. Les formulaires de remplacement ou la Déclaration de remplacement d'un contrat d'assurance-vie doivent être joints à la proposition transmise au siège social.	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
2b	Si la police qui fait l'objet de la proposition vise à remplacer une police de BMO Assurance en vigueur, est-ce que le titulaire de la police actuelle demande à BMO Assurance d'annuler cette police dès l'établissement de la police qui fait l'objet de la proposition? Si vous avez répondu « Oui » à la question 2b, veuillez confirmer le numéro de la police en vigueur à résilier.	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
3	Avez-vous déjà fait une proposition ou une demande de remise en vigueur d'assurance vie, d'assurance contre la maladie grave, d'assurance pour soins de longue durée ou d'assurance invalidité qui a été refusée, annulée, résiliée, dont la décision a été reportée, qui a été acceptée moyennant une surprime ou qui a été modifiée de quelque façon que ce soit? (Si oui, donnez les précisions dans la section Commentaires ci-dessous.)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non

	Compagnie	Type de police d'assurance	Capital assuré personnel	Capital assuré commercial	**Année d'établissement,** (si en vigueur) **ou année de la proposition** (si en attente)
Personne à assurer 1			$	$	
			$	$	
			$	$	
Personne à assurer 2			$	$	
			$	$	
			$	$	

Si la personne à assurer est âgée de moins de 16 ans, le tableau suivant doit être rempli.

4	**Indiquez le montant total de l'assurance vie en vigueur sur les parents ou tuteurs légaux ainsi que pour les frères et sœurs de l'enfant mineur.**	
	Parent ou tuteur légal $	Parent ou tuteur légal $
	Frère ou sœur $	Frère ou sœur $

Section 10 – Renseignements sur le mode de vie

À remplir **obligatoirement**.

Pour toutes les questions auxquelles vous répondez « oui », donnez des précisions dans l'espace prévu à cette fin et, au besoin, continuez à la section Commentaires.		**Personne à assurer 1**	**Personne à assurer 2**
1	Avez-vous fait usage d'une quelconque forme de tabac, de produits à base de nicotine ou de produits de substitution à la nicotine (y compris les cigarettes électroniques ou le vapotage)?		
	a) dans les 12 derniers mois?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	b) dans les 24 derniers mois?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	c) dans les 5 dernières années?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
2	Consommez-vous de l'alcool? (Si « oui », précisez le type et la fréquence.)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
3	Avez-vous été traité ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement ou de consulter un médecin en raison de consommation de drogue ou d'alcool? (Si « oui », remplissez le questionnaire pertinent sur l'usage de drogue ou la consommation d'alcool.)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
4	Au cours des 10 dernières années, avez-vous consommé des drogues qui créent une dépendance, notamment la cocaïne, l'ecstasy, le LSD, la méthamphétamine, des champignons ou d'autres stupéfiants? (Si « oui », répondez au questionnaire sur l'usage de drogue.)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
5	Avez-vous consommé du cannabis au cours des cinq dernières années? (Si « oui », répondez au questionnaire sur la consommation de cannabis.)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
6	Au cours des 5 dernières années, avez-vous pris l'avion en tant que pilote, apprenti pilote ou membre de l'équipage? Prévoyez-vous le faire? (Si « oui », répondez au questionnaire sur l'aviation.)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
7	Avez-vous participé aux activités suivantes ou à d'autres activités semblables dans les 5 dernières années ou avez-vous l'intention de le faire : course automobile ou de bateau à moteur, plongée autonome, parachutisme, deltaplane, vol en avion ultraléger, vol en montgolfière, escalade de paroi rocheuse, alpinisme, héliski, ski hors-piste? (Si « oui », répondez au questionnaire pertinent concernant les activités.)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
8	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous voyagé, résidé ou travaillé à l'extérieur du Canada ou prévoyez-vous le faire au cours des 12 prochains mois? (Si oui, donnez des précisions, notamment la durée du séjour hors du Canada, les dates et le but des voyages, dans la section Commentaires.)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
9	Avez-vous :		
	a) commis plus de deux infractions relatives à la conduite d'un véhicule dans les 3 dernières années? (Si « oui », précisez notamment les dates et la nature des infractions.)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	b) fait l'objet d'une suspension de permis de conduire ou d'une condamnation pour conduite avec facultés affaiblies, ou pour conduite dangereuse au cours des 5 dernières années?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	c) fait l'objet d'une suspension de permis de conduire ou d'une condamnation pour conduite avec facultés affaiblies, ou pour conduite dangereuse dans les 10 dernières années?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	Si vous avez répondu « oui » à la question a, b ou c, indiquez votre numéro de permis de conduire :		
10	Avez-vous déjà été mis en état d'arrestation, accusé ou trouvé coupable relativement à une infraction criminelle, quelle qu'en soit la nature? (Si « oui », précisez.)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
11	Avez-vous déclaré une faillite personnelle ou d'entreprise? (Si oui, quand avez-vous obtenu votre libération?) (JJ/MMM/AAAA)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non

Section 11 – Commentaires

(Si vous manquez d'espace, continuez sur une feuille séparée portant la date du jour et la signature de la personne à assurer.)

Section 12 – Renseignements médicaux

La section 12.1 doit être remplie dans toutes les propositions. Si les exigences de tarification médicale comprennent au moins une entrevue téléphonique ou un examen paramédical, vous pouvez NE PAS remplir les sections 12.2, 12.3 et 12.4.

12.1 – Médecin

Si vous manquez d'espace, continuez dans la section Commentaires de la page 12.

Détails	**Personne à assurer 1**	**Personne à assurer 2**
1. Nom de votre médecin personnel et de tout spécialiste que vous avez consulté ou vers qui on vous a dirigé		
2. Adresse du médecin		
3. Numéro de téléphone du médecin		
4. Date de la dernière consultation (JJ/MMM/AAAA)		
5. Raison de la dernière consultation		
6. Traitement ou médicament prescrits		
7. Résultats		

12.2 – Taille et poids

Détails	**Personne à assurer 1**	**Personne à assurer 2**
1. Taille	◯ cm ◯ pi/po	◯ cm ◯ pi/po
2. Poids	◯ kg ◯ lb	◯ kg ◯ lb
a) Depuis un an	◯ Même ◯ Gain ◯ Perte	◯ Même ◯ Gain ◯ Perte
b) Combien de poids gagné ou perdu?	◯ kg ◯ lb	◯ kg ◯ lb
c) Raison du changement		
3. Si la personne à assurer a moins de 6 mois, indiquez le poids à la naissance	◯ kg ◯ lb	◯ kg ◯ lb

12.3 – Antécédents médicaux

Si vous manquez d'espace, continuez sur une feuille séparée portant la date du jour et la signature de la personne à assurer.
Encerclez la maladie ou l'affection pertinente, s'il y a lieu. Pour toutes les questions auxquelles vous avez répondez « oui », donnez des précisions dans l'espace ci-dessous prévu à cette fin.

