



UV
ASSURANCE

Proposition

Assurance individuelle

Assurances vie et maladies graves

EXIGENCES D'ASSURABILITÉ

Il est désormais possible de compléter notre proposition électronique pour tous nos produits d'assurance vie permanente et temporaire selon les spécifications mentionnées dans les tableaux d'exigences d'âge et montant plus bas. Vous pouvez accéder à la proposition électronique en vous connectant à **MON UNIVERS** via le **uvassurance.ca**.

Assurance vie permanente (Vie Entière Valeurs Élevées, L'Adaptable et Vie Entière Payable à 100 ans)

Proposition	Montant	Âge									
		0 à 15	16 à 35	36 à 40	41 à 45	46 à 50	51 à 55	56 à 60	61 à 65	66 à 70	71 à 80
Électronique - Interactive (PDF) ou papier acceptée (avec questionnaire d'admissibilité PDF)	10 000 \$ - 150 000 \$	Express (Vie Entière Valeurs Élevées 0-75 — L'Adaptable 0-75 — Vie Entière Payable à 100 ans 18-80)									
Électronique, interactive (PDF) ou papier	150 001 \$ - 350 000 \$	1	1	1	1	1	1	4	4	5	5A
	350 001 \$ - 500 000 \$	1	1	1	1	3	4	4	5	5	5A
	500 001 \$ - 1 000 000 \$	13	4	4	4	4	5	5	5	5	5A
	1 000 001 \$ - 2 000 000 \$	13	4	4	4	5	5	5	5	5	5A
	2 000 001 \$ - 5 000 000 \$	13	4	4	5	5	5	5	5	7	7A
	Plus de 5 000 000 \$	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8A

Assurance vie Temporaire Supérieur+ (T-10, T-15 et T-20 | 18-65 ans) (T-25 | 18-60 ans) (T-30 | 18-55 ans)

Proposition	Montant	Âge						
		18 à 35	36 à 40	41 à 45	46 à 50	51 à 55	56 à 60	61 à 65
Électronique - Interactive (PDF) ou papier acceptée (avec questionnaire d'admissibilité PDF)	10 000 \$ - 150 000 \$ (T-10 et T-15) 25 000 \$ - 150 000 \$	Express						
	150 001 \$ - 250 000 \$	Immédiate						
	250 001 \$ - 350 000 \$	Immédiate						4
	350 001 \$ - 499 999 \$	Immédiate			3	4	4	5
Électronique, interactive (PDF) ou papier	500 000 \$ - 999 999 \$ *	4	4	4	4	5	5	5
	1 000 000 \$ - 1 999 999 \$ *	4	4	4	5	5	5	5
	2 000 000 \$ - 5 000 000 \$ *	4	4	5	5	5	5	5
	Plus de 5 000 000 \$ *	8	8	8	8	8	8	8

* Primes privilégiées et super privilégiées disponibles

Juvenile 30/100

Proposition	Montant	Âge	
		0 à 15	
Électronique - Interactive (PDF) ou papier acceptée (avec questionnaire d'admissibilité PDF)	100 000 \$	Express	

Assurance maladies graves (L'Adapsanté)

Proposition	Montant	Âge							
		0 à 15	16 à 35	36 à 40	41 à 45	46 à 50	51 à 55	56 à 60	61 à 65
Électronique, interactive (PDF) ou papier	0 \$ - 99 999 \$	1	1	1	1	1	9	9	9
	100 000 \$ - 250 000 \$	1	3	3	3	3	9	9	10
	250 001 \$ - 500 000 \$	13	4	4	4	4	10	10	10
	500 001 \$ - 999 999 \$	13	4	4	5	5	11	11	11
	1 000 000 \$ et plus	13	6	6	6	6	12	12	12

- LÉGENDE**

 - 1) Entrevue téléphonique
 - 2) Paramédical
 - 3) Paramédical avec urine
 - 4) Paramédical avec profil sanguin complet
 - 5) Paramédical avec profil sanguin complet et électrocardiogramme
 - 6) Examen avec profil sanguin complet et électrocardiogramme
 - 7) Paramédical avec profil sanguin complet et ECG à l'effort
 - 8) Proposition préliminaire à soumettre au siège social
 - 9) Paramédical, profil sanguin complet et antigène spécifique de la prostate
- 10) Paramédical, profil sanguin complet, antigène spécifique de la prostate et électrocardiogramme
 - 11) Examen médical, profil sanguin complet, antigène spécifique de la prostate, électrocardiogramme et radiographie pulmonaire pour les fumeurs et les ex-fumeurs depuis 2 ans ou moins
 - 12) Examen médical, profil sanguin complet, antigène spécifique de la prostate, ECG à l'effort et radiographie pulmonaire pour les fumeurs et les ex-fumeurs depuis 2 ans ou moins
 - 13) À la discrétion du tarificateur
 - A) Questionnaire « Assurés de plus de 70 ans » FQC082

Pour déterminer les exigences d'assurabilité requises, ajoutez à la nouvelle proposition toute demande d'assurance vie (proposition à l'étude et contrat émis) soumise à UV Assurance ou d'autres assureurs dans les 12 derniers mois et qui demeure en vigueur.

UV Assurance se réserve le droit de requérir toute exigence supplémentaire en relation avec l'analyse du risque.

☐ J'atteste avoir offert à mon client, qui réside au Québec, une copie de la **proposition en français**, et ce, avant sa signature dans la version anglaise. Après avoir examiné la version française, mon client a demandé à ce que la présente proposition, son contrat et tout document lié au contrat soient rédigés en anglais. Il s'agit de sa volonté expresse d'être lié par la version anglaise uniquement, et ce pour tous les autres documents liés rédigés en anglais.

SECTION B – PROPRIÉTAIRE(S)

Propriétaire n° 1		Même que l'assuré n° 1 ☐																
Propriété du contrat à _____ % ☐ Personne physique ☐ Personne morale																		
Note : S'il y a plus d'un propriétaire et que le % de propriété n'est pas spécifié, nous considérons que le % de propriété est à parts égales.																		
1. Prénom _____ Second prénom _____ Nom _____																		
2. Date de naissance <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>		A	A	A	A	M	M	J	J	3. État civil _____ 4. Sexe ☐ H ☐ F								
A	A	A	A	M	M	J	J											
5. Lien avec la personne à assurer _____																		
6. Pays de naissance _____		7. Province de naissance _____ 8. Depuis quand au Canada <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M										
A	A	A	A	M	M													
9. ☐ Citoyen canadien ☐ Résident permanent ☐ Américain aux fins de l'impôt aux États-Unis ☐ Résident fiscal dans une juridiction fiscale autre que le Canada ou les États-Unis																		
10. Dénomination sociale complète _____																		
11. Adresse principale _____		Ville _____																
Province _____ Pays _____		Code postal <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
12. Numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____ Courriel _____																		
13. Tél. n°1 ☐ Cell ☐ Maison ☐ Bureau <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> , poste _____ Disponibilité ☐ AM ☐ PM ☐ Soirée																		
14. Tél. n°2 ☐ Cell ☐ Maison ☐ Bureau <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> , poste _____ Disponibilité ☐ AM ☐ PM ☐ Soirée																		
15. ☐ Même adresse que l'adresse principale Adresse de correspondance _____ Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
16. Occupation _____ 17. Employeur _____																		

Propriétaire n° 2		Même que l'assuré n° 2 ☐																
Propriété du contrat à _____ % ☐ Personne physique ☐ Personne morale																		
Note : S'il y a plus d'un propriétaire et que le % de propriété n'est pas spécifié, nous considérons que le % de propriété est à parts égales.																		
1. Prénom _____ Second prénom _____ Nom _____																		
2. Date de naissance <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td><td>J</td><td>J</td></tr></table>		A	A	A	A	M	M	J	J	3. État civil _____ 4. Sexe ☐ H ☐ F								
A	A	A	A	M	M	J	J											
5. Lien avec la personne à assurer _____																		
6. Pays de naissance _____		7. Province de naissance _____ 8. Depuis quand au Canada <table border="1"><tr><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>A</td><td>M</td><td>M</td></tr></table>	A	A	A	A	M	M										
A	A	A	A	M	M													
9. ☐ Citoyen canadien ☐ Résident permanent ☐ Américain aux fins de l'impôt aux États-Unis ☐ Résident fiscal dans une juridiction fiscale autre que le Canada ou les États-Unis																		
10. Dénomination sociale complète _____																		
11. Adresse principale _____		Ville _____																
Province _____ Pays _____		Code postal <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																
12. Numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____ Courriel _____																		
13. Tél. n°1 ☐ Cell ☐ Maison ☐ Bureau <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> , poste _____ Disponibilité ☐ AM ☐ PM ☐ Soirée																		
14. Tél. n°2 ☐ Cell ☐ Maison ☐ Bureau <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> - <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> , poste _____ Disponibilité ☐ AM ☐ PM ☐ Soirée																		
15. ☐ Même adresse que l'adresse principale Adresse de correspondance _____ Ville _____ Province _____ Pays _____ Code postal <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																		
16. Occupation _____ 17. Employeur _____																		

Propriétaire n°1	Propriétaire n°2	Communications, documents et contrats au propriétaire
		Note : La trousse d'émission est toujours envoyée en format électronique à l'AGD et au conseiller sur le portail MON UNIVERS .
☐	☐	Livraison électronique du contrat Le contrat et les communications relatives au contrat seront envoyés au propriétaire sur le portail MON UNIVERS . Le propriétaire sera automatiquement alerté par courriel lorsqu'une notification concernant le contrat sera disponible sur le portail.
☐	☐	Livraison du contrat papier Le contrat et les communications relatives au contrat seront envoyés en version papier au propriétaire par l'entremise de l'AGD et du conseiller.
☐	☐	Livraison électronique et papier du contrat Le contrat et les communications relatives au contrat seront envoyés en version papier et seront aussi disponibles sur le portail MON UNIVERS .
☐	☐	Ce propriétaire souhaite recevoir l'infolettre de UV Assurance .

 À noter que le contrat ainsi que toutes les communications relatives au contrat sont disponibles en tout temps pour consultation en ligne et au format PDF sur le portail **MON UNIVERS**.

