

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

La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada doit avoir reçu votre formulaire d'inscription dans les 30 jours suivant la date de cessation de votre couverture.

Si vous aviez choisi de ne pas participer au régime de soins de santé pour étudiant, ou si votre régime de soins de santé pour étudiant n'est pas assuré par Securian Canada, veuillez noter que vous devez fournir une attestation de votre couverture au titre d'un régime complémentaire équivalent, sans quoi vous devrez remplir un questionnaire médical. Veuillez joindre l'attestation de votre couverture au présent formulaire.

Vous devez présenter une lettre de votre assureur (l'employeur de vos parents ou de votre conjoint), une lettre de votre employeur, une carte de participation au régime indiquant votre couverture ou une photocopie du reçu d'un règlement récent indiquant votre couverture de frais médicaux. L'attestation de couverture doit également indiquer la date à laquelle votre couverture prend fin.

**Écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.**

### 1. Renseignements généraux

L'assurance Continuum est offerte partout au Canada, à l'exception du Québec.

Si vous avez choisi de ne pas participer au régime de soins de santé étudiant et si vous n'avez pas de couverture au titre d'un régime complémentaire équivalent, vous devez remplir le formulaire de Continuum – Déclaration d'état de santé – Formulaire d'inscription au Régime de soins de santé et dentaires qui se trouve au [www.plancontinuum.com](http://www.plancontinuum.com).

#### Renseignements sur vous

Prénom		Initiale	Nom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (si différent)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Adresse du domicile (numéro et rue)				Appartement	
Ville		Province		Code postal	
Téléphone (domicile)			Télécopieur		
Adresse électronique					
Êtes-vous un résident du Canada et êtes-vous couvert par le régime d'assurance-maladie de votre province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Nom d'établissement d'enseignement			Numéro d'étudiant		
Êtiez-vous couvert par votre régime de soins de santé étudiant au cours de la dernière année universitaire? <input type="checkbox"/> Oui Si <i>oui</i> , à quelle date votre couverture a-t-elle pris fin? <input type="text" value="Date (jj-mm-aaaa)"/>					
<input type="checkbox"/> Non Si <i>non</i> , par quel régime étiez-vous couvert? _____					
Numéro de contrat? _____					
Date de la cessation de votre couverture au titre de ce régime?				<input type="text" value="Date (jj-mm-aaaa)"/>	

## 1. Renseignements généraux (suite)

### Renseignements sur votre conjoint

Veillez remplir cette section pour demander l'assurance pour votre conjoint.

Prénom	Initiale	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (si différent)	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	
Adresse électronique			
Votre conjoint est-il un résident du Canada et est-il couvert par la régime d'assurance-maladie de sa province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

### Renseignements sur vos enfants à charge

Veillez remplir cette section pour demander l'assurance pour les personnes à votre charge.

Prénom	Initiale	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom	Initiale	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom	Initiale	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## 2. Couverture demandée

Veillez vous reporter au [www.plancontinuum.com](http://www.plancontinuum.com) pour plus de précisions.

### Régime de soins de santé

individuelle  deux personnes  familiale

### Régime de soins de santé et dentaires

individuelle  deux personnes  familiale

## 3. Mode de paiement des primes

### Prélèvement bancaire mensuel

**Veillez fournir les renseignements demandés ci-dessous OU annexer à la présente demande d'adhésion une formule de chèque personnel portant la mention «NUL», et signer ci-dessous.**

Nom du titulaire de compte	Initiale	Nom de famille
Nom de l'établissement financier	Adresse de l'établissement financier (numéro et rue)	
Numéro de la succursale	Numéro de l'établissement financier	Numéro de compte

### Renseignements sur le payeur

Remplissez cette section si une autre personne que vous, y compris une société, paie votre contrat.

Veillez indiquer tous les renseignements sur le cotitulaire du compte joint, le cas échéant.

Nom (prénom et nom de famille) du/des payeur(s) ou raison sociale complète de la société/entité			
S'il y a lieu : date de naissance (jj-mm-aaaa)		Lien avec vous	
Adresse (numéro et rue)			Appartement ou bureau
Ville	Province/État	Pays	Code postal

### 3. Mode de paiement des primes (suite)

Pour utiliser le débit préautorisé (DPA), vous devez accepter toutes les conditions de l'autorisation. En signant ci-dessous à titre de payeur, vous acceptez les conditions suivantes :

#### Conditions

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

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

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

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

Securian Canada  
C.P. 963 SUCC A,  
Toronto, ON, Canada M5W 1G5  
Téléphone : 1-877-363-2773

Je confirme/nous confirmons que toutes les personnes dont la signature est nécessaire pour autoriser des prélèvements sur le compte bancaire ont signé ci-dessous.

Nom du titulaire du compte	Signature du titulaire du compte <b>X</b>	Date (jj-mm-aaaa)
Nom du titulaire du compte	Signature du titulaire du compte <b>X</b>	Date (jj-mm-aaaa)

**N'envoyez pas d'argent avec cette demande. Vous recevrez un relevé de prime.**

### 4. Déclaration et autorisation

Je certifie que les réponses données dans le présent formulaire d'inscription sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute dissimulation, omission ou fausse déclaration relative au présent formulaire d'inscription entraîne l'annulation de l'assurance.

J'autorise La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada («Securian Canada»), ses mandataires et ses fournisseurs de services à utiliser et à échanger les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative ou au règlement des prestations se rapportant à la présente assurance avec toute personne qui possède des renseignements pertinents à mon sujet, y compris les établissements médicaux, les agences d'enquête, les assureurs et les réassureurs ainsi qu'à utiliser les renseignements nécessaires à la gestion administrative du régime et à les échanger avec l'ASÉQ.

Je reconnais que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Votre signature <b>X</b>		Signature de votre conjoint (le cas échéant) <b>X</b>	
Signé à (ville)	Signé à (province)	Date (jj-mm-aaaa)	

**Veillez retourner la proposition dûment remplie à l'adresse suivante :**

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

## 5. Protection des renseignements personnels

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