		Personne à assurer 1	**Personne à assurer 2**
1	Êtes-vous actuellement suivi par un médecin, prenez-vous des médicaments, suivez-vous un traitement ou une thérapie ou vous a-t-on recommandé de le faire? Vous a-t-on déjà conseillé de subir des tests ou des examens, une hospitalisation ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
2	Avez-vous déjà reçu un diagnostic positif, des traitements ou des conseils pour l'une des affections ou maladies ci-dessous ou avez-vous déjà eu des symptômes ou des signes connus de ces affections ou maladies :		
	a) Taux de cholestérol élevé, hypertension, douleur à la poitrine, souffle au cœur, palpitations, rhumatisme articulaire aigu, phlébite, varices ou autre trouble du cœur et des vaisseaux sanguins, ECG anormal, angine, maladie cérébrovasculaire, pontage de l'artère coronaire, crise ischémique transitoire (CIT), accident vasculaire acrosyndrome ou crise cardiaque ou en lien avec une intervention cardiaque?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	b) Épilepsie, évanouissements, étourdissements, convulsions, névrite optique, engourdissements, picotements, perte d'équilibre, faiblesse des extrémités, troubles de la vue ou perte de sensation, maladie du motoneurone, sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), sclérose en plaques, maladie de Parkinson, maladie d'Alzheimer, paralysie, infirmité motrice cérébrale, syndrome de Down ou toute autre affection neurologique?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	c) Syndrome d'immunodéficience acquise (sida), séropositivité pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou toute autre anomalie du système immunitaire?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	d) Maladie rénale chronique, diabète, cancer, tumeur ou autre masse?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	e) Arthrite, névrite, sciatalgie, fibromyalgie, lupus ou autre trouble du dos, des muscles, des os ou des articulations?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	f) Anémie, goutte, troubles des ganglions lymphatiques, allergies, troubles de la peau ou de la thyroïde, saignements anormaux ou autres troubles endocriniens?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	g) Ulcères, hernies, colite, calculs biliaires, ictère, hépatite (y compris en tant que porteur de l'hépatite), maladie de Crohn ou autres troubles de l'estomac, du foie, du pancréas ou des intestins?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	h) Troubles des reins, de la vessie et des organes génitaux, notamment du sucre, du sang, du pus ou des protéines dans l'urine, calculs rénaux, troubles de la prostate, maladies vénériennes ou troubles de reproduction, toute forme de maladie ou de trouble des seins – notamment une bosse, un kyste ou d'autres changements de nature physique, résultat anormal obtenu par suite d'une mammographie ou d'une biopsie?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	i) Asthme, bronchite, emphysème, pleurésie, pneumonie, tuberculose, apnée du sommeil, essoufflement, toux chronique ou autres troubles du nez, de la gorge ou des poumons?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	j) Angoisse, stress, « épuisement professionnel », dépression, fatigue, fatigue chronique, idées suicidaires ou troubles émotifs, mentaux, nerveux ou du comportement?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	k) Troubles des yeux, des oreilles ou de la gorge, y compris perte de la parole?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
3	Avez-vous déjà subi ou vous a-t-on déjà conseillé de subir un tomodensitogramme, y compris une tomodensitométrie cardiaque (calcul du score calcique), un test d'imagerie par résonance magnétique ou tout test autre que les précédents?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non

12.3 – Antécédents médicaux *(suite)*

Si vous manquez d'espace, continuez sur une feuille séparée portant la date du jour et la signature de la personne à assurer. Encerclez la maladie ou l'affection pertinente, s'il y a lieu. Pour toutes les questions auxquelles vous répondez « oui », donnez des précisions dans l'espace ci-dessous prévu à cette fin.		**Personne à assurer 1**	**Personne à assurer 2**
4	a) Avez-vous présenté des symptômes ou été traité pour tout trouble médical pour lequel vous avez été hospitalisé (sauf pour un accouchement normal) au cours des 2 dernières années?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	b) Vous êtes-vous absenté du travail pendant plus de 7 jours, dans les 6 derniers mois, en raison d'une maladie ou d'une blessure? (Si oui, indiquez la raison et la durée de l'absence.)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	c) Dans les 2 dernières années, vous êtes-vous absenté du travail pendant plus de 2 semaines en raison d'une invalidité? (Si oui, indiquez la raison et la durée de l'absence.)	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
5	Outre les questions auxquelles vous avez répondu par l'affirmative, au cours des 5 dernières années, avez-vous :		
	a) consulté un médecin, un chiropraticien, un thérapeute ou un travailleur de la santé?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	b) été admis dans un hôpital, une clinique ou tout autre établissement médical?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	c) été hospitalisé ou subi une intervention chirurgicale, des tests ou des examens, ou vous a-t-on conseillé de le faire et vous n'y avez pas donné suite?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	d) subi un électrocardiogramme, des radiographies, des tests sanguins ou d'autres tests de diagnostic?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	e) souffert de maladies ou de troubles physiques ou mentaux qui n'apparaissent pas dans les questions précédentes?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	f) eu des symptômes ou des préoccupations pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou été traité?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non

6 Précisez les **ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX** pour les questions (1 à 8) auxquelles vous avez répondu « oui ».

Question nº	**Nom de la personne à assurer**	**Nom du médecin** (si différent de la section 12.1)	**Détails** (y compris les dates pertinentes, traitements, symptômes, recommandations et résultats)

12.4 – Antécédents familiaux

		Personne à assurer 1	**Personne à assurer 2**
1	Vos parents, vos frères et vos sœurs ont-ils déjà souffert du cancer, d'hypertension, de maladie du cœur ou des reins, de maladie polykystique des reins, de diabète, de troubles mentaux ou nerveux (y compris la maladie d'Alzheimer), d'un accident vasculaire cérébral, de sclérose en plaques, de maladie du motoneurone, de sclérose latérale amyotrophique (SLA ou maladie de Lou Gehrig), de maladie de Parkinson ou de toute autre affection héréditaire?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non

2 Si vous avez répondu « oui » à la question 1, précisez les **ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX** pour tous vos parents, vos frères et vos sœurs dans l'espace prévu ci-dessous. Si le diagnostic ou la cause du décès était un cancer ou une cause connexe, précisez le ou les types de cancer.

Personne à assurer 1	**Personne à assurer 2**	**Lien de parenté avec la personne à assurer**	**Maladie ou trouble, le cas échéant**	**Âge (si vivant)**	**Âge au début de la maladie**	**Cause du décès**	**Âge au décès**
◯	◯						
◯	◯						
◯	◯						
◯	◯						
◯	◯						
◯	◯						

Section 13 – Avenant d'assurance temporaire pour les enfants et garantie d'exonération des primes du titulaire

◯ Avenant d'assurance temporaire pour les enfants*	◯ Garantie d'exonération des primes du ◯ Titulaire éventuel 1 OU ◯ Titulaire éventuel 2

* La présente section doit être remplie pour tous les enfants âgés de 15 jours à 17 ans inclusivement qui seront couverts par l'assurance temporaire. Le bénéficiaire de la présente garantie est le titulaire, sauf indication contraire.

Remplissez une seconde section 13 si vous demandez l'avenant d'assurance temporaire pour les enfants et la garantie d'exonération des primes du titulaire.

Personne à assurer

Prénom et nom de famille	**Lien de parenté avec la personne à assurer**	**Date de naissance** (JJ/MMM/AAAA)	**Taille**	**Poids**
			◯ cm ◯ pi/po	◯ kg ◯ lb
			◯ cm ◯ pi/po	◯ kg ◯ lb
			◯ cm ◯ pi/po	◯ kg ◯ lb