Informations sur l'entreprise

Les renseignements demandés ci-dessous ont pour but de vérifier si le montant d'assurance demandé est bien en relation avec la valeur de l'entreprise et la fonction occupée par la personne à assurer.

Si le propriétaire est une personne morale, complétez la section ci-dessous :

1. Le demandeur est-il le président et secrétaire et l'actionnaire majoritaire de l'entreprise? ☐ Oui ☐ Non
 Si oui, nous autorisons cette personne à signer la proposition au nom de l'entreprise.
 Si non, veuillez détailler les signataires autorisés et fournir une résolution du conseil d'administration autorisant cette ou ces personne(s) à agir au nom de l'entreprise sur cette proposition d'assurance et le contrat qui pourrait en découler. Vous pouvez utiliser notre formulaire type (FQC088 - Copie Certifié conforme de Résolution du conseil d'administration).

	Signataire autorisé #1		Signataire autorisé #2		Signataire autorisé #3	
Prénom						
Nom						
Courriel						
Téléphone		Poste		Poste		Poste
Titre						

2. But de l'assurance ☐ Convention d'achat/vente ☐ Protection personne clé ☐ Garantie d'emprunt ☐ Autre _____

3. Depuis combien d'années l'entreprise existe-t-elle? _____ an(s)

4. Quel est l'avoir net de l'entreprise? _____ \$ 5. Quelle est la valeur marchande de l'entreprise? _____ \$

6. Bénéfice net des deux dernières années _____ \$ 20 | | année 1, _____ \$ 20 | | année 2

7. Quel est le pourcentage des parts détenues par la personne à assurer dans l'entreprise? _____ %

8. Quel est le montant d'assurance vie commerciale détenu par chacun des actionnaires/associés?

Nom de l'actionnaire/associé	Montant d'assurance	% part	Nom de l'actionnaire/associé	Montant d'assurance	% part
1.			3.		
2.			4.		

PROPRIÉTAIRE SUBROGÉ

Le propriétaire subrogé deviendra propriétaire du contrat à la suite du décès du propriétaire auquel il est relié. Si vous désirez nommer plus d'un propriétaire subrogé, veuillez compléter le [formulaire FQC079](#).

Identification d'un propriétaire subrogé

En remplacement du : ☐ Propriétaire n° 1 ☐ Propriétaire n° 2

1. Prénom _____ Second prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. État civil _____ 4. Sexe ☐ H ☐ F
5. Lien avec la personne à assurer _____
6. Pays de naissance _____ 7. Province de naissance _____ 8. Depuis quand au Canada

A	A	A	A	M	M
---	---	---	---	---	---
9. ☐ Citoyen canadien ☐ Résident permanent ☐ Américain aux fins de l'impôt aux États-Unis
☐ Résident fiscal dans une juridiction fiscale autre que le Canada ou les États-Unis
10. Dénomination sociale complète _____
11. Adresse principale _____ Ville _____
Province _____ Pays _____ Code postal

--	--	--	--	--	--
12. Numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____ Courriel _____
13. Téléphone principal

--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--

, poste _____ ☐ Cellulaire ☐ Résidence ☐ Bureau
14. Meilleur moment pour vous joindre ☐ AM ☐ PM ☐ Soirée
15. Téléphone secondaire

--	--	--	--	--	--	--	--

 -

--	--	--	--	--	--

, poste _____ ☐ Cellulaire ☐ Résidence ☐ Bureau
16. ☐ Même adresse que l'adresse principale
Adresse de correspondance _____ Ville _____
Province _____ Pays _____ Code postal

--	--	--	--	--	--

SECTION C – BÉNÉFICIAIRE(S)

ASSURANCE VIE

Important : Au Québec, en l'absence de tout choix à la question 6, la désignation de l'époux ou du conjoint uni civilement est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable. La nomination du bénéficiaire subrogé est toujours révocable. Le bénéficiaire subrogé deviendra un bénéficiaire au contrat suite au décès du bénéficiaire auquel il est relié.

Bénéficiaire n° 1

- ☐ Assuré n° 1 ☐ Assuré n° 2
☐ Héritiers légaux ☐ Autres (complétez ci-dessous)
☐ Avec accroissement au décès du bénéficiaire

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F
4. Lien avec la personne à assurer _____ 5. Bénéficiaire _____ % 6. ☐ Révocable ☐ Irrévocable
7. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
8. Dénomination sociale complète _____

BÉNÉFICIAIRE SUBROGÉ – POUR LE BÉNÉFICIAIRE N° 1

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F
4. Lien avec la personne à assurer _____
5. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
6. Dénomination sociale complète _____

Bénéficiaire n° 2

- ☐ Assuré n° 1 ☐ Assuré n° 2
☐ Héritiers légaux ☐ Autres (complétez ci-dessous)
☐ Avec accroissement au décès du bénéficiaire

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F
4. Lien avec la personne à assurer _____ 5. Bénéficiaire _____ % 6. ☐ Révocable ☐ Irrévocable
7. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
8. Dénomination sociale complète _____

BÉNÉFICIAIRE SUBROGÉ – POUR LE BÉNÉFICIAIRE N° 2

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F
4. Lien avec la personne à assurer _____
5. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
6. Dénomination sociale complète _____

Bénéficiaire n° 3

- ☐ Assuré n° 1 ☐ Assuré n° 2
☐ Héritiers légaux ☐ Autres (complétez ci-dessous)
☐ Avec accroissement au décès du bénéficiaire

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F
4. Lien avec la personne à assurer _____ 5. Bénéficiaire _____ % 6. ☐ Révocable ☐ Irrévocable
7. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
8. Dénomination sociale complète _____

BÉNÉFICIAIRE SUBROGÉ – POUR LE BÉNÉFICIAIRE N° 3

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F
4. Lien avec la personne à assurer _____
5. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
6. Dénomination sociale complète _____

Bénéficiaire n° 4

- ☐ Assuré n° 1 ☐ Assuré n° 2
☐ Héritiers légaux ☐ Autres (complétez ci-dessous)
☐ Avec accroissement au décès du bénéficiaire

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F
4. Lien avec la personne à assurer _____ 5. Bénéficiaire _____ % 6. ☐ Révocable ☐ Irrévocable
7. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
8. Dénomination sociale complète _____

BÉNÉFICIAIRE SUBROGÉ – POUR LE BÉNÉFICIAIRE N° 4

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F
4. Lien avec la personne à assurer _____
5. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
6. Dénomination sociale complète _____

MALADIES GRAVES

Bénéficiaire du montant d'assurance maladies graves

Si aucun bénéficiaire n'est désigné, tout montant d'assurance maladies graves par suite d'une maladie ou condition couverte par le contrat de maladies graves sera versé au(x) propriétaire(s).

Bénéficiaire

☐ L'assuré ☐ Le(s) propriétaire(s) ☐ Autres (complétez ci-dessous)

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F
4. Lien avec la personne à assurer _____ 5. Bénéficiaire _____ % 6. ☐ Révocable ☐ Irrévocable
7. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
8. Dénomination sociale complète _____

BÉNÉFICIAIRE SUBROGÉ

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F
4. Lien avec la personne à assurer _____
5. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
6. Dénomination sociale complète _____

Bénéficiaire(s) en cas de décès de la personne à assurer (versement des primes payées)

Bénéficiaire n° 1

☐ Héritiers légaux ☐ Autres (complétez ci-dessous)
☐ Avec accroissement au décès du bénéficiaire

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F
4. Lien avec la personne à assurer _____ 5. Bénéficiaire _____ % 6. ☐ Révocable ☐ Irrévocable
7. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
8. Dénomination sociale complète _____

BÉNÉFICIAIRE SUBROGÉ – POUR LE BÉNÉFICIAIRE N° 1

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F
4. Lien avec la personne à assurer _____
5. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
6. Dénomination sociale complète _____

Bénéficiaire n° 2

☐ Héritiers légaux ☐ Autres (complétez ci-dessous)
☐ Avec accroissement au décès du bénéficiaire

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F
4. Lien avec la personne à assurer _____ 5. Bénéficiaire _____ % 6. ☐ Révocable ☐ Irrévocable
7. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
8. Dénomination sociale complète _____

BÉNÉFICIAIRE SUBROGÉ – POUR LE BÉNÉFICIAIRE N° 2

1. Prénom _____ Nom _____
2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F
4. Lien avec la personne à assurer _____
5. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
6. Dénomination sociale complète _____

SECTION D – PROTECTIONS D'ASSURANCE VIE ET MALADIES GRAVES

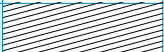
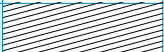
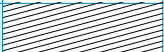
TYPES D'ÉMISSION

Veuillez vous référer au tableau des exigences pour confirmer que le montant de couverture demandé corresponde au type d'émission souhaité.

ASSURANCE VIE

☐ **Se référer à l'illustration** Si vous cochez cette case, vous n'avez pas à compléter cette partie, mais un avis de divergence sera à signer pour l'entrée en vigueur du contrat.

