

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»).

Écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

1. Renseignements généraux

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

Renseignements sur vous

Prénom	Initiale	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (le cas échéant)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Lieu de naissance (province)	Lieu de naissance (pays)	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	

Renseignements sur votre conjoint

Veuillez 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 (le cas échéant)		Date de naissance (jj-mm-aaaa)	
Lieu de naissance (province)	Lieu de naissance (pays)	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

Veuillez 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

Si l'espace ne suffit pas, veuillez utiliser une feuille distincte en prenant soin de la signer et de la dater.

2. Couverture demandée

Veuillez visiter www.plancontinuum.com pour plus de précisions.

Régime de soins de santé

Individuelle Deux personnes Familiale

Régime de soins de santé et de soins dentaires

Individuelle Deux personnes Familiale

3. Déclaration d'assurabilité

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

3.1 Antécédents médicaux Renseignements sur vous

Taille pi po m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain : <input type="checkbox"/> Perte : <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Raison du changement de poids		
Nom et adresse du médecin traitant et date et motif de la dernière consultation (si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez <i>aucun</i>)		
Diagnostic, traitement suivi, médicaments prescrits, résultats		
Si le médecin traitant nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier.		

Renseignements sur votre conjoint

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

Taille pi po m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain : <input type="checkbox"/> Perte : <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Raison du changement de poids		
Nom et adresse du médecin traitant et date et motif de la dernière consultation (si vous n'avez pas de médecin traitant, indiquez <i>aucun</i>)		
Diagnostic, traitement suivi, médicaments prescrits, résultats		
Si le médecin traitant nommé ci-dessus ne dispose pas de votre dossier médical le plus complet, veuillez indiquer le nom et l'adresse du médecin qui dispose de ce dossier.		

Renseignements sur la ou les personnes à votre charge

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

Prénom	Initiale	Nom
Taille pi po m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain : <input type="checkbox"/> Perte : <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Raison du changement de poids		
Prénom	Initiale	Nom
Taille pi po m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain : <input type="checkbox"/> Perte : <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Raison du changement de poids		
Prénom	Initiale	Nom
Taille pi po m cm	Poids <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg	Changement de poids au cours des 12 derniers mois <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Gain : <input type="checkbox"/> Perte : <input type="checkbox"/> lb <input type="checkbox"/> kg
Raison du changement de poids		

Si l'espace ne suffit pas, veuillez répondre sur une feuille distincte que vous devrez signer et dater.

3. Déclaration d'assurabilité (suite)

3.2 Renseignements sur les médicaments et/ou les traitements

Au cours des 12 derniers mois, l'une des personnes à assurer a-t-elle pris des médicaments sur ordonnance, utilisé du matériel ou des appareils médicaux, suivi un traitement (thérapie, counselling, etc.), ou lui a-t-on conseillé de le faire? (S'applique également aux ordonnances non remplies.)

Vous	Conjoint	Enfant(s) à charge
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

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

3.3 Renseignements médicaux

Veuillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques. **Les questions qui suivent s'adressent** à vous ainsi qu'à votre conjoint et aux enfants à votre charge (s'ils doivent être assurés) :