1	Au cours des 5 dernières années, l'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées a-t-elle :	
	a) consulté un médecin pour quelque raison que ce soit; subi un électrocardiogramme ou tout autre test de diagnostic; été admise à une clinique, à un hôpital ou à un établissement médical pour observation ou traitement?	◯ Oui ◯ Non
	b) reçu le conseil de subir un test de diagnostic, une intervention chirurgicale ou une hospitalisation qui n'ont pas encore été effectués?	◯ Oui ◯ Non
2	L'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées a-t-elle déjà présenté des symptômes ou souffert de l'une ou l'autre des maladies ou des affections suivantes :	
	a) Cancer, accident vasculaire cérébral, crise cardiaque ou maladie du cœur?	◯ Oui ◯ Non
	b) Diabète, troubles des glandes ou de la glande thyroïde, adénopathie, épilepsie, ou troubles mentaux, nerveux ou neurologiques?	◯ Oui ◯ Non
	c) Douleurs à la poitrine, angine, hypertension, souffle au cœur ou autres troubles du système circulatoire ou sanguins?	◯ Oui ◯ Non
	d) Troubles des reins, du système urinaire ou des organes reproductifs ou toute maladie transmise sexuellement?	◯ Oui ◯ Non
	e) Troubles hépatiques ou gastro-intestinaux, hépatite ou porteur de l'hépatite?	◯ Oui ◯ Non
	f) Asthme, emphysème ou autre trouble respiratoire?	◯ Oui ◯ Non
	g) Perte de la vue, amputation, difformité, arthrite ou autre trouble musculosquelettique?	◯ Oui ◯ Non
3	L'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées a-t-elle déjà souffert ou lui a-t-on déjà dit qu'elle souffrait de l'une ou l'autre des affections suivantes :	
	Syndrome d'immunodéficience acquise (sida), séropositivité pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou toute autre anomalie du système immunitaire?	◯ Oui ◯ Non
4	L'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées prend-elle actuellement des médicaments?	◯ Oui ◯ Non
5	L'une ou l'autre des personnes à assurer susmentionnées a-t-elle :	
	a) déjà fait une proposition ou une demande de remise en vigueur d'assurance vie, d'assurance contre la maladie grave, d'assurance pour soins de longue durée ou d'assurance invalidité qui a été refusée, annulée, résiliée, dont la décision a été reportée, qui a été acceptée moyennant une surprime ou qui a été modifiée de quelque façon que ce soit?	◯ Oui ◯ Non
	b) effectué des vols en tant que pilote ou apprenti pilote, participé à des activités dangereuses telles que la course, la plongée sous-marine, le parachutisme ou le deltaplane au cours des 2 dernières années ou prévoit-elle le faire?	◯ Oui ◯ Non
	c) consommé des amphétamines, des stupéfiants, des barbituriques, des hallucinogènes ou de la marijuana ou été traitée pour toxicomanie ou alcoolisme au cours des 5 dernières années?	◯ Oui ◯ Non
	d) commis au moins trois infractions liées à la conduite d'un véhicule ou vu son permis de conduire suspendu, révoqué ou assorti de restrictions au cours des 3 dernières années? Si oui, indiquez le numéro de permis de conduire.	◯ Oui ◯ Non
	e) l'intention de résider ou de voyager à l'extérieur du Canada pour une période de plus de 4 semaines consécutives?	◯ Oui ◯ Non

Pour chaque réponse affirmative aux questions 1 à 5, donnez toutes les précisions. Indiquez les dates, traitements, durées des maladies, et noms et adresses des médecins traitants et des établissements médicaux.

Question nº	**Prénom et nom de famille**	**Détails**

Cette page a été intentionnellement laissée en blanc.

Section 14 – Commentaires Généraux

Section 14 – Commentaires Généraux *(suite)*

Section 15 – Paiements et autorisations

15.1 – Méthode de paiement

- BMO Société d'assurance-vie (ci-après désignée « société » ou « nous ») n'accepte pas les paiements en espèces.
- Tous les paiements doivent être faits en dollars canadiens à l'ordre de BMO Société d'assurance-vie et tirés sur un compte détenu auprès d'une institution financière canadienne.
- Si aucune préférence n'est indiquée quant à la méthode de paiement à utiliser, nous considérerons que le paiement sera versé à la délivrance de la police et effectué sur une base annuelle par la suite.
- Aucun paiement ne sera prélevé sur le compte du payeur tant que la police d'assurance ne sera pas en vigueur, à moins que vous ayez indiqué vouloir faire un paiement initial dans l'autorisation.

Le paiement initial de _____ $ sera :	
◯	Joint à la proposition **(le certificat d'assurance provisoire est offert avec cette option); OU**
◯	Fait lorsque la police aura été acceptée et que nous aurons reçu les documents exigés pour délivrer la police **(le certificat d'assurance provisoire N'EST PAS offert avec cette option).**

Le paiement initial sera effectué de la façon suivante (sélectionnez un mode de paiement) :	
◯	Prélèvements automatiques annuels – **Remplissez la section 15.2 – Autorisation relative au Service de prélèvement automatique (SPA)**
◯	Prélèvements automatiques mensuels – **Remplissez la section 15.2 – Autorisation relative au Service de prélèvement automatique (SPA)**
◯	Chèque
◯	Carte de crédit – Paiement de la première prime ANNUELLE seulement – **Remplissez la section 15.3 – Autorisation de paiement par carte de crédit**
◯	Paiement en ligne[1] – Prime annuelle **(le certificat d'assurance provisoire n'est PAS offert avec cette option)**

[1] Ouvrez une session dans l'application ou sur le site de services bancaires en ligne de votre institution financière où vous payez habituellement vos factures. Ajoutez notre organisation à titre de bénéficiaire.
Nom du bénéficiaire : BMO SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE. Numéro de compte : 811 (suivi des neuf chiffres de votre numéro de police de BMO Assurance).
Remarque : Les chiffres 811 sont obligatoires et doivent être inclus avant votre numéro de police. Si vous souhaitez effectuer des paiements au titre de plusieurs polices, vous devez entrer un numéro de compte distinct pour chaque police de BMO.

Les paiements suivants seront faits par (sélectionnez un mode de paiement) :	
◯	Prélèvements automatiques mensuels – **Remplissez la section 15.2 – Autorisation relative au Service de prélèvement automatique (SPA)**
◯	Paiement annuel

15.2 Autorisation relative au service de prélèvement automatique (SPA)

◯	**Ajoutez l'autorisation à la convention de prélèvement automatique existante pour la police de BMO Assurance nº _____**	
◯	**Établissez une nouvelle convention de prélèvement automatique à l'aide :**	
	◯	des renseignements sur le compte qui figurent sur le chèque joint à la proposition;
	◯	des renseignements sur le compte indiqués sur un ordre de versement à un tiers donné à la banque (les fonds ne peuvent pas être tirés d'un compte de marge de crédit);
	◯	d'un chèque ANNULÉ joint à la proposition (le nom du titulaire de compte doit y être imprimé).

À quel moment le prélèvement automatique doit-il commencer?

◯	**Même jour que la date de la police**
◯	**Jour de mon choix*** (entre le 1er et le 28 du mois) * Option non offerte pour les polices d'assurance vie universelle.

Si un prélèvement automatique est retourné en raison d'une insuffisance de fonds, BMO Société d'assurance-vie est autorisée à présenter une nouvelle demande de prélèvement dans les dix (10) jours ouvrables suivants. Le payeur est responsable d'acquitter les frais relatifs aux paiements sans provision imposés par son institution financière.

Tous les payeurs doivent accepter l'ensemble des modalités ci-après pour utiliser l'option de paiement par SPA.

- Il est entendu que BMO Société d'assurance-vie (ci-après appelée « société ») a l'autorisation de prélever, au moment de son choix, des paiements périodiques ou ponctuels dans le compte bancaire indiqué dans cette proposition d'assurance.
- Pour les besoins de cette convention, tous les prélèvements automatiques seront considérés comme étant des débits préautorisés (DPA) personnels au sens qui leur est donné dans les règles de l'Association canadienne des paiements (en cas de prélèvement non autorisé dans votre compte, vous avez 90 jours civils, à partir de la date du prélèvement en question, pour demander le remboursement de la somme prélevée).
- Le montant du débit préautorisé est considéré comme variable, au sens donné à ce terme dans les règles de l'Association canadienne des paiements.
- Les avis donnés en application de cette convention seront envoyés à l'adresse la plus récente que nous avons en dossier pour le titulaire éventuel ou le titulaire.
- La société est libre d'exiger des frais pour tout prélèvement automatique qui n'a pas été honoré et de mettre fin au SPA.
- La présente autorisation peut être révoquée en tout temps moyennant réception, par la société, d'un avis écrit donné par le payeur.
- L'annulation de cette convention de prélèvement automatique n'influera d'aucune façon sur l'entente conclue entre les payeurs et la société relativement à toute protection d'assurance à condition que les primes aient été versées par une méthode de rechange acceptable.
- Toutes les personnes dont la signature est exigée aux fins de ce compte, y compris tout titulaire conjoint, ont signé ci-dessous.
- **Les payeurs renoncent à leur droit d'être avisés de ce qui suit par BMO Société d'assurance-vie :**
  - **cette autorisation avant que le premier paiement soit prélevé dans le compte,**
  - **tout paiement prélevé par la suite,**
  - **tout changement au montant ou à la date du paiement fait au gré des payeurs ou de la société.**

15.2 – Autorisation relative au service de prélèvement automatique (SPA) *(suite)*

- Les payeurs ont certains droits de recours si un prélèvement n'est pas effectué conformément à la présente convention. Les payeurs ont le droit d'être remboursés pour tout prélèvement non autorisé ou non conforme avec la présente convention relative au SPA. Les payeurs peuvent se procurer un formulaire de révocation type et se renseigner sur leurs droits d'annuler l'autorisation en communiquant avec leur institution financière ou en visitant le site **www.cdnpay.ca**.