Assurance conjointe ☐ Premier décès ☐ Dernier décès

1. a) Protection de base	Montant d'assurance	1. b) Protections complémentaires																
VIE PERMANENTE L'Adaptable (minimum 20 ans de paiements) Payable : ☐ Pendant 20 ans ou jusqu'à : ☐ 25 ☐ 35 ☐ 45 ☐ 55 ☐ 65 ☐ 75 ☐ 85 ▶ Chapitre A – Montant d'assurance initial _____ \$ ▶ Chapitre B – Montant d'assurance libéré différé _____ \$ Vie Entière Payable à 100 ans _____ \$ Vie Entière Valeur Élevée (20 paiements seulement) _____ \$		EXONÉRATION DES PRIMES <table border="1"> <thead> <tr> <th>En cas...</th> <th>Assuré</th> <th>Propriétaire</th> <th>Payeur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Invalidité</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Inv. ou décès</td> <td></td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Perte d'emploi</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table> Nom du payeur _____ ☐ Mort accidentelle et mutilation – Montant assuré _____ \$ ☐ Fracture accidentelle ☐ Avenant assurance dette (Complétez la Section E) Option de protection ☐ 2 ans ☐ 5 ans ☐ jusqu'à 65 ans Montant _____ \$/mois ☐ Assurance maladies graves pré-approuvée Prestation mensuelle de 1 000 \$ jusqu'à 24 mois ☐ Avenant enfant (assurance vie) (Complétez la Section F) Nombre d'enfants _____	En cas...	Assuré	Propriétaire	Payeur	Invalidité	☐	☐	☐	Inv. ou décès		☐	☐	Perte d'emploi	☐	☐	☐
En cas...	Assuré		Propriétaire	Payeur														
Invalidité	☐	☐	☐															
Inv. ou décès		☐	☐															
Perte d'emploi	☐	☐	☐															
VIE TEMPORAIRE T-10 Supérieur+* _____ \$ T-15 Supérieur+* _____ \$ T-20 Supérieur+* _____ \$ T-25 Supérieur+* _____ \$ T-30 Supérieur+* _____ \$ Juvénile 30/100 _____ \$ _____ \$ Cumulatif des montants d'assurance pour les exigences																		

ASSURANCE MALADIES GRAVES

☐ **Se référer à l'illustration** Si vous cochez cette case, vous n'avez pas à compléter cette partie, mais un avis de divergence sera à signer pour l'entrée en vigueur du contrat.

2. a) Protection de base	Montant d'assurance	2. b) Protections complémentaires																
L'AdapSanté (minimum 20 ans de paiements) Payable : ☐ Pendant 20 ans ou jusqu'à : ☐ 25 ☐ 35 ☐ 45 ☐ 55 ☐ 65 ☐ 75 ▶ Chapitre A – Montant d'assurance initial _____ \$ ▶ Chapitre B – Montant d'assurance libéré différé _____ \$ Cumulatif des montants d'assurance pour les exigences		EXONÉRATION DES PRIMES <table border="1"> <thead> <tr> <th>En cas...</th> <th>Assuré</th> <th>Propriétaire</th> <th>Payeur</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Invalidité</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Inv. ou décès</td> <td></td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> <tr> <td>Perte d'emploi</td> <td>☐</td> <td>☐</td> <td>☐</td> </tr> </tbody> </table> Nom du payeur _____ ☐ Fracture accidentelle	En cas...	Assuré	Propriétaire	Payeur	Invalidité	☐	☐	☐	Inv. ou décès		☐	☐	Perte d'emploi	☐	☐	☐
En cas...	Assuré		Propriétaire	Payeur														
Invalidité	☐	☐	☐															
Inv. ou décès		☐	☐															
Perte d'emploi	☐	☐	☐															

Un assuré peut détenir plus d'un produit d'assurance vie à émission simplifiée. Toutefois, le capital assuré total pour l'ensemble de ces produits ne peut dépasser le maximum permis en fonction de l'âge. Veuillez vous référer au tableau plus haut pour en connaître les détails.

L'ÉVEIL : Utilisez la proposition L'ÉVEIL disponible dans le portail **MON UNIVERS** ainsi que dans l'espace conseillers via le **uvassurance.ca**

*Primes privilégiées et super privilégiées disponibles au T-10, T-15, T-20, T-25 et T-30 pour les montants d'assurance éligibles, tels qu'indiqués au tableau d'exigences.

SECTION E – AVENANT ASSURANCE DETTE

Assuré n°1

PROTECTION DEMANDÉE

Tableau des prêts à assurer					
Prêt à assurer	Solde	Mensualité	Prêt déjà assuré	Remplacer	Nom de l'assureur
Prêt hypothécaire personnel	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Marge de crédit hypothécaire personnelle	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Marge de crédit personnelle	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Prêt personnel	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Prêt véhicule motorisé	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Prêt étudiant	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Bail	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Prêt commercial	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Prêt hypothécaire commercial	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Marge de crédit commerciale	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	

INFORMATION DU DEMANDEUR

1. Quel est votre statut actuel? ☐ Employé salarié ☐ Travailleur autonome ☐ Personne au foyer ☐ Congé parental

2. Nom de votre employeur ou de votre entreprise

Adresse Ville

Province Pays Code postal

3. Nature de l'entreprise (secteur d'activité)

4. Si vous êtes un travailleur autonome, quel est le pourcentage de vos parts dans l'entreprise? %

5. Nombre d'années chez votre employeur ou à votre compte an(s)

6. Nombre d'heures de travail par semaine heure(s)

7. Nombre de semaines de travail par année semaine(s)

8. Nombre d'années dans une entreprise similaire an(s)

9. Décrivez sommairement vos tâches

10. Quel pourcentage de votre travail est considéré comme manuel? %

11. Travaillez-vous à domicile? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, confirmez le nombre d'heures travaillées à domicile par semaine heure(s)

12. Avez-vous de l'assurance salaire avec votre employeur? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom de la compagnie d'assurance

% du salaire ☐ En vigueur ☐ À l'étude

Assuré n°2

PROTECTION DEMANDÉE

Tableau des prêts à assurer					
Prêt à assurer	Solde	Mensualité	Prêt déjà assuré	Remplacer	Nom de l'assureur
Prêt hypothécaire personnel	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Marge de crédit hypothécaire personnelle	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Marge de crédit personnelle	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Prêt personnel	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Prêt véhicule motorisé	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Prêt étudiant	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Bail	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Prêt commercial	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Prêt hypothécaire commercial	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
Marge de crédit commerciale	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	
	\$	\$	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	

INFORMATION DU DEMANDEUR

- Quel est votre statut actuel? ☐ Employé salarié ☐ Travailleur autonome ☐ Personne au foyer ☐ Congé parental
- Nom de votre employeur ou de votre entreprise _____
 Adresse _____ Ville _____
 Province _____ Pays _____ Code postal _____
- Nature de l'entreprise (secteur d'activité) _____
- Si vous êtes un travailleur autonome, quel est le pourcentage de vos parts dans l'entreprise? _____ %
- Nombre d'années chez votre employeur ou à votre compte _____ an(s)
- Nombre d'heures de travail par semaine _____ heure(s)
- Nombre de semaines de travail par année _____ semaine(s)
- Nombre d'années dans une entreprise similaire _____ an(s)
- Décrivez sommairement vos tâches _____
- Quel pourcentage de votre travail est considéré comme manuel? _____ %
- Travaillez-vous à domicile? ☐ Oui ☐ Non
 Si oui, confirmez le nombre d'heures travaillées à domicile par semaine _____ heure(s)
- Avez-vous de l'assurance salaire avec votre employeur? ☐ Oui ☐ Non
 Si oui, nom de la compagnie d'assurance _____
 _____ % du salaire ☐ En vigueur ☐ À l'étude

SECTION F – AVENANT ENFANT (ASSURANCE VIE)

Identification d'enfant(s)

Avenant enfant (assurance vie) ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez compléter.

Enfant(s)	Nom, prénom	Né(e) le	Taille		Poids		Sexe	Niveau de scolarité	Lien avec le propriétaire du contrat
			pi. po.	m. cm	lb	kg			
1		A A A A M M J J					☐ H ☐ F		
2		A A A A M M J J					☐ H ☐ F		
3		A A A A M M J J					☐ H ☐ F		
4		A A A A M M J J					☐ H ☐ F		

Bénéficiaire n° 1

☐ Avec accroissement au décès du bénéficiaire

1. Prénom

2. Date de naissance

A

A

A

A

M

M

J

J

3. Sexe

☐ H ☐ F

4. Lien du propriétaire avec l'enfant

Nom

5. Bénéficiaire

%

6. ☐ Révocable ☐ Irrévocable

BÉNÉFICIAIRE SUBROGÉ – POUR LE BÉNÉFICIAIRE N° 1

1. Prénom

2. Date de naissance

A

A

A

A

M

M

J

J

3. Sexe

☐ H ☐ F

4. Lien du propriétaire avec l'enfant

Nom

Bénéficiaire n° 2

☐ Avec accroissement au décès du bénéficiaire

1. Prénom

2. Date de naissance

A

A

A

A

M

M

J

J

3. Sexe

☐ H ☐ F

4. Lien du propriétaire avec l'enfant

Nom

5. Bénéficiaire

%

6. ☐ Révocable ☐ Irrévocable

BÉNÉFICIAIRE SUBROGÉ – POUR LE BÉNÉFICIAIRE N° 2

1. Prénom

2. Date de naissance

A

A

A

A

M

M

J

J

3. Sexe

☐ H ☐ F

4. Lien du propriétaire avec l'enfant

Nom

SECTION F – AVENANT ENFANT (ASSURANCE VIE) SUITE

Questionnaire de santé	Enfant n° 1	Enfant n° 2	Enfant n° 3	Enfant n° 4
1. Pour l'enfant à assurer, une proposition a-t-elle déjà été refusée, ajournée, modifiée de quelque façon que ce soit ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
2. Pour l'enfant âgé de moins de 12 mois, l'enfant à assurer est-il né prématurément de plus de quatre (4) semaines ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
3. L'enfant à assurer est-il atteint de : fibrose kystique, paralysie cérébrale, dystrophie musculaire, déficience intellectuelle, autisme, syndrome d'Asperger, trouble envahissant du développement (TED) ou trisomie 21 ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
4. L'enfant à assurer est-il atteint d'une maladie ou condition nécessitant un traitement quotidien, hebdomadaire et/ou des suivis médicaux réguliers autre que : troubles de déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA/TDAH), asthme, otites, rhume, grippe ou affections bénignes de la peau ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
5. Au cours des six (6) derniers mois :				
a) L'enfant à assurer a-t-il été hospitalisé ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
b) Un médecin a-t-il fait mention de résultats anormaux suite à des tests diagnostics chez l'enfant à assurer ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
c) Un médecin a-t-il conseillé à l'enfant à assurer de subir un test diagnostic, un test spécial ou une chirurgie quelle qu'elle soit ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
d) Un médecin a-t-il conseillé à l'enfant à assurer de consulter un autre médecin, un spécialiste, ou de subir une investigation médicale qui n'a pas encore été faite ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Pour toutes réponses affirmatives, veuillez compléter le tableau suivant :

Enfant	Question n°	Date	Raison	Détails appropriés selon la question
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4		A A A A M M J J		
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4		A A A A M M J J		
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4		A A A A M M J J		
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4		A A A A M M J J		

SECTION G – DROIT DE TRANSFORMATION ET D'ÉCHANGE

Instructions spéciales
1. Droit de transformation – N° contrat _____ Note : Si vous désirez faire des modifications concernant le(s) propriétaire(s) et bénéficiaire(s), veuillez compléter le(s) formulaire(s) approprié(s) (FQC090).
2. Droit d'échange – N° contrat _____ Note : Si vous désirez faire des modifications concernant le(s) propriétaire(s) et bénéficiaire(s), veuillez compléter le(s) formulaire(s) approprié(s) (FQC090).
3. Autres précisions _____ _____

SECTION H – ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCES

Assuré n°1

Important : Assurance en vigueur ☐ Oui ☐ Non

Si oui, complétez le tableau et indiquez assurance vie, invalidité, crédit ou maladies graves.