	Vous	Conjoint	Enfant(s) à charge
a) Avez-vous consulté un médecin ou reçu un traitement pour l'une ou l'autre des affections suivantes : cancer ou tumeur, troubles neurologiques, troubles cardiovasculaires, hypertension, accident vasculaire cérébral, diabète, troubles du foie ou troubles rénaux, troubles respiratoires, troubles gastro-intestinaux, troubles mentaux ou nerveux, alcoolisme ou toxicomanie, hépatite, troubles endocriniens, troubles sanguins, troubles de l'appareil génito-urinaire ou de l'appareil reproducteur, arthrite rhumatoïde, sclérose en plaques ou troubles immunologiques, ou avez-vous subi des tests indiquant que vous êtes porteur du VIH?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Avez-vous souffert de toute autre affection ou avez-vous subi une blessure, une intervention chirurgicale ou un traitement dans les cinq dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) Prévoyez-vous suivre un traitement médical ou chirurgical, ou être hospitalisé dans les six prochains mois; et avez-vous, vous ou votre conjoint, été dans l'impossibilité de travailler pendant plus de cinq jours consécutifs dans les deux dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) Ressentez-vous des symptômes ou souffrez-vous d'une affection pour lesquels vous n'avez pas consulté le médecin ou pour lesquels on vous a recommandé de subir des examens ou des tests qui n'ont pas encore été effectués?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
e) Avez-vous reçu des conseils ou des traitements pour consommation de drogues ou d'alcool?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
f) A-t-on déjà suspendu votre permis de conduire ou vous l'a-t-on retiré, ou avez-vous commis trois infractions au code de la route ou plus au cours des deux dernières années?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
g) Pratiquez-vous ou avez-vous l'intention de pratiquer des activités ou des sports dangereux (par exemple course d'automobiles ou de motos, plongée sous-marine, parachute ou deltaplane)?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
h) Vous êtes-vous déjà vu refuser ou ajourner une proposition d'assurance, ou résilier, annuler ou modifier en quoi que ce soit un contrat ou un certificat d'assurance, ou vous a-t-on déjà refusé de renouveler ou de remettre en vigueur une assurance?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3. Déclaration d'assurabilité (suite)

Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions énoncées dans la section 3.3 (a-h), veuillez donner des précisions ci-dessous. Joindre les résultats de tous les examens médicaux et bilans de santé. Veuillez ne pas mentionner des tests génétiques ou des résultats de tests génétiques.

Si l'espace ne suffit pas, veuillez répondre sur une feuille distincte que vous devrez signer et dater.

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

4. Mode de paiement des primes

Prélèvement bancaire mensuel

Veuillez 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. Veuillez 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

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

4. Mode de paiement des primes (suite)

au moins 10 jours ouvrables avant le prochain prélèvement prévu. Vous pouvez obtenir un modèle de formulaire d'annulation de DPA ou en savoir plus sur votre droit d'annuler une entente de DPA auprès de votre institution financière ou en visitant le www.paiements.ca.

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

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

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

Téléphone : 1-877-363-2773

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 X	Date (jj-mm-aaaa)
Nom du titulaire du compte	Signature du titulaire du compte X	Date (jj-mm-aaaa)

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

5. Déclaration et autorisation

Je certifie que les réponses données dans la présente proposition sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute dissimulation, omission ou fausse déclaration relative à la présente proposition entraîne l'annulation de l'assurance.

Je déclare avoir lu, avoir détaché et avoir en ma possession l'Avis relatif au Medical Information Bureau (MIB) et, en signant ci-dessous, j'autorise cet organisme à transmettre à La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada («Securian Canada») ou à ses réassureurs tous les renseignements qu'il possède à mon sujet.

J'autorise Securian Canada, ses mandataires et ses mandataires et ses fournisseurs de services à utiliser et à échanger des 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, notamment les professionnels de la santé et les établissements médicaux, le MIB, 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 X		Signature de votre conjoint (le cas échéant) X	
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**

6. Avis relatif au Medical Information Bureau

Au cours de l'étude de votre proposition, La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada («Securian Canada») peut communiquer à ses réassureurs des renseignements à votre sujet ou au sujet de votre conjoint. Securian Canada et ses réassureurs peuvent en outre transmettre les renseignements figurant dans leurs dossiers à d'autres sociétés d'assurances de personnes auxquelles vous, vous-même et/ou votre conjoint pourriez présenter une proposition d'assurance vie ou maladie ou une demande de règlement.

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

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

Pour communiquer avec le MIB, vous pouvez écrire à l'adresse suivante :

Medical Information Bureau
330 avenue University
Toronto (Ontario) M5G 1R7

ou téléphoner au 416-597-0590

7. 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/>.