Ils peuvent également nous joindre en tout temps :
BMO Société d'assurance-vie
60 Yonge Street
Toronto (Ontario) M5E 1H5
1-877-742-5244; téléc. : 416-596-0348

Date (JJ/MM/AAAA)	**Signature(s)** (pour un compte conjoint, tous les déposants doivent signer) X
Date (JJ/MM/AAAA)	X

15.3 – Autorisation de paiement par carte de crédit
(PREMIÈRE PRIME ANNUELLE SEULEMENT, JUSQU'À CONCURRENCE DE 50 000 $)

Nom inscrit sur la carte :		
◯ Mastercard ◯ VISA	**Numéro de carte**	**Date d'expiration (MM/AA)**
J'autorise BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance) à porter la somme de _____ $ au compte ci-dessus pour les besoins de cette proposition d'assurance.		

À la réception de la présente, BMO Assurance demandera l'autorisation nécessaire à l'émetteur de votre carte de crédit. Si l'autorisation en question est obtenue de l'émetteur, votre compte sera débité en conséquence. Le paiement à BMO Assurance par l'émetteur conformément à la présente constituera et représentera le « montant payé » et, par conséquent, est régi par les dispositions de cette proposition.

Date (JJ/MM/AAAA)	**Signature du titulaire de la carte** X	**Nom du titulaire de la carte** (en caractères d'imprimerie s.v.p.)

Section 16 – Proposition d'assurance provisoire

Dans la présente section, « vous » et « votre » désignent la personne à assurer.
Chaque personne à assurer qui soumet une proposition d'assurance vie provisoire ou d'assurance provisoire contre la maladie grave doit remplir cette section.

Si votre proposition vise :
Une assurance vie provisoire – répondez aux questions 1 et 2a) à 2e).
Une assurance provisoire contre la maladie grave, répondez aux questions 1, 2 et 3.

Assurance provisoire – Âges d'admissibilité
Assurance vie provisoire : la personne à assurer doit être âgée de 15 jours à 65 ans.
Assurance provisoire contre la maladie grave : la personne à assurer doit être âgée de 30 jours à 65 ans.

		Personne à assurer 1	**Proposed Insured 2**
1	Avez-vous plus de 65 ans?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
2	Avez-vous :		
	a) déjà été traité pour ou présenté des signes ou des symptômes de l'une ou l'autre des maladies ou des affections suivantes : maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, chorée de Huntington, maladie du cœur ou du système circulatoire, crise cardiaque, douleurs à la poitrine, ECG anormal, hypertension, perte de la parole, brûlures graves, diabète, cancer ou tumeurs, accident vasculaire cérébral, crise ischémique transitoire (CIT), maladie chronique du rein, du foie ou des poumons, sclérose en plaques, paralysie, cécité, surdité, sida ou infection par le VIH?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	b) déjà été incapable d'exercer vos activités habituelles pendant plus de 7 jours consécutifs au cours des 6 derniers mois en raison d'une maladie ou d'une blessure ou suivez-vous actuellement un traitement quelconque?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	c) été admis à un hôpital ou à tout autre établissement médical, sauf pour une grossesse ou un accouchement, ou vous a-t-on conseillé de l'être faire au cours des 2 derniers mois?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	d) reçu le conseil de subir des tests, un examen ou une intervention chirurgicale qui n'ont pas encore été effectués?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
	e) été informé que vous n'étiez pas admissible à de l'assurance vie ou présenté une proposition d'assurance de ce type qui a fait l'objet d'une surprime ou d'une modification quelconque?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non
3	Avez-vous déjà été avisé que vous n'étiez pas admissible à de l'assurance maladie ou de l'assurance contre la maladie grave, ou avez-vous présenté une proposition d'assurance de ce type qui a fait l'objet d'une surprime ou d'une modification quelconque?	◯ Oui ◯ Non	◯ Oui ◯ Non

Si la personne à assurer 1 ou la personne à assurer 2 ou les deux ont répondu « oui » à l'une ou l'autre des questions ci-dessus, **N'ACCEPTEZ PAS** de paiement et ne détachez pas le récépissé. Tout paiement recueilli pour un certificat d'assurance provisoire invalide sera remboursé. L'assurance provisoire n'est accordée que si toutes les personnes à assurer ont répondu « non » à toutes les questions précédentes et l'assurance n'est valide et en vigueur que si lesdites réponses sont véridiques.

La date du paiement doit être la même que la date de la proposition d'assurance provisoire.

Prime versée avec la proposition _____ **$**

Section 17 – Avis, déclarations, confirmations, autorisations et signatures

17.1 – AVIS IMPORTANT : Les renseignements contenus dans cette proposition et les autres renseignements que BMO Assurance obtient en marge de cette proposition sont nécessaires pour évaluer et traiter la proposition d'assurance, pour administrer toute police d'assurance pouvant être établie par suite de cette proposition, ainsi que pour faire les vérifications requises sur la couverture et les demandes de règlement (les « besoins de l'assurance »). Pour en savoir plus sur les besoins de l'assurance et les pratiques de BMO Assurance en matière de protection de la vie privée, reportez-vous à l'*Avis concernant la protection de la vie privée, les renseignements personnels et MIB Inc.* fourni au moment de la proposition.

17.2 – DÉCLARATIONS ET CONFIRMATIONS : En apposant ma signature ci-dessous, « je » (c'est-à-dire le titulaire éventuel, la personne à assurer ou le payeur éventuel de la police soussignés, individuellement ou collectivement) déclare et confirme ce qui suit :

1. J'ai lu et je comprends toutes les questions dans cette proposition (si une assurance provisoire est demandée, la proposition inclut le certificat d'assurance provisoire) ainsi que dans tout formulaire complémentaire que j'ai fourni à BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance) dans le cadre de cette proposition d'assurance vie (la « proposition »). Je déclare également que j'ai l'intention de soumettre la proposition d'assurance.
2. J'ai vérifié chacune de mes réponses et de mes déclarations consignées dans la proposition. Ces réponses sont complètes et véridiques et c'est moi qui les ai données à mon conseiller (ou au mandataire autorisé de mon conseiller) pour les besoins de l'assurance. De plus, je comprends que mes déclarations par téléphone ou en personne à un professionnel des soins de santé ou à un autre mandataire font aussi partie de ma proposition et serviront également aux besoins de l'assurance.
3. Je comprends que l'information et les réponses fournies dans la proposition serviront à BMO Assurance dans l'évaluation de la proposition et l'établissement d'une police d'assurance. J'étais présent lorsque les réponses aux questions qui me concernaient ont été consignées et je confirme avoir fourni ces réponses.
4. BMO Assurance peut annuler toute police d'assurance qu'elle aura établie en se fondant sur la proposition si l'un ou l'autre des éléments d'information ou des réponses fournis dans la proposition est erroné ou incomplet.
5. Je m'engage à aviser immédiatement BMO Assurance si je découvre qu'une réponse ou une information donnée dans la proposition est fausse ou si elle change d'ici à ce que l'établissement et l'émission de la police faisant l'objet de la proposition soient autorisés. S'il s'agit d'une proposition visant une assurance vie universelle ou le Régime d'assurance vie entière de BMO Assurance, je m'engage à aviser BMO Assurance si mon statut de résidence change aux fins de l'impôt.
6. Avant de signer cette proposition, j'ai reçu des renseignements que j'estime suffisants et adéquats au sujet du produit visé par cette proposition. Je comprends que le conseiller en assurance vie peut être rémunéré à la commission.
7. Je conviens par ailleurs que certaines variables (p. ex., type et rendement des placements, coût d'assurance, avances sur police, paiements ou retraits) peuvent influer sur le rendement de la police d'assurance vie universelle ou du Régime d'assurance vie entière de BMO Assurance et, si elles changent, peuvent modifier les prestations et les valeurs non garanties au titre de la police. De plus, je comprends que les prestations et les valeurs indiquées dans l'illustration d'assurance vie universelle ou l'illustration du Régime d'assurance vie entière de BMO Assurance sont fondées sur des hypothèses susceptibles de changer et ne sont pas garanties.
8. Je (c'est-à-dire le titulaire éventuel de la police) serai réputé avoir accepté les modalités de la police et de tous les avenants, ajouts et changements qui y sont liés fondés sur cette proposition si je ne retourne pas la police à BMO Assurance dans les 10 jours après l'avoir reçue.