La présente proposition a-t-elle pour but de remplacer un contrat présentement en vigueur? ☐ Oui (Voir note 2 page 17.) ☐ Non

Compagnie	Année et mois d'émission	Type de contrat (vie ou autre)	Montant d'assurance	
			Assurance individuelle	Assurance commerciale
	A A A A M M			
	A A A A M M			
	A A A A M M			

Assuré n°2

Important : Assurance en vigueur ☐ Oui ☐ Non

Si oui, complétez le tableau et indiquez assurance vie, invalidité, crédit ou maladies graves.

La présente proposition a-t-elle pour but de remplacer un contrat présentement en vigueur? ☐ Oui (Voir note 2 page 17.) ☐ Non

Compagnie	Année et mois d'émission	Type de contrat (vie ou autre)	Montant d'assurance	
			Assurance individuelle	Assurance commerciale
	A A A A M M			
	A A A A M M			
	A A A A M M			

Assurance en vigueur	Assuré n° 1	Assuré n° 2
1. Est-ce que la personne à assurer a eu une proposition d'assurance vie, invalidité, crédit, maladies graves, risques privilégiés, salaire refusée, modifiée ou supprimée?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
2. Est-ce que la personne à assurer a une ou plus d'une proposition à l'étude dans une ou plusieurs autres compagnies?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
3. Est-ce que la personne à assurer a eu des propositions ou des contrats d'assurance (vie, invalidité, crédit, maladies graves, risques privilégiés, salaire) à l'étude et/ou qui ont été terminés au cours des deux (2) dernières années?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Pour toutes réponses affirmatives, veuillez compléter le tableau suivant :

Personne(s) à assurer	Question n°	Date	Raison	Détails appropriés selon la question
☐ 1 ☐ 2		A A A A M M J J		
☐ 1 ☐ 2		A A A A M M J J		
☐ 1 ☐ 2		A A A A M M J J		
☐ 1 ☐ 2		A A A A M M J J		

SECTION I – CONSERVATION D'ÂGE ET MULTICONTRATS

Précisions du contrat

1. Conservation d'âge

Vous pouvez demander la conservation d'âge. Ce concept s'applique à tous les assurés de la proposition.

☐ Conservation d'âge

2. Multicontrat

Le rabais multicontrat est de 15 \$ sur tous les contrats, incluant le premier contrat, à l'exception du Juvénile 30/100. Cochez cette case si tous les contrats sont pour des assurés, propriétaires ou payeurs habitant la même adresse et si l'un d'entre eux possède déjà un contrat en paiement de prime chez **UV Assurance**, excluant les contrats L'Éveil.

☐ Oui ☐ Non N° de réf. proposition/contrat _____

3. Remboursement de frais

Applicable au cours des 12 mois suivant la souscription d'un enfant au produit L'Éveil ou Juvénile 30/100. Les contrats admissibles doivent être émis sur la vie de l'enfant assuré en vertu du contrat d'assurance Juvénile 30/100 ou L'Éveil ou d'un des membres de sa famille immédiate (père, mère, frère, sœur).

☐ Oui ☐ Non

N° de réf. proposition/contrat _____ ☐ 1^e contrat (25 \$) ☐ 2^e contrat (50 \$) ☐ 3^e contrat (100 \$)

SECTION J – PAIEMENT

Payeur

1. Prénom _____ Nom _____

2. Date de naissance

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

 3. Sexe ☐ H ☐ F

4. Adresse principale _____ Ville _____
Province _____ Pays _____ Code postal

--	--	--	--	--	--

5. Dans le cas d'une personne morale, veuillez fournir le numéro d'entreprise (NEQ ou NE) _____
De plus, veuillez compléter le [formulaire FQC088](#).

6. Téléphone principal

--	--	--	--

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

, poste _____ ☐ Cellulaire ☐ Résidence ☐ Bureau

7. Courriel _____

Mode de paiement et fréquence

1. Mode de paiement ☐ Chèque ☐ Débit préautorisé (DPA)

2. Fréquence de paiement ☐ Annuelle ☐ Mensuelle 3. Prime pour la fréquence de paiement choisie _____ \$

4. Montant versé avec la proposition* _____ \$

* Le montant versé ne doit pas excéder la prime d'une assurance vie ou maladies graves de 500 000 \$.

DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Je, soussigné le payeur, autorise **UV Assurance** à débiter mon compte enregistré à l'institution financière ci-après désignée pour acquitter les montants dus à **UV Assurance** en vertu du contrat d'assurance émis à la suite de la proposition portant le numéro apparaissant à l'en-tête droite de chaque page du présent document.

Information bancaire

1. Nom de l'institution financière _____
2. Adresse de la succursale _____ Ville _____
Province _____ Pays _____ Code postal _____
3. Type de compte ☐ Chèque ☐ Épargne
4. Type de service ☐ Particulier ☐ Entreprise
5. N° de transit _____ N° d'institution _____ N° de compte _____
6. Fréquence ☐ Mensuelle ☐ Annuelle
7. Prélever la première prime directement dans le compte ☐ Oui ☐ Non

Important : Joindre un spécimen de chèque de votre institution financière avec la mention « NUL ».

La présente autorisation devra au besoin se lire au pluriel si elle est signée par plus d'une personne.

Cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce que **UV Assurance** ait reçu de ma part un préavis de sa modification ou de sa résiliation. Ce préavis doit arriver au moins dix (10) jours ouvrables avant la date prévue du prochain débit au siège social de **UV Assurance**. Je peux obtenir un spécimen de formulaire d'annulation ou plus d'information sur mon droit d'annuler un DPA du payeur en m'adressant à mon institution financière ou en visitant le www.cdnpay.ca.

UV Assurance ne peut céder la présente autorisation, ni directement ni indirectement, par application de la loi, changement de contrôle ou autrement, sans me donner au moins dix (10) jours de préavis écrit.

J'ai certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, j'ai le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de DPA.

Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement ou pour plus d'information sur mes droits de recours, je peux communiquer avec mon institution financière ou visiter le www.cdnpay.ca.

X _____ Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

Signature telle qu'elle apparaît sur les chèques

X _____ X _____

Signature telle qu'elle apparaît sur les chèques

Signature du propriétaire du contrat

N. B. : S'il s'agit d'un compte conjoint où plusieurs signatures sont requises, tous les titulaires du compte doivent signer l'autorisation ci-haut.

ENTENTE D'ASSURANCE CONDITIONNELLE

Désirez-vous l'entente d'assurance conditionnelle? ☐ Oui ☐ Non Si oui, le mode de paiement ☐ Chèque ☐ Prélèvement bancaire (DPA)

Reçu de _____ le montant de* _____ \$ pour une proposition d'assurance soumise à **UV Assurance**, et portant le numéro et la même date que cette entente. *Le montant versé ne doit pas excéder la prime d'une assurance vie ou maladies graves de 500 000 \$.

Nonobstant les clauses de la proposition, si toutes les conditions et restrictions indiquées ci-dessous sont respectées intégralement, l'assurance vie ou l'assurance maladies graves de la ou des personnes à assurer prend effet à la dernière des dates suivantes :

- a) Date de la proposition; **ou**
- b) Date de la dernière exigence d'assurabilité requise par la Compagnie.

CONDITIONS ET RESTRICTIONS

1. Le montant indiqué ci-dessus doit être encaissable immédiatement ou parvenir par la poste dans un délai maximal de deux (2) semaines. Ce montant doit être au moins égal à une prime mensuelle à l'égard de cette proposition.
2. Si un chèque est donné à l'égard de cette proposition, il doit être honoré dès la première présentation.
3. À la dernière des dates mentionnées, soit la date de la proposition ou la date de la dernière exigence d'assurabilité, chacune des personnes à assurer doit être acceptable à un taux de prime standard, sans surprime ni prime ajustée, sans modification et sans exclusion, d'après les normes de sélection de UV Assurance en vigueur lors de l'étude de ladite proposition.
4. Le montant d'assurance maximal qui peut être versé en vertu de cette entente, de toute autre entente semblable et des assurances en vigueur à la Compagnie est égal au montant d'assurance vie ou maladies graves demandé sans toutefois excéder un montant total de 500 000 \$.
5. Toute assurance accordée en vertu de la présente entente est assujettie aux termes de la proposition et se termine lors du premier des trois (3) événements suivants :
 - a) L'entrée en vigueur du contrat issu de cette proposition;
 - b) L'expiration de la période de soixante (60) jours suivant la date de cette entente;
 - c) Lors de l'envoi au propriétaire par la Compagnie d'un avis de résiliation.
6. Aucun montant d'assurance vie ou maladies graves ne sera versé en vertu de cette entente si la personne à assurer :
 - a) a moins de 15 jours ou 66 ans et plus; **ou**
 - b) a eu une proposition ou une demande de remise en vigueur refusée, différée ou acceptée avec surprime ou restriction à UV Assurance ou ailleurs; **ou**
 - c) a été hospitalisée pendant plus de cinq (5) jours au cours des douze (12) derniers mois; **ou**
 - d) s'est suicidée, a fait une fausse déclaration, une omission ou une déclaration frauduleuse dans la présente proposition d'assurance; **ou**
 - e) a commis, a tenté de commettre ou avait l'intention de commettre un acte criminel.
7. Aucun montant d'assurance maladies graves ne sera versé si la personne à assurer :
 - a) est diagnostiquée d'un cancer tel que défini dans le contrat en attente d'entrée en vigueur; **ou**
 - b) est diagnostiquée de toute autre condition couverte par le contrat en attente d'entrée en vigueur et ne satisfait pas les critères de la période de survie tels que définis dans ledit contrat.