17.3 – AUTORISATIONS ET SIGNATURES : En apposant ma signature ci-dessous, « je » (c'est-à-dire le titulaire éventuel, la personne à assurer ou le payeur éventuel de la police soussignés, individuellement ou collectivement) déclare ce qui suit :

1. J'autorise BMO Assurance à recueillir, à utiliser et à communiquer mes renseignements personnels pour les besoins de l'assurance. Je comprends que BMO Assurance peut communiquer mes renseignements personnels à des entreprises qui fournissent des services en son nom. Dans certains cas, ces autres entreprises peuvent être situées à l'étranger (comme aux États-Unis).
2. J'autorise BMO Assurance à obtenir un rapport du bureau de crédit, à faire une vérification de mes antécédents criminels et à obtenir des renseignements sur mon dossier de conduite, si cela est nécessaire pour les besoins de l'assurance.
3. J'autorise tout professionnel de la santé, tout hôpital, tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout autre établissement médical ou paramédical, toute compagnie d'assurance, tout conseiller, tout courtier ou courtier affilié, MIB Inc., toute institution financière, tout organisme, établissement ou personne possédant un dossier ou des renseignements sur moi ou sur ma santé à communiquer ces renseignements à BMO Assurance ou à ses réassureurs.
4. Je consens à l'analyse des échantillons prélevés, notamment un test de dépistage des anticorps / antigènes antivirus de l'immunodéficience humaine (VIH), à moins que je ne retire ce consentement de façon expresse.
5. J'autorise BMO Assurance à communiquer les résultats de tests, les rapports et les renseignements personnels obtenus à mon sujet à ses réassureurs, à d'autres assureurs autorisés, à mon médecin personnel et à MIB Inc.
6. Je comprends que, si la personne à assurer n'est pas la seule personne à assurer ou n'est pas le titulaire éventuel de la police, les renseignements personnels (y compris médicaux) de la personne à assurer seront communiqués à toute autre personne à assurer ou titulaire de la police. Je consens à cette communication.
7. J'ai lu et compris l'*Avis concernant la protection de la vie privée, les renseignements personnels et MIB Inc.* qui m'a été fourni au moment de la proposition et je consens à ce que mes renseignements personnels soient recueillis, utilisés et communiqués de la façon décrite dans cet avis.
8. Le fait d'accepter toute police établie par suite de la proposition équivaut à accepter les dispositions de cette police et à ratifier tout ajout, tout avenant ou toute modification.

En signant ci-dessous, je confirme comprendre et accepter les énoncés ci-dessus et consentir à ce que mes renseignements personnels soient recueillis, utilisés et communiqués de la façon décrite.

Province de signature	**Date** (JJ/MMM/AAAA)	**Signature**
		Titulaire éventuel (indiquez le titre du signataire autorisé, s'il y a lieu) X
		Titulaire éventuel (indiquez le titre du signataire autorisé, s'il y a lieu) X
		Personne à assurer (si autre que le titulaire éventuel; signature du parent ou tuteur si la personne à assurer a moins de 16 ans [moins de 18 ans au Québec]) X
		Personne à assurer (si autre que le titulaire éventuel) X
		Payeur (si la garantie d'exonération des primes du titulaire est demandée) X

Une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Section 18 – Autorisation de divulgation de renseignements au conseiller (facultative)

Dans la présente section, « vous » et « votre » désignent la personne à assurer. Les mots « nous », « notre », « nos » et « assureur » se rapportent à BMO Société d'assurance-vie.

Objet de l'autorisation

En signant le présent formulaire, vous nous autorisez à discuter de vos renseignements personnels (y compris médicaux) énumérés ci-dessous avec votre conseiller ou son consultant désigné, qui pourraient s'en servir pour vous présenter des options d'assurance.

Nom complet du conseiller (en caractères d'imprimerie)	**Code du conseiller**
Consultant désigné du conseiller (s'il y a lieu)	

Nous n'avons pas besoin de la présente autorisation pour examiner votre proposition d'assurance et prendre une décision à son sujet.

Autorisation fournie lorsque vous signez le présent formulaire

En signant ci-dessous, vous autorisez l'assureur à divulguer vos renseignements personnels qui ont été recueillis dans le cadre de la présente proposition.

Les renseignements que nous pouvons communiquer à votre conseiller ou à son consultant désigné peuvent comprendre :

1. des résultats d'examens médicaux et d'analyses en laboratoire*;
2. des renseignements personnels confidentiels sur une maladie, y compris une maladie mentale, d'autres troubles médicaux, l'utilisation de médicaments, la consommation de drogues ou d'alcool et la réadaptation connexe;
3. d'autres problèmes médicaux découverts pendant l'évaluation de votre proposition et dont vous n'étiez peut-être pas au courant au moment de la soumettre;
4 vos antécédents professionnels et vos finances personnelles;
5. une preuve d'une activité criminelle que vous avez commise;
6. d'autres renseignements au sujet de votre vie et leur incidence sur notre décision de vous assurer.

* Nous nous réservons le droit de ne pas divulguer de renseignements médicaux ou financiers confidentiels si nous le jugeons approprié. Nous pouvons choisir de ne pas divulguer les renseignements à votre sujet que nous avons obtenus d'un médecin ou d'un établissement médical s'ils ne nous ont pas été communiqués dans le cadre du processus de proposition.

Consentement et signature

En signant le formulaire, vous convenez de ce qui suit :

1. Vous avez lu et compris les modalités de la présente autorisation.
2. Vous nous autorisez à divulguer à votre conseiller ou à son consultant désigné les renseignements énoncés dans la présente autorisation.
3. Même si vous signez le présent formulaire, nous avons le droit de ne pas communiquer des renseignements personnels de nature délicate à votre conseiller ou à son consultant désigné.
4. Vous pouvez annuler la présente autorisation en tout temps en nous faisant parvenir une lettre par écrit à l'adresse suivante : BMO Assurance, 60 Yonge Street, Toronto (Ontario) M5E 1H5.
5. Vous comprenez que la présente autorisation est valide jusqu'à 30 jours après la plus éloignée des dates suivantes :
   a. jour où nous émettons une police d'après la proposition soumise ou modifions une police d'assurance existante;
   b. jour où nous vous informons du refus de votre proposition.

Province de signature	**Date** (JJ/MM/AAAA)	**Signature**
		Personne à assurer 1 X
		Personne à assurer 2 X
		Parent ou tuteur et lien avec la personne à assurer (si elle n'a pas encore 16 ans [18 ans au Québec]) X

Une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Section 19 – Consentement à la communication de renseignements

Consentement à la communication de renseignements – À REMPLIR SUR TOUTES LES PROPOSITIONS – Ne pas détacher

Les termes « vous », « votre » et « vos » se rapportent aux personnes à assurer et aux parents ou tuteurs des personnes à assurer qui n'ont pas encore 18 ans. Les termes « nous », « notre » et « nos » désignent BMO Société d'assurance-vie (BMO Assurance). En signant ci-dessous, vous donnez l'autorisation et demandez aux médecins, praticiens, professionnels de la santé, hôpitaux, établissements publics ou privés de santé et de services sociaux, cliniques et autres établissements paramédicaux, compagnies d'assurance, à MIB Inc., à votre conseiller ou sa société affiliée, à tout autre organisme, institution, association ou personne possédant des renseignements ou des dossiers sur vous ou votre santé, ou sur vos enfants ou leur santé (le cas échéant) de nous les communiquer

ou de les communiquer à nos réassureurs. Vous nous autorisez également, nous ou nos réassureurs, à faire un bref rapport sur vos renseignements personnels à MIB Inc. Remarque : Le parent ou le tuteur légal qui signe au nom d'un mineur doit indiquer son lien de parenté avec lui.

Province de signature	**Date** (JJ/MMM/AAAA)	**Signature**	**Nom en caractères d'imprimerie**
		Personne à assurer 1 X	
		Personne à assurer 2 X	
		Parent ou tuteur et lien de parenté (si la personne à assurer n'a pas encore 16 ans [18 ans au Québec]) X	

Une version électronique de la présente autorisation est aussi valable que l'original.

Section 20 – Avis concernant la protection de la vie privée, les renseignements personnels et MIB Inc.

À détacher et à remettre à chaque personne assurée

Dans ce consentement relatif à la protection de la vie privée et aux renseignements personnels, les termes « vous », « votre » et « vos » peuvent désigner le titulaire de la police, la personne à assurer et le payeur de la police, soit individuellement ou collectivement. Les termes « nous », « notre » et « nos » désignent BMO Société d'assurance-vie.

Pour en savoir plus sur la façon dont nous recueillons, utilisons, divulguons et protégeons vos renseignements personnels, ainsi que sur vos choix et vos droits, veuillez consulter notre Code de confidentialité (accessible au bmoassurance.com).

À la réception de votre proposition (qui comprend la proposition d'assurance et tout formulaire complémentaire), nous établirons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels, y compris des renseignements sur votre santé, votre proposition et tout contrat d'assurance connexe.

Nous recueillons et utilisons vos renseignements personnels, et maintenons ce dossier à jour afin :

- de déterminer si vous êtes admissible à nos produits et services;
- de soutenir et de simplifier le processus de tarification;
- de confirmer votre identité et nous assurer que les renseignements que nous avons sur vous sont exacts;
- de gérer notre relation avec vous, y compris l'établissement et l'administration de votre contrat d'assurance ainsi que des services s'y rattachant, même après que votre contrat a pris fin;
- d'évaluer les demandes de règlement effectuées au titre de votre contrat;
- de prévenir la fraude et de gérer d'autres risques;
- de communiquer avec vous concernant des produits et des services susceptibles de vous intéresser;
- de comprendre nos clients, notamment au moyen d'analyses, afin de mettre au point et de personnaliser nos produits et services;
- de satisfaire aux exigences juridiques et réglementaires, ou encore à toute autre exigence permise par la loi;
- de répondre à vos questions.

Si nous utilisons vos renseignements personnels à des fins différentes, nous vous en informerons.

Si vous êtes titulaire d'une police d'assurance permanente ou universelle, nous demandons votre numéro d'assurance sociale aux fins de l'impôt sur le revenu. Dans le cadre de notre processus de tarification, il se peut que nous demandions un rapport du bureau de crédit ou que nous menions une enquête relativement à cette proposition.

L'accès à votre dossier et à vos renseignements personnels est réservé :

- aux employés de BMO Assurance;
- à votre conseiller en assurance et à l'agent général auquel votre conseiller en assurance est associé ou lié;
- à nos réassureurs;
- à nos tiers fournisseurs de services responsables de l'administration, du traitement de votre contrat et de la prestation de services s'y rapportant;
- à toute autre personne autorisée par vous ou par la loi;
- à vos bénéficiaires désignés, en cas de demande de règlement (au besoin).

Vous pouvez consulter vos renseignements personnels et exercer vos droits en vertu des lois applicables sur la protection de la vie privée en envoyant une demande écrite au Responsable de la confidentialité, BMO Assurance, 60, rue Yonge, Toronto (Ontario) M5E 1H5.

Avis concernant MIB Inc. :

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités confidentiellement dans la mesure où la loi le permet. BMO Assurance ou ses réassureurs pourraient toutefois en communiquer des éléments à MIB Inc., un organisme sans but lucratif regroupant des compagnies d'assurance et ayant pour objet de favoriser l'échange de renseignements entre ses membres. Si une personne nommée aux présentes fait une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie, ou une demande de règlement à une autre compagnie membre de MIB Inc., celui-ci fournira les renseignements qu'il a dans son dossier si la compagnie la lui demande.

BMO Assurance ou ses réassureurs pourraient également communiquer les renseignements figurant à leur dossier à d'autres compagnies d'assurance à qui vous présentez une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement.

À la réception d'une demande de votre part, MIB Inc. prendra des dispositions pour vous communiquer tous les renseignements qui figurent à votre dossier. Veuillez communiquer avec MIB par courriel, à l'adresse Canadadisclosure@mib.com, ou par téléphone, en composant le 1-866-692-6901. Si vous doutez de l'exactitude des renseignements figurant à votre dossier, vous pouvez communiquer avec MIB et demander une rectification conformément aux procédures énoncées dans la Fair Credit Reporting Act du gouvernement fédéral.

L'adresse du bureau d'information de MIB est le 50 Braintree Hill Park, Suite 400, Braintree MA 02184-8734, USA.

Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements sur MIB sur le site Web www.mib.com.

BMO Assurance

BMO Société d'assurance-vie
60 Yonge Street
Toronto (Ontario)
Canada M5E 1H5

Téléphone : 416-596-3900
Télécopieur : 416-596-4143
Numéro sans frais : 1-877-742-5244
bmoassurance.com

BMO Assurance

BMO Société d'assurance-vie
60 Yonge Street
Toronto (Ontario)
Canada M5E 1H5

Téléphone : 416-596-3900
Télécopieur : 416-596-4143
Numéro sans frais : 1-877-742-5244
bmoassurance.com

Section 21 – Certificat et récépissé d'assurance provisoire

À détacher et à remettre au titulaire seulement si une proposition d'assurance provisoire a été présentée.

Important : Aucune protection d'assurance provisoire n'entrera en vigueur sauf celle stipulée à la section du Certificat d'assurance provisoire.

La somme de $	**a été reçue de**
Personne à assurer (Assuré) [Dressez la liste de toutes les personnes à assurer en vertu du certificat.]	

Ce récépissé est établi à condition que tout chèque ou toute autorisation de paiement soit honoré sur première présentation contre paiement.

Les renseignements bancaires et l'autorisation de prélèvement automatique signée nécessaires au paiement de la prime mensuelle initiale par prélèvement automatique ont-ils été fournis?
◯ Oui ◯ Non

TOUS LES CHÈQUES DOIVENT ÊTRE FAITS À L'ORDRE DE BMO SOCIÉTÉ D'ASSURANCE-VIE. N'ÉTABLISSEZ PAS LE CHÈQUE À L'ORDRE DU CONSEILLER ET NE LAISSEZ PAS LA LIGNE « PAYEZ À L'ORDRE DE » EN BLANC. PERSONNE N'A L'AUTORISATION DE MODIFIER OU D'ANNULER DES DISPOSITIONS DE LA PRÉSENTE ENTENTE.