Aucun représentant de la Compagnie n'est autorisé à modifier une ou plusieurs des conditions ou restrictions indiquées ci-dessus.

Si une ou plusieurs de ces conditions et restrictions n'ont pas été respectées intégralement, la seule responsabilité de la Compagnie en vertu de cette entente est le remboursement des primes payées.

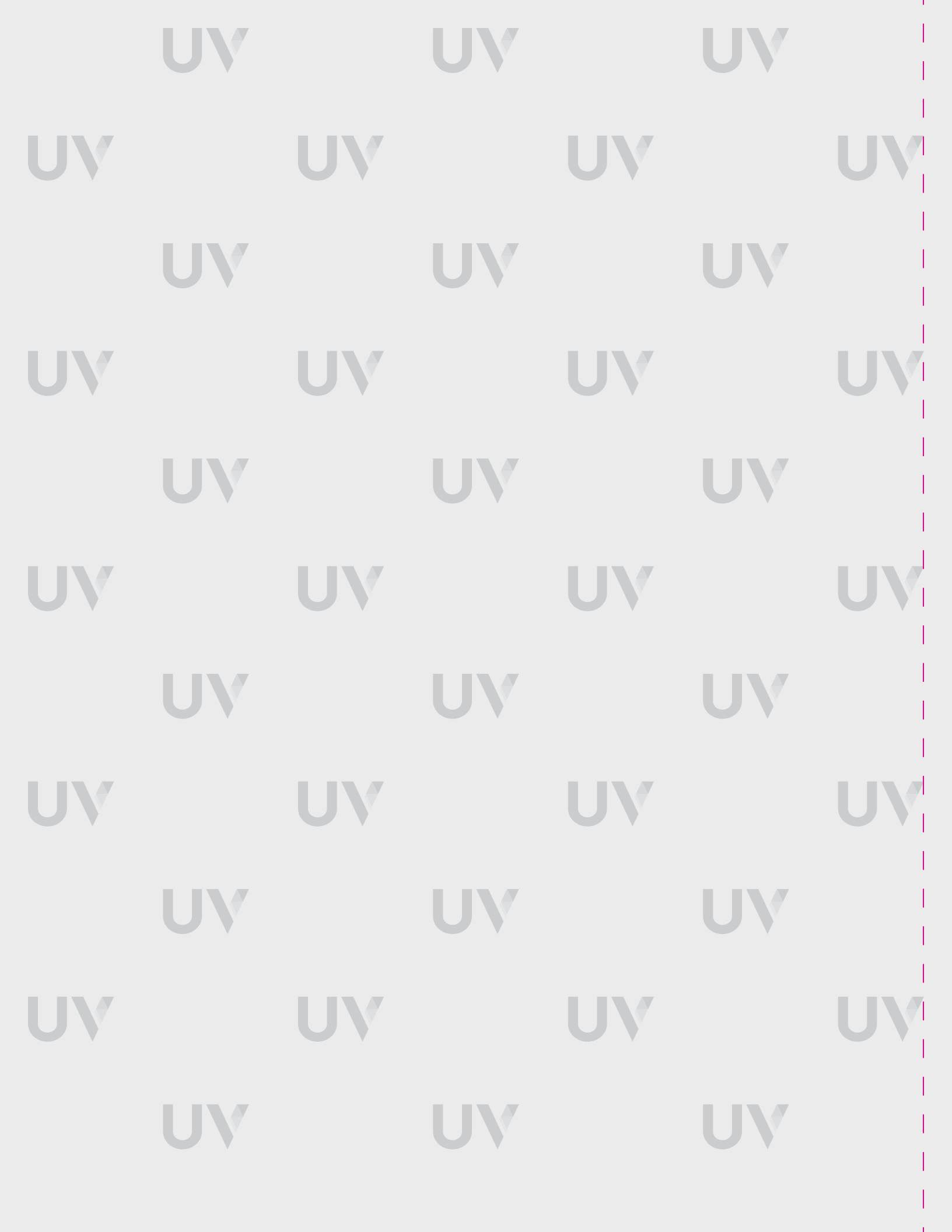
J'ai lu et signé cette entente et je certifie que toutes les explications demandées m'ont été données par le conseiller à ma satisfaction.

Signé à _____ Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

X _____ **X** _____
Signature du conseiller Signature du propriétaire

IMPORTANT : Détacher et remettre au client si les « Conditions et restrictions » ci-dessus sont respectées intégralement.



AVIS DE COMMUNICATION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS AU MIB, LLC

Toute demande d'assurance vie, invalidité et maladies graves nécessite une cueillette de renseignements la plus complète possible. Ces renseignements sont d'ordre médical ou relatifs à votre solvabilité.

Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance vie, y compris UV Assurance, transigent avec un organisme appelé MIB, LLC (« MIB »), organisme sans but lucratif, qui effectue un échange de renseignements au nom de ses compagnies membres.

Tout renseignement relatif à votre assurabilité est traité de façon confidentielle. Toutefois, UV Assurance pourra en transmettre un résumé au MIB.

Si vous faites une demande d'assurance vie, invalidité ou maladies graves ou si vous présentez une réclamation à une compagnie membre, le MIB fournit à cette compagnie, à la demande de cette dernière, les renseignements qu'il possède sur vous. Les renseignements personnels communiqués au MIB peuvent comprendre votre nom, prénom, date de naissance, lieu de naissance, lieu de résidence, le type d'assurance demandé ainsi que des informations sur votre état de santé ou vos habitudes de vie déclarés lors de l'étude de votre dossier. S'il reçoit une demande de votre part, le MIB prendra les mesures nécessaires pour vous donner les renseignements apparaissant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB, vous pouvez lui demander une correction en le contactant aux coordonnées ci-bas.

Vous pouvez communiquer avec le MIB par courriel au canadadisclosure@mib.com ou par téléphone au 1-866-692-6901. L'adresse du bureau d'information du MIB est le 50 Braintree Hill Park, Suite 400 Braintree, MA 02184-8734. Si vous avez des questions concernant l'engagement du MIB à assurer la protection de vos renseignements personnels ou si vous contestez l'exactitude des renseignements consignés dans le dossier du MIB, vous pouvez les contacter et demander de l'information ou une correction conformément aux procédures énoncées dans la loi fédérale Fair Credit Reporting Act. Vos renseignements pourraient être transmis ou hébergés à l'extérieur du Canada et être régis par les lois applicables à des pays ou États étrangers.

NOTE AU CONSEILLER — Remettre cet avis au propriétaire

AVIS – Pour procéder à l'étude de votre demande d'assurance, il est possible que nous obtenions des renseignements additionnels.

Enquête : Un représentant d'une compagnie d'enquête peut vous contacter afin d'obtenir des informations d'ordre personnel et financier.

Examen médical : Un médecin ou le personnel infirmier d'un organisme paramédical peut vous faire subir un examen médical.

Tests : Un médecin ou le personnel infirmier d'un organisme paramédical ou d'une clinique peut procéder à un prélèvement sanguin ou d'urine. L'analyse portera sur la détermination de plusieurs anomalies possibles telles que cholestérol, diabète, troubles hépatiques, présence de médicaments, drogue, nicotine et le dépistage du SIDA ou autres. Avant d'effectuer un prélèvement, votre consentement écrit sera exigé.

AVIS DE CONSTITUTION D'UN DOSSIER ET DE COLLECTE, UTILISATION ET COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS AUX ASSURÉS ET AU(X) PROPRIÉTAIRE(S)

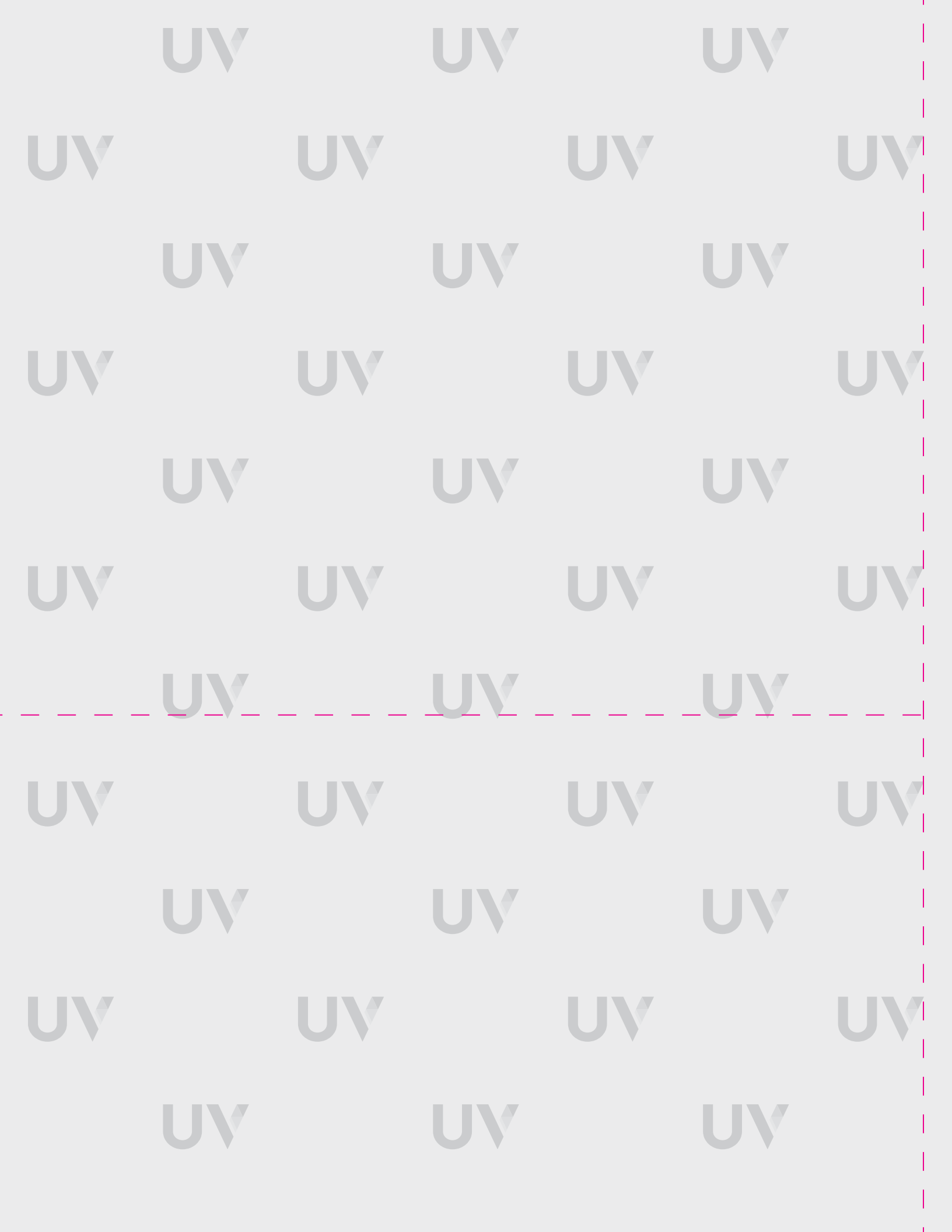
Dans la présente section, le terme « renseignement personnel » fait référence aux renseignements vous concernant et permettant de vous identifier, directement ou indirectement. Vos renseignements personnels seront recueillis, utilisés, communiqués et traités :