Signé à	**Date** (JJ/MMM/AAAA)
Signature du conseiller X	**Date** (JJ/MMM/AAAA)

Certificat d'assurance vie provisoire

Dans le présent certificat d'assurance vie provisoire (le « *certificat* »), « *nous* », « *notre* » et l'« *assureur* » désignent BMO Société d'assurance-vie. « *Vous* » et « *votre* » désignent le titulaire éventuel. Une « *personne à assurer* » s'entend d'une personne dont le nom figure à la section 3 de la présente proposition et qui doit être assurée en vertu du certificat. La « *proposition* » s'entend de la proposition d'assurance vie ou d'assurance contre la maladie grave que vous soumettez.

Quel est le certificat d'assurance vie provisoire?
Le présent certificat énonce les modalités en vertu desquelles nous acceptons d'offrir une assurance vie provisoire pendant que nous traitons votre proposition. Par conséquent, si la personne à assurer décède, nous verserons les prestations prévues par le certificat, sous réserve des modalités énoncées ci-dessous.

À quel moment l'assurance vie provisoire entre-t-elle en vigueur?
L'assurance vie temporaire émise dans le cadre du présent certificat entre en vigueur à la date où vous et la ou les personnes à assurer signez la section 17 de la présente proposition, à condition que toutes les conditions suivantes soient remplies :

1. Au moment de la signature de la proposition, la ou les personnes à assurer ont de 15 jours à 65 ans, inclusivement.
2. Le paiement d'au moins un douzième de la prime annuelle a été fait par chèque ou par prélèvement automatique pour la police et tout avenant, à la soumission de la proposition. Le paiement est réputé avoir été effectué dès qu'il est encaissé.
3. Les réponses aux questions de la section 16 relatives à l'assurance provisoire sont négatives et ont été fournies en toute honnêteté.

Si l'une des conditions n'est pas satisfaite, l'assurance vie provisoire n'entre pas en vigueur.

À quel moment l'assurance vie provisoire prend-elle fin?
L'assurance vie provisoire émise dans le cadre du présent certificat prend fin à la première des dates suivantes :

1. jour où l'assurance entre en vigueur d'après la proposition soumise;
2. jour où nous présentons une contre-offre à votre conseiller;
3. jour où nous refusons la proposition. Dans ce cas, nous vous enverrons par la poste un avis de refus à l'adresse indiquée dans la proposition ainsi que le remboursement de tout montant que vous nous avez versé;
4. jour où vous demandez l'annulation de la proposition;
5. 90 jours après la signature de la proposition.

Quelles sont les modalités de versement des prestations de l'assurance vie provisoire?
Modalités de versement – Si toutes les modalités du présent certificat sont respectées et que la personne à assurer décède pendant que le certificat est en vigueur, nous verserons les prestations de l'assurance vie provisoire. Dans le cas d'une protection conjointe, le versement des prestations de l'assurance vie provisoire dépend également du type de police demandé dans cette proposition (conjointe premier décès ou conjointe dernier décès).

Montant des versements – Le montant total que nous verserons en vertu du certificat est le moindre des montants suivants :

1. montant de la couverture d'assurance vie demandée dans la présente proposition, moins toute prestation en cas de décès accidentel;
2. montant maximal de 1 000 000 $.

Aux fins de la présente section, le montant maximal est établi comme suit :
a) si plus d'une personne est assurée en vertu de la présente convention, le montant maximal de 1 000 000 $ s'applique à toutes les personnes assurées;
b) si une personne assurée est couverte en vertu de plusieurs certificats d'assurance vie provisoire émis par nous, le montant maximal de 1 000 000 $ s'applique à tous les certificats d'assurance vie provisoire.

Aux fins de la présente section, les certificats d'assurance vie provisoire comprennent le présent certificat d'assurance vie provisoire et toute assurance en cas de décès accidentel en vigueur pendant l'étude de votre proposition.

Destinataire des versements – Nous paierons la personne que vous avez désignée pour recevoir la prestation de décès dans la proposition.

Exclusions et restrictions – Nous ne verserons aucune prestation en vertu du présent certificat si :

1. des renseignements ont été déformés ou omis dans la proposition;
2. l'assuré se suicide, qu'il soit sain d'esprit ou non. Dans ce cas, nous rembourserons la prime; ou
3. l'assuré décède avant d'atteindre l'âge de 15 jours.

Section 21 – Certificat et récépissé d'assurance provisoire *(suite)*

Certificat d'assurance provisoire contre la maladie grave

Dans le présent certificat d'assurance provisoire contre la maladie grave (le « *certificat* »), « *nous* », « *notre* » et l'« *assureur* » désignent BMO Société d'assurance-vie. « *Vous* » et « *votre* » désignent le titulaire éventuel. La « p*ersonne à assurer* » s'entend de la personne dont le nom figure à la section 3 et qui doit être assurée en vertu du certificat. La « *proposition* » s'entend de la proposition d'assurance vie ou d'assurance contre la maladie grave que vous soumettez.

Les définitions ci-après décrivent également les termes utilisés dans le présent certificat :

- *Trouble médical couvert* – s'entend d'une condition telle que définie dans la section Troubles médicaux couverts des dispositions relatives à la police ou à l'avenant.
- *Diagnostic* – désigne l'avis écrit d'un spécialiste, étayé par des preuves cliniques, radiologiques, histologiques et de laboratoire selon lesquelles la personne à assurer satisfait à la définition d'un trouble médical couvert dans les dispositions relatives à la police ou à l'avenant.
- *Spécialiste* – désigne un médecin qui détient un permis d'exercice au Canada ou aux États-Unis et une formation spécialisée dans un champ de pratique de la médecine pertinent au trouble médical couvert pour lequel une prestation est demandée, et dont la compétence particulière a été reconnue par un comité d'examen de la spécialité. En l'absence d'un spécialiste, et sous réserve de notre approbation, un trouble médical couvert peut être diagnostiqué par un médecin qualifié exerçant au Canada ou aux États-Unis. Le spécialiste ne peut pas être la personne à assurer, le titulaire éventuel de la police, un membre de la famille ou un partenaire d'affaires du titulaire éventuel ou de la personne à assurer.
- *Dispositions relatives à la police ou à l'avenant* – s'entendent des documents contractuels relatifs à la maladie grave pour laquelle vous avez fait une demande. Vous pouvez en demander une copie à votre conseiller.

Quel est le certificat d'assurance provisoire contre la maladie grave?

Le présent certificat énonce les modalités en vertu desquelles nous acceptons d'offrir une assurance provisoire contre la maladie grave pendant que nous traitons votre proposition. Par conséquent, si la personne à assurer est atteinte d'un trouble médical couvert, nous verserons les prestations prévues par le certificat, sous réserve des modalités énoncées ci-dessous.

À quel moment l'assurance provisoire contre la maladie grave entre-t-elle en vigueur?

L'assurance provisoire contre la maladie grave émise dans le cadre du présent certificat entre en vigueur à la date où vous et la ou les personnes à assurer signez la section 17 de la présente proposition, à condition que toutes les conditions suivantes soient remplies :

1. La personne à assurer a de 30 jours à 65 ans inclusivement au moment de la signature de la proposition.
2. Le paiement d'au moins un douzième de la prime annuelle a été fait à l'assureur par chèque ou par prélèvement automatique pour la police et tout avenant, à la soumission de la proposition. Le paiement est réputé avoir été effectué dès qu'il est encaissé.
3. Les réponses aux questions de la section 16 relatives à l'assurance provisoire sont négatives et ont été fournies en toute honnêteté.

Si l'une des conditions n'est pas satisfaite, l'assurance provisoire contre la maladie grave n'entre pas en vigueur.

À quel moment l'assurance provisoire contre la maladie grave prend-elle fin?

L'assurance provisoire contre la maladie grave émise dans le cadre du présent certificat prend fin à la première des dates suivantes :

1. jour où l'assurance entre en vigueur d'après la proposition soumise;
2. jour où nous présentons une contre-offre à votre conseiller;
3. jour où nous refusons la proposition. Dans ce cas, nous vous enverrons par la poste un avis de refus à l'adresse indiquée dans la proposition ainsi que le remboursement de tout montant que vous nous avez versé;
4. jour où vous demandez l'annulation de la proposition;
5. 90 jours après la signature de la proposition.