- ▶ Pour les raisons et finalités décrites dans la présente proposition;
- ▶ Selon les moyens déterminés dans la présente proposition;
- ▶ Comme il peut être décrit avant de les recueillir, de les utiliser ou de les communiquer; et
- ▶ D'une autre façon permise par la loi.

Pour quelles raisons UV Assurance collecte-t-elle vos renseignements personnels ?

Pour UV Assurance, protéger vos renseignements personnels est primordial. C'est pourquoi nous vous informons que nous recueillons, utilisons et communiquons vos renseignements personnels avec votre consentement, à moins que la loi nous autorise à le faire autrement, et ce, pour la durée nécessaire aux fins ci-dessous :

- ▶ Vous identifier;
- ▶ Établir et mettre à jour votre profil, vos besoins et vos objectifs;
- ▶ Évaluer vos demandes et votre admissibilité à nos produits et services;
- ▶ Vous communiquer des conseils liés à votre situation;



- ▶ Administrer vos contrats ainsi que vos produits ou services (ex. : tarification, sélection des risques, souscription, traitement de vos réclamations, etc.);
- ▶ Se conformer à des exigences légales et réglementaires (ex. : pour prévenir, détecter ou réprimer les infractions, les cybermenaces, la fraude, etc.);
- ▶ Obtenir votre opinion en lien avec nos produits ou services;
- ▶ Vous proposer des offres et des conseils personnalisés sur nos produits ou nos services (voir votre droit de retrait de consentement) selon vos préférences et conformément aux règles relatives aux communications électroniques et téléphoniques;
- ▶ Mener des études et des recherches incluant la conception et l'application de modèles statistiques dont certains peuvent permettre de créer ou d'inférer de nouvelles informations à votre sujet.

De quelles façons UV Assurance recueille-t-elle vos renseignements personnels ?

Nous pouvons recueillir vos renseignements personnels par téléphone, en personne et à l'aide de nos formulaires ainsi que de nos interfaces numériques.

À qui UV Assurance communique-t-elle vos renseignements personnels ?

Pour les raisons mentionnées plus tôt, et seulement s'ils sont liés à vos produits ou services, nous communiquons vos renseignements personnels à nos sociétés affiliées et à nos réseaux de distribution ainsi qu'à des tiers, dont certains peuvent être situés à l'extérieur du Québec et du Canada. Un tiers est une personne externe, qui n'est pas partie à la relation entre UV Assurance et vous.

Ces tiers peuvent inclure :

- ▶ Le MIB;
- ▶ Votre conseiller en sécurité financière et son cabinet ou agent général;
- ▶ D'autres institutions financières, comme la vôtre, des assureurs ou des réassureurs;
- ▶ Tout médecin, professionnel de la santé ou autre praticien;
- ▶ Tout hôpital, laboratoire, clinique médicale ou organisme paramédical;
- ▶ Les agents de renseignements personnels;
- ▶ Votre employeur ou ex-employeur;
- ▶ D'autres organismes ou entités détenant des renseignements sur vous, entre autres, en assurance, en fraude ou en indemnisation;
- ▶ Des ministères et des organismes gouvernementaux ou des autorités réglementaires;
- ▶ Des mandataires et fournisseurs de services (p. ex. : services technologiques, services d'impression et d'expédition de documents, etc.);
- ▶ Toute personne ou organisation à laquelle vous avez donné votre consentement;
- ▶ Toute personne autorisée par la loi.

Notez que dans tous les cas, nous nous assurons qu'ils respectent la protection de vos renseignements personnels.

Sur réception du présent document, soit votre proposition d'assurance, vous consentez à ce que UV Assurance ouvre un dossier où vos renseignements personnels seront conservés et traités de manière confidentielle.

UV Assurance pourra accéder à votre dossier ainsi qu'auxdits renseignements personnels à partir de son siège social et ils ne seront consultés que par les employés et représentants autorisés de UV Assurance qui doivent y avoir accès dans le cadre de leur travail. Vos renseignements pourraient également être utilisés, consignés et consultés de façon sécurisée dans d'autres pays selon les lois qui y sont applicables. À titre d'exemple, les renseignements pourraient être communiqués en réponse à des demandes émanant de gouvernements, de tribunaux ou d'autorités chargés de l'application des lois de ces pays.

Au besoin et selon le produit d'assurance choisi, nous recueillons votre numéro d'assurance sociale (« NAS ») aux fins de confirmation d'identification et de déclaration de revenus auprès de Revenu Québec et de l'Agence du Revenu du Canada conformément aux lois provinciales et fédérales. Il est également possible que vos renseignements bancaires soient communiqués aux institutions financières responsables du traitement de vos débits préautorisés (« DPA »). Il est aussi possible que vos renseignements personnels soient communiqués à vos bénéficiaires relativement à une demande de règlement (par exemple, en cas de décès).

Le retrait de votre consentement

En tout temps, vous pouvez retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation de vos renseignements personnels. Sachez que le retrait de votre consentement peut entraîner des conséquences légales ou contractuelles dans le cadre de votre demande d'assurance, telle que l'impossibilité de vous offrir le produit financier ou les services demandés. Dans un tel cas et à votre demande, le représentant de UV Assurance veillera à vous expliquer cesdites conséquences.

Accès à votre dossier et correction de vos renseignements personnels

Sur demande, vous pouvez également être informé des catégories de personnes qui ont accès à vos renseignements au sein de UV Assurance et de la durée de conservation de ces renseignements. Vous pouvez avoir accès à votre dossier et à vos renseignements recueillis pour en vérifier l'exactitude et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts, incomplets, ambigus, périmés ou non nécessaires. Pour accéder à votre dossier, faire corriger vos renseignements, être informé de la durée de conservation de vos renseignements, retirer votre consentement ou tout simplement avoir des réponses à vos questions, vous devez faire une demande écrite à l'attention du Responsable de la protection des renseignements personnels de UV Assurance aux coordonnées suivantes :

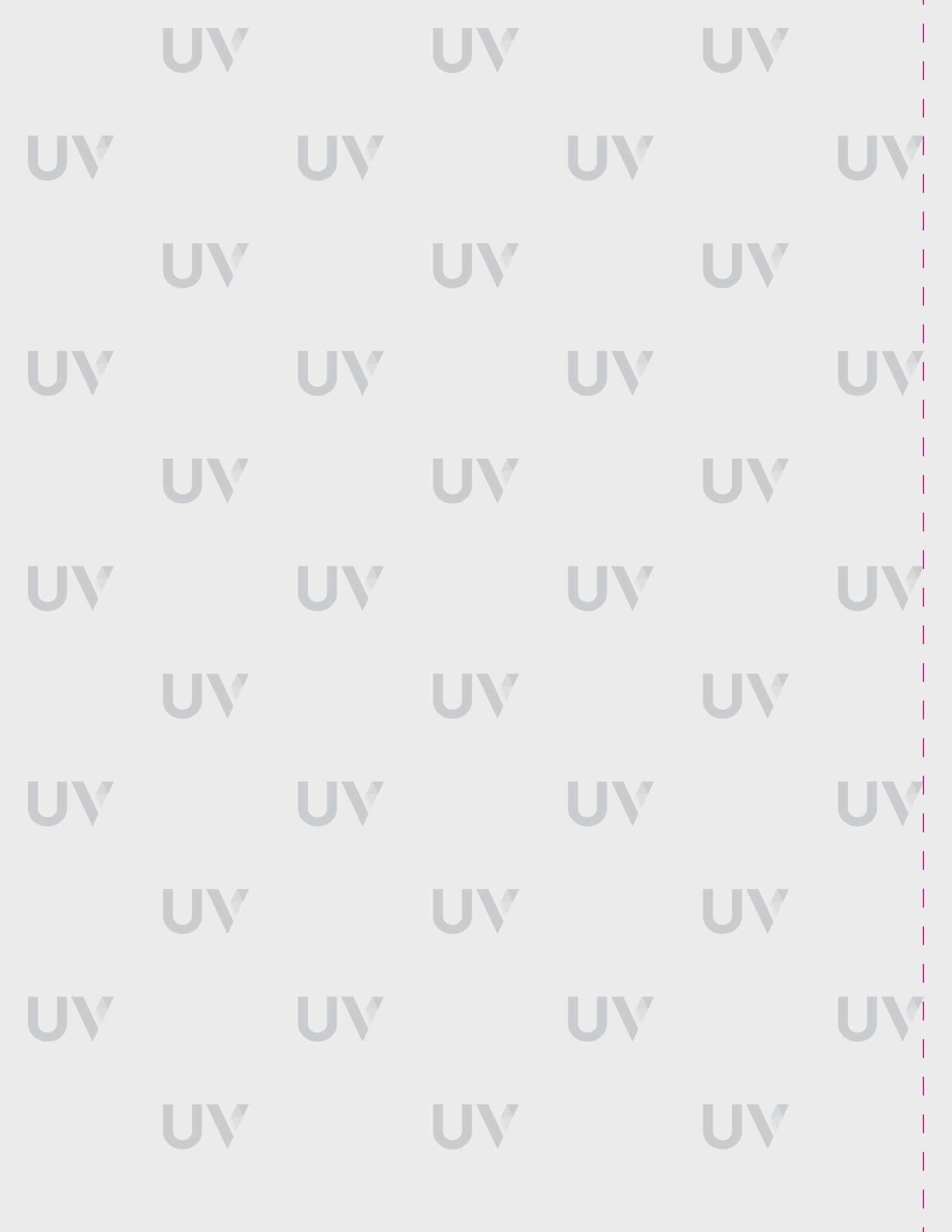
Responsable de la protection des renseignements personnels

1990 rue Jean-Berchmans-Michaud

Drummondville (QC) J2C 7G7

ResponsablePRP@uvassurance.ca

Pour consulter notre politique de confidentialité, visitez notre site web à www.uvassurance.ca/protection-des-renseignements-personnels/.



DÉCLARATIONS

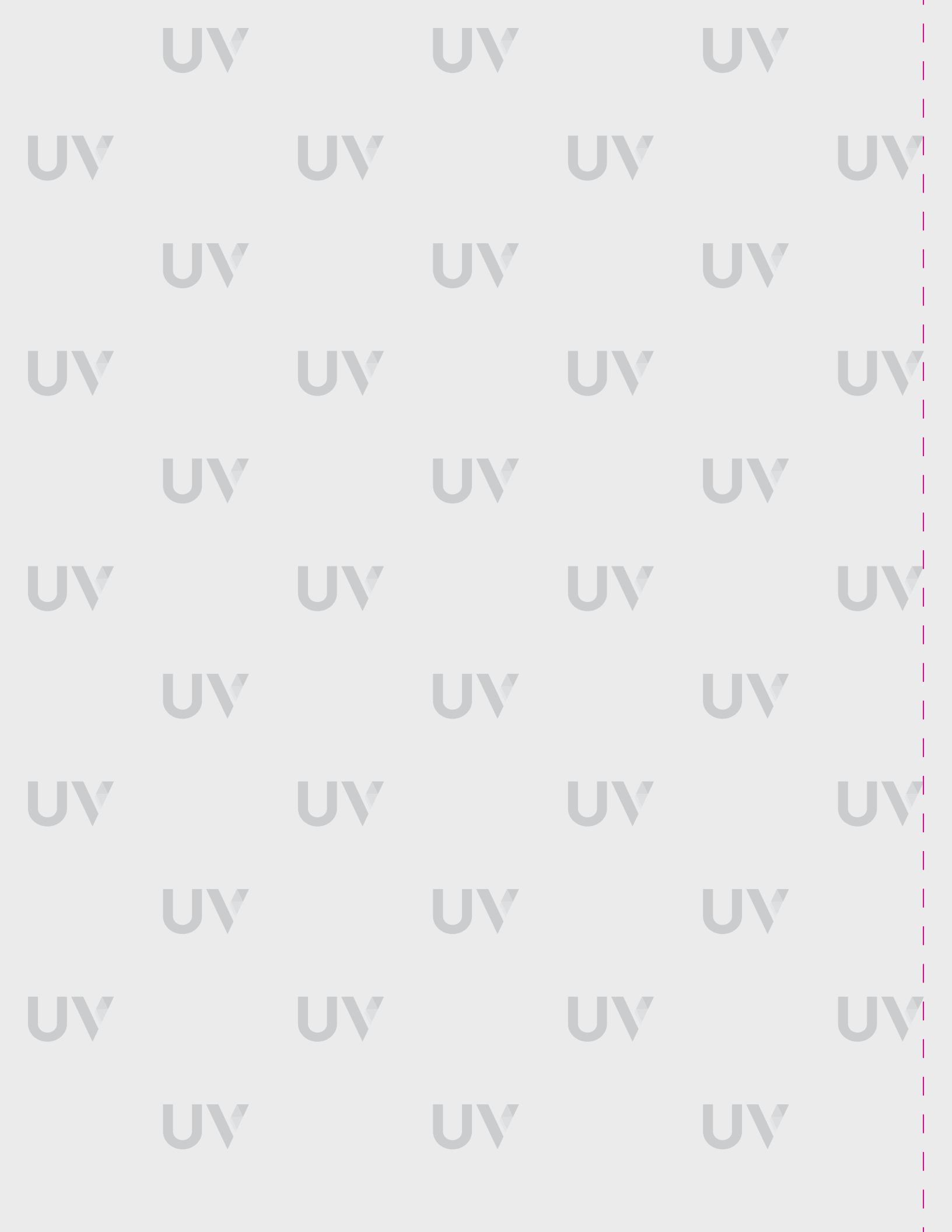
1. Nous déclarons avoir pris connaissance de toutes les questions contenues dans cette proposition et que les réponses données ont été fidèlement reproduites et sont complètes et véridiques. De plus, nous consentons à ce qu'elles servent de base au contrat d'assurance demandé et reconnaissons que toute fausse déclaration ou omission peut entraîner la résiliation du contrat d'assurance obtenu à la suite de cette proposition.
2. Nous déclarons avoir été informés que l'assurance entre en vigueur dès l'acceptation par UV Assurance de la proposition pour autant que cette dernière ait été acceptée sans modification, que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit intervenu dans l'assurabilité des personnes à assurer depuis la signature de cette proposition.
3. Nous déclarons avoir été informés que le conseiller sera rémunéré relativement à la transaction décrite dans la proposition ci-dessus mentionnée.
4. Nous déclarons avoir lu et reçu l'avis de communication de renseignements personnels au MIB.
5. Nous déclarons avoir pris connaissance des avis ci-haut et nous consentons à la constitution d'un dossier ainsi qu'à la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels. Nous comprenons que toute information communiquée dans la présente proposition et tout document complémentaire, le cas échéant, pourrait être collectée, utilisée, conservée ou communiquée par ou aux autres participants du processus de proposition d'assurance et tout cessionnaire éventuel de la police d'assurance.
6. Nous déclarons avoir été informés que UV Assurance peut recueillir nos renseignements personnels à l'aide de technologies qui comprennent des fonctions permettant l'identification, la localisation ou le profilage, lesquelles sont nécessaires afin d'évaluer notre demande. C'est le cas de la proposition en format électronique, PDF et papier qui permet d'établir notre profil de risque afin d'obtenir la meilleure prime possible. Nous convenons que le fait de soumettre la proposition enclenche l'activation de ces fonctions.
7. Nous déclarons avoir été informés que UV Assurance peut utiliser nos renseignements personnels afin de prendre des décisions exclusivement automatisées, c'est à dire, sans aucune intervention humaine. Par exemple, lorsqu'est soumise une proposition électronique, il est possible qu'une décision automatisée soit rendue afin d'accélérer la souscription, incluant le calcul de la prime ainsi que la sélection des risques.
8. Nous déclarons avoir été informés que les maladies couvertes par cette assurance se limitent à celles définies dans le contrat.
9. Nous déclarons avoir informé l'assureur de la possession d'une ou plusieurs autres citoyennetés que la citoyenneté canadienne.
10. Nous déclarons avoir été informés que le conseiller en sécurité financière est indépendant de UV Assurance et qu'il n'est pas son représentant.
11. Nous déclarons que les réponses et déclarations contenues dans la présente proposition, si elles ont été complétées, et dans tout questionnaire paramédical, entrevue téléphonique et tous autres questionnaires sont complètes et véridiques et font partie intégrante de la proposition d'assurance vie ou maladies graves et ne peuvent en être dissociées.

AUTORISATIONS

Vos autorisations sont nécessaires pour fournir et administrer vos produits ou services offerts par UV Assurance :

1. Nous autorisons tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, tout fournisseur de soins de santé, tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout assureur ou réassureur, le MIB, toute agence d'enquête ainsi que toute personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec notre état de santé, nos antécédents médicaux ou nos habitudes de vie nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis de constitution d'un dossier et de la collecte, utilisation et communication de renseignements personnels, à les communiquer à UV Assurance ou à ses réassureurs. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
2. Nous autorisons UV Assurance, et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis de constitution d'un dossier et de la collecte, utilisation et communication de renseignements personnels auprès de tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, assureur ou réassureur, agence d'enquête, personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec notre état de santé, nos antécédents médicaux ou nos habitudes de vie ainsi que le MIB. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
3. Nous autorisons UV Assurance à communiquer au conseiller en sécurité financière ainsi qu'au propriétaire soussigné, tous les renseignements personnels recueillis sur la proposition ou au cours du processus d'évaluation du risque et qui pourraient avoir une incidence sur la prime ou l'émission du contrat. Ces renseignements sont notamment les résultats de tests médicaux ou de tests de laboratoire, les renseignements fournis au cours d'une entrevue téléphonique, d'un examen paramédical, d'un questionnaire ou d'une déclaration d'assurabilité, les antécédents médicaux, criminels, de travail, de consommation d'alcool ou d'usage de drogues, les renseignements financiers ou tout autre élément considéré lors de l'évaluation de la proposition. Le conseiller en sécurité financière, ainsi informé, sera en mesure de mieux nous guider parmi les différentes options d'assurance qui s'offrent à nous.
4. Nous autorisons UV Assurance et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels détenus par toute agence d'évaluation du crédit à des fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conception et d'application de modèles statistiques, de conformité réglementaire et contractuelle et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
5. Nous autorisons, en cas de décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de leur succession à communiquer à UV Assurance et ses réassureurs, lorsque requis par ce(s) dernier(s), tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la réclamation de décès et à l'obtention des justifications requises.
6. Nous autorisons UV Assurance à annuler les contrats présentement en vigueur visés par le remplacement et cités à la section H (question 4) et ce, lors de l'entrée en vigueur du contrat issu de cette proposition.

Ces autorisations peuvent être annulées en tout temps par l'envoi d'un avis écrit à UV Assurance.