Quelles sont les modalités de versement des prestations de l'assurance provisoire contre la maladie grave?

Modalités de versement – pourvu que toutes les modalités du présent certificat soient respectées, nous verserons les prestations de l'assurance provisoire contre la maladie grave au diagnostic d'un trouble médical couvert si :

1. le diagnostic du trouble couvert est effectué pendant que le présent certificat est en vigueur;
2. toutes les exigences relatives au trouble couvert, telles qu'elles sont énoncées dans les dispositions relatives à la police ou à l'avenant, pour lequel vous faites une demande sont satisfaites;
3. la personne à assurer satisfait aux exigences de la période de survie de 30 jours conformément aux dispositions de la police ou de l'avenant; et
4. le trouble médical couvert n'est pas expressément exclu dans le présent certificat.

Montant des versements – Le montant total que nous verserons en vertu du certificat est le moindre des montants suivants :

1. montant de la couverture d'assurance contre la maladie grave demandé dans la présente proposition, moins toute prestation en cas de décès accidentel;
2. montant maximal de 500 000 $ pour toutes les personnes assurées.

Aux fins de la présente section, le montant maximal est établi comme suit :

a) si plus d'une personne est assurée en vertu de la présente convention, le montant maximal de 500 000 $ s'applique à toutes les personnes assurées;
b) si une personne assurée est couverte en vertu de plusieurs certificats d'assurance provisoire contre la maladie grave émis par nous, le montant maximal de 500 000 $ s'applique à tous les certificats d'assurance provisoire contre la maladie grave.

Destinataire des versements – Nous paierons le titulaire de la police à moins qu'un bénéficiaire ait été désigné pour recevoir la prestation d'assurance contre la maladie grave dans la proposition.

Exclusions et restrictions – Nous ne verserons aucune prestation en vertu du présent certificat :

1. si des renseignements ont été déformés ou omis dans la proposition;
2. pour un diagnostic de cancer conformément à la définition figurant dans les dispositions relatives à la police ou à l'avenant;
3. si la personne à assurer décède pendant la période de survie de 30 jours telle qu'elle est définie dans les dispositions relatives à la police ou à l'avenant; ou
4. si la personne à assurer souffre d'un trouble médical couvert qui résulte directement ou indirectement :
   i. d'une tentative de suicide ou de blessures que le client s'est lui-même infligées, qu'il ait été sain d'esprit ou non;
   ii. d'une perpétration ou tentative de perpétration d'une infraction criminelle;
   iii. de la consommation de drogues, de substances toxiques ou intoxicantes (y compris l'alcool) ou de stupéfiants autres que ceux prescrits par un médecin autorisé et pris conformément aux directives fournies;
   iv. de la conduite d'un véhicule automobile si la personne à assurer présentait un taux d'alcoolémie supérieur à 80 milligrammes d'alcool par 100 millilitres de sang.

Section 22 – Rapport du conseiller

22.1 – Renseignements généraux

1	**Depuis combien de temps connaissez-vous la ou les personnes à assurer?** **Lien avec la ou les personnes à assurer?** ◯ Connais bien ◯ Connais un peu ◯ Connais à peine **Lien de parenté, le cas échéant :** ◯ Conjoint ◯ Parent ◯ Enfant ou personne à charge ◯ Frère ou sœur ◯ Autre _____
2	**Qui a sollicité cette proposition?** ◯ Conseiller ◯ Personne à assurer ◯ Titulaire
3	**Avez-vous rencontré toutes les personnes à assurer et tous les titulaires de la police?** ◯ Oui ◯ Non **Si la réponse est « non », ne soumettez pas cette proposition.** Vous devez utiliser le processus de la Proposition intelligente dans le cas d'une proposition sans entretien.
4	**Exigences de tarification à remplir :** ◯ Urine-VIH ◯ Entrevue téléphonique et signes vitaux ◯ Examen paramédical ◯ ECG au repos ◯ Examen médical ◯ ECG à l'effort ◯ Profil sanguin ◯ Déclaration du médecin traitant ◯ Rapport d'enquête ◯ Dossier de conduite ◯ Autre _____ **Déclaration du médecin traitant** (si demandée, nom du médecin) Dr _____ **Dossier de conduite pour les résidents du Québec et de la Colombie-Britannique :** joignez à la proposition un consentement à la vérification du dossier de conduite s'il s'agit d'une exigence en raison de l'âge et du montant. **Nom de l'organisme de services paramédicaux ou du médecin-examinateur**

22.2 – Déclaration du conseiller

Les réponses suivantes sont exactes au meilleur de mes connaissances. En signant ci-dessous, je confirme ce qui suit :

- Je suis le conseiller réalisateur et j'ai un permis en règle m'autorisant à remplir la présente proposition dans le territoire de compétence où la transaction s'est déroulée.
- Je confirme ce qui suit :
  - Dans le cadre du processus de vente, j'ai rencontré la personne à assurer 1, la personne à assurer 2 (s'il y a lieu) et les titulaires de la police.
  - J'ai passé en revue toute l'information contenue dans la présente proposition avec chaque titulaire éventuel de la police, personne à assurer et payeur par prélèvement automatique.
  - Je déclare qu'à ma connaissance, cette information est complète et véridique, et contient tous les renseignements nécessaires pour l'assurance demandée.
  - Au Québec, j'ai fourni une version française de la proposition à chaque personne à assurer.
- J'ai vu les originaux des pièces d'identité valides délivrées par le gouvernement que m'ont fournies, aux fins de vérification de l'identité, la personne à assurer 1, la personne à assurer 2 (s'il y a lieu) et les titulaires de la police.
- J'ai déployé des efforts raisonnables pour déterminer si les titulaires de la police agissaient au nom d'un tiers.
- J'ai fourni au titulaire de la police la déclaration du conseiller, qui informe le titulaire :
  - des autres compagnies que je représente actuellement;
  - que je touche une rémunération (comme des commissions) sur la vente de produits d'assurance vie et d'assurance maladie;
  - que je pourrais toucher une rémunération complémentaire sous forme de bonis, de programmes de congrès ou d'autres incitatifs;
  - de tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.
- J'ai observé chaque signataire apposer sa signature sur cette proposition.

Nom du conseiller réalisateur (en caractères d'imprimerie)	**Signature du conseiller réalisateur** X	**Date** (JJ/MMM/AAAA)

22.3 – Renseignements sur le conseiller

1	**Nom complet** (en caractères d'imprimerie) **(conseiller de service)**	**Code du conseiller**	**Répartition en pourcentage**	**Inscrire le nom et le code de l'agent général ici**
2	**Nom complet** (en caractères d'imprimerie)	**Code du conseiller**	**Répartition en pourcentage**	
3	**Nom complet** (en caractères d'imprimerie)	**Code du conseiller**	**Répartition en pourcentage**	

22.4 – Déclaration de l'adjoint administratif autorisé

À remplir si un adjoint administratif autorisé a aidé à remplir la présente proposition.

Je, l'adjoint administratif autorisé, confirme ce qui suit :

- Avec chaque titulaire éventuel de la police, personne à assurer et payeur par SPA, j'ai passé en revue toute l'information contenue dans cette proposition. Je déclare qu'à ma connaissance, cette information est complète et véridique, et contient tous les renseignements nécessaires pour l'assurance demandée.
- J'ai observé chaque signataire apposer sa signature sur cette proposition.

Nom complet (en caractères d'imprimerie) **de l'adjoint administratif autorisé**	**Signature de l'adjoint administratif autorisé** X	**Numéro de permis de l'adjoint administratif autorisé**	**Date** (JJ/MMM/AAAA)

BMO Société d'assurance-vie
60 Yonge Street
Toronto (Ontario) Canada M5E 1H5

Téléphone : 416-596-3900
Télécopieur : 416-596-4143
Numéro sans frais : 1-877-742-5244

bmoassurance.com

BMO Assurance

126F (2023/07/31)