En signant et en soumettant la présente proposition en mon nom et/ou au nom de toute personne mineure, j'accorde mon consentement à la collecte, à la communication et à l'utilisation de mes renseignements personnels et/ou de ceux de la personne mineure, comme il est décrit plus haut et ailleurs dans la présente proposition.

Je reconnais avoir pris connaissance des onze (11) déclarations et des six (6) autorisations ci-dessus et y consens.

Signé à _____ province _____ Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

X _____ **X** _____
Signature de la personne à assurer (si 14 ans et plus) Signature du propriétaire (si personne morale, signataire autorisé)

X _____ **X** _____
Signature du père, de la mère ou du tuteur (si la personne à assurer est mineure) Signature du propriétaire (si personne morale, signataire autorisé)

X _____ **X** _____
Nom complet du conseiller (en lettres moulées) Signature du conseiller

X _____ **X** _____
Nom complet du témoin (en lettre moulées) Signature du témoin (autre que le bénéficiaire)



Charles Guay,
Président-directeur général

UV Assurance est membre de Assuris. Assuris est une société à but non lucratif qui protège les assurés canadiens en cas d'insolvabilité de leur compagnie d'assurance vie.

AUTORISATIONS – PAR LES PRÉSENTES, NOUS SOUSSIGNÉS,

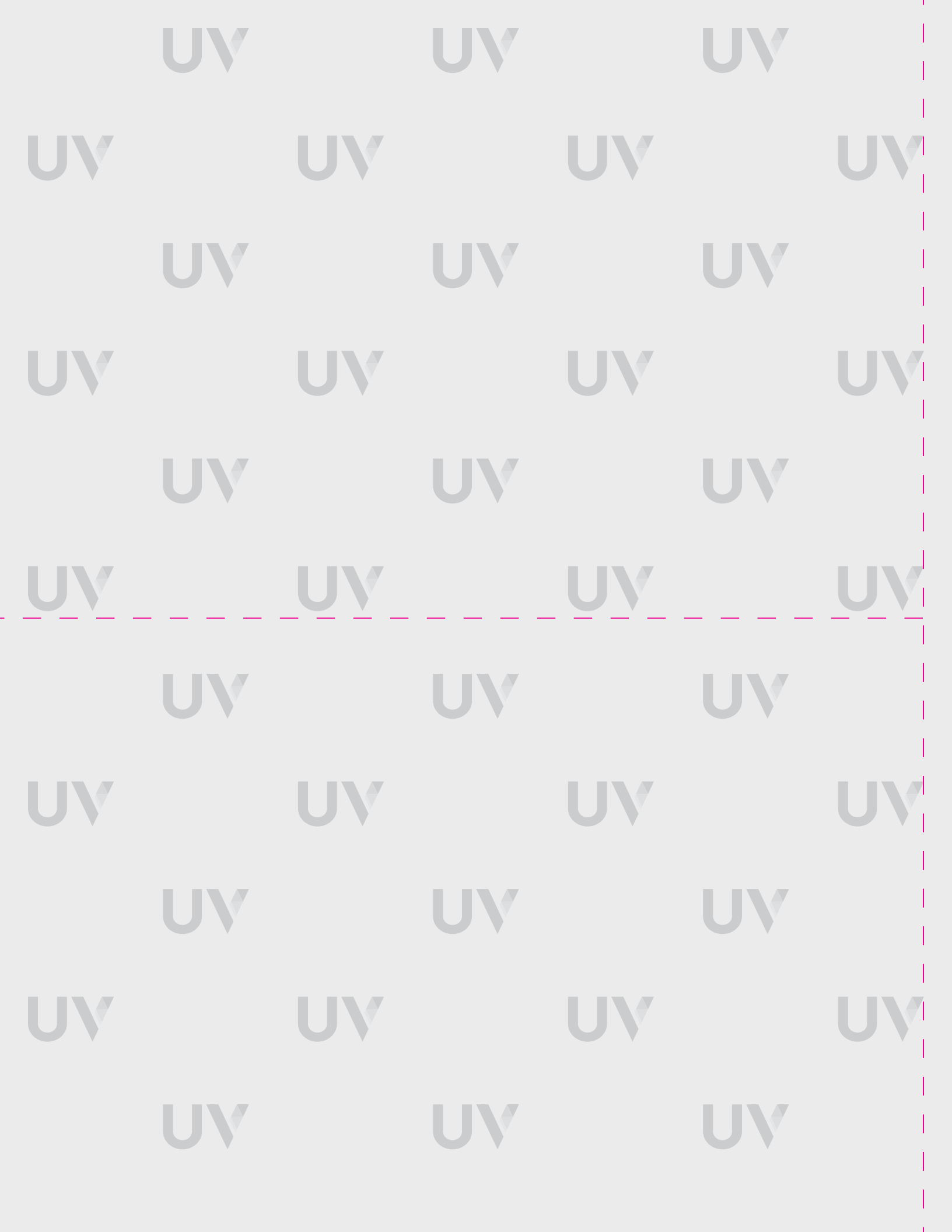
1. Autorisons tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, tout fournisseur de soins de santé, tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, tout assureur ou réassureur, le MIB, toute agence d'enquête ainsi que toute personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes habitudes de vie nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels, à les communiquer à UV Assurance ou à ses réassureurs. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
2. Autorisons UV Assurance et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels nécessaires aux raisons mentionnées dans l'avis concernant la protection des renseignements personnels auprès de tout professionnel et intervenant dans le domaine de la santé, fournisseur de soins de santé, établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, assureur ou réassureur, agence d'enquête, personne physique ou morale susceptible de détenir des renseignements personnels en lien avec mon état de santé, mes antécédents médicaux ou mes habitudes de vie ainsi que le MIB. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
3. Autorisons UV Assurance et ses réassureurs à recueillir, utiliser et communiquer les renseignements personnels détenus par toute agence d'évaluation du crédit à des fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conception et d'application de modèles statistiques, de conformité réglementaire et contractuelle et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations. La présente autorisation ne vaut que pour la durée nécessaire à la réalisation des fins auxquelles elle a été demandée.
4. Autorisons, en cas de décès, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de leur succession à communiquer à UV Assurance et ses réassureurs, lorsque requis par ce(s) dernier(s), tous les renseignements et autorisations nécessaires à l'étude de la réclamation de décès et à l'obtention des justifications requises.
5. Convenons que toute photocopie des présentes autorisations a la même valeur que l'original.

Signé à _____ Date

A	A	A	A	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---

X _____ **X** _____ **X** _____
Signature de la personne à assurer (si 14 ans et plus) Signature du 1^{er} propriétaire (si personne morale, signataire autorisé) Signature du 2^e propriétaire (si personne morale, signataire autorisé)

X _____ **X** _____
Signature du conseiller Signature du père, de la mère ou du tuteur (si la personne à assurer est mineure)



RAPPORT DU CONSEILLER EN SÉCURITÉ FINANCIÈRE

SECTION A – ORIGINE DE LA VENTE

- ☐ Demande du client ☐ Connaissance/ami ☐ Offre faite au client ☐ Cas référé par un client ☐ Employé.e.s UV Assurance
☐ Parenté Degré _____ ☐ Contrat à soi-même ☐ Autre _____
 Client(e) connu(e) depuis _____
 Présent(e) lors de la signature ☐ Oui ☐ Non
 Si non, comment a eu lieu la transaction ☐ Téléphone ☐ Vidéoconférence ☐ Clavardage ☐ Autre _____

SECTION B – FOURNISSEURS

J'ai demandé les exigences d'assurabilité suivantes à l'un de ces organismes :

Exigences d'assurabilité	Fournisseur	Adresse de portail	N° référence de la commande
☐ Entrevue téléphonique uniquement	Dynacare	orders.dynacare.ca	
☐ Paramédical	ExamOne	portal.examone.com/Login	
☐ Profil sanguin			
☐ Analyse d'urine	Dynacare	orders.dynacare.ca	
☐ ECG			
☐ Autre _____	MediFast	wa.medifast.ca/headoffice/Login.aspx	

SECTION C – IDENTIFICATION DU CONSEILLER

Nom, prénom	%	Code conseiller	Agent général (AGD)	Code agent général

☐ Je désire signifier un changement d'AGD.

Commentaires _____

SECTION D – DÉCLARATION

Je confirme avoir déclaré au propriétaire de ce contrat le nom des compagnies que je représente, la possibilité que je reçoive une rétribution (telle une commission), ainsi qu'une rétribution additionnelle (tel un boni) et que je n'ai aucun conflit d'intérêts avec **L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance**, ni avec le propriétaire, et ce concernant la transaction proposée. Également, je confirme avoir vérifié à l'aide de documents officiels et originaux, les informations obtenues pour compléter les informations sur les personnes à assurer, les bénéficiaires, les propriétaires, les avenants enfants, le produit, la prime, les antécédents d'assurances, les instructions spéciales et les avis de remplacement le cas échéant.

Je déclare avoir un permis valide dans la juridiction où la demande a été signée.

Si je ne suis pas le conseiller de service pour ce contrat, je déclare avoir avisé le(s) propriétaire(s) de ce fait et de l'identité de son (leur) conseiller de service telle qu'il apparaît dans la présente section.

Vérification de l'identité du (des) propriétaire(s) (assurance vie permanente) :

Conformément à la Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes ainsi qu'à ses règlements, j'ai vérifié l'identité des personnes qui ont apposé leur signature à la présente proposition en qualité de propriétaire(s), en examinant tous les documents originaux fournis et en discutant avec le(s) propriétaire(s) pour remplir la présente proposition.

Détermination de l'existence d'un tiers (assurance vie permanente) :

Conformément à la Loi sur le recyclage des produits de la criminalité et le financement des activités terroristes ainsi qu'à ses règlements, j'ai fait des efforts raisonnables en vue de déterminer si le(s) propriétaire(s) agit(agissent) au nom d'un tiers.

Je confirme être conforme à cette déclaration ☐ Oui ☐ Non Si non, veuillez préciser la raison _____

Signé à _____ Date | A | A | A | A | M | M | J | J |

X _____ **X** _____

Signature du conseiller

Signature du superviseur de stage

uvassurance.ca | **f • in**