

# ASSURANCE VIE 50+




**Desjardins**  
Sécurité financière<sup>MD</sup>

Coopérer pour créer l'avenir

## DEUX MOYENS RAPIDES DE VOUS OFFRIR UNE ASSURANCE VIE À PRIX ABORDABLE !

Pour souscrire l'Assurance vie 50+, veuillez remplir et signer la proposition d'assurance et nous la retourner dès aujourd'hui à :

**Desjardins Sécurité financière,**  
compagnie d'assurance vie  
C. P. 3925, succ. Lévis  
Lévis (Québec) G6V 9Z9



## UNE SOLUTION AVANTAGEUSE ET ABORDABLE

ou communiquez avec nous au numéro sans frais suivant :

**1 866 270-5257**

Du lundi au vendredi, de 8 h à 21 h, et le samedi,  
de 8 h 30 à 16 h 30 HNE (sauf les jours fériés).

### **Garantie de remboursement de 30 jours**

Dès que vous recevrez votre police d'assurance, vous bénéficierez d'une période d'examen de 30 jours pour lire l'ensemble des conditions et modalités de l'Assurance vie 50+ en toute tranquillité, tout en étant assuré. Si vous changez d'idée durant cette période, nous annulerons votre contrat et votre prime vous sera remboursée intégralement, c'est garanti !

À la suite de votre souscription, vous recevrez votre contrat d'assurance, le guide de distribution, de même que les coordonnées du Service d'assistance qui peut vous mettre en contact direct avec des spécialistes.

Pour répondre à toute interrogation quant à la nature et aux conditions de l'Assurance vie 50+, nous vous référons au contrat d'assurance qui contient l'ensemble des conditions et modalités.

## 1 Identification du preneur<sup>1</sup>

(Veuillez remplir toutes les sections et signer aux endroits prévus à cet effet.)

Nom et prénom du preneur

Adresse

Code postal

Numéro de téléphone

## 2 Questionnaire d'assurabilité

**A** Vous est-il déjà arrivé qu'une demande d'assurance de personnes (vie, invalidité ou maladie), que vous avez soumise à un assureur, y compris Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, vous soit refusée, soit modifiée ou soit acceptée avec surprime ?  Oui  Non

**B** Une des situations suivantes s'applique-t-elle actuellement à vous ? Vous êtes confiné au lit ou à un fauteuil roulant; vous êtes hospitalisé; vous séjournez dans un établissement de convalescence ou de soins prolongés; vous avez besoin d'aide, et ce de façon permanente, pour accomplir une des activités suivantes de la vie quotidienne: vous nourrir, vous vêtir, vous déplacer, vous laver ou aller aux toilettes ?  Oui  Non

**C** Une des situations suivantes s'applique-t-elle à vous ?  Oui  Non

- Au cours des deux dernières années, vous avez reçu des traitements ou consulté un professionnel de la santé relativement aux conditions suivantes: crise cardiaque, angine de poitrine, accident vasculaire cérébral (apoplexie), ischémie cérébrale transitoire, coma diabétique, tumeur maligne ou cancer (excluant les examens de suivi).
- Vous êtes **présentement** en attente de traitements ou d'un résultat d'examen (excluant les examens de suivi) relativement à une des conditions énumérées précédemment.
- Vous passez des examens de suivi annuels (ou on vous a recommandé de le faire) pour une tumeur maligne ou un cancer traité il y a moins de cinq ans.

**D** Êtes-vous atteint de la maladie d'Alzheimer, d'insuffisance rénale, d'emphysème pulmonaire, d'une cirrhose du foie ou d'une infection au VIH (virus du SIDA) ou avez-vous été traité pour l'une ou l'autre de ces maladies ?  Oui  Non

- Si vous avez répondu **NON** à ces quatre questions, remplissez les sections 3 à 6.
- Si vous avez besoin de précisions concernant l'une ou l'autre de ces questions, téléphonez au 1 866 270-5257, et un conseiller vous répondra.
- Si vous avez répondu **OUI** à l'une de ces questions, vous n'êtes pas admissible à l'assurance.

## 3 Choix du montant d'assurance

Cochez le montant d'assurance que vous désirez :

5 000 \$  7 500 \$  10 000 \$  15 000 \$  20 000 \$

Date de naissance: Année \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Sexe  F  M

Avez-vous fait usage de tabac sous une forme quelconque (cigarette, cigare, cigarillo, pipe, marijuana, timbre, gomme ou médication pour arrêter de fumer) au cours des 12 derniers mois ?

Oui  Non

Prime fumeur

Prime non-fumeur

Reportez-vous au calculateur de primes pour inscrire le montant de la prime mensuelle correspondant à votre âge.

## 4 Identification du bénéficiaire

Nom et prénom de la personne qui recevra le montant de l'assurance à votre décès.

Bénéficiaire révocable  Bénéficiaire irrévocable\*

\*Vous ne pouvez changer un bénéficiaire irrévocable sans son consentement écrit.

## 5 Souscription, autorisation et mode de paiement

**OUI**, je désire souscrire une Assurance vie 50+ pour le montant d'assurance coché à la Section 3. Si je ne suis pas entièrement satisfait, je pourrai annuler mon contrat sans pénalité dans les 30 jours de la souscription.

Nom de l'institution financière

Numéro de transit

Numéro de compte

**Veuillez joindre à votre demande un chèque portant la mention « NUL ».**

Je déclare que je désire souscrire une Assurance vie 50+ pour le montant d'assurance coché à la section 3. Je **comprends** que l'assurance débute à la date de signature de la présente proposition moyennant le paiement de la prime dans les 30 jours suivant cette date. Si l'assurance ne débute pas dans les 30 jours de la signature de la présente proposition, une nouvelle proposition d'assurance devra être remplie. Je **comprends** que le fait de fournir des renseignements inexact, incomplets ou de faire une fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance ou le refus d'une demande de prestations. Je **comprends** que la présente proposition d'assurance fait partie intégrante du contrat Assurance vie 50+. Je **comprends** que la protection offerte par l'Assurance vie 50+ comporte des restrictions et exclusions. Je **m'engage** à prendre connaissance de mon contrat et du guide de distribution lorsque je les recevrai. **J'autorise** que la prime soit automatiquement prélevée sur mon compte chèques.

X Signature du preneur

AA / MM / JJ

Date de la signature

## 6 Renseignements personnels

**Autorisation à l'égard de la collecte et de la communication des renseignements personnels.** J'autorise l'institution financière ou toute corporation exploitant son système de données à fournir à l'assureur ou à ses réassureurs, sur demande, tout ce qui est nécessaire aux fins de gestion du contrat d'assurance.

En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs de succession à fournir à Desjardins Sécurité financière ou à ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la demande de prestations et l'obtention de pièces justificatives.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

X Signature du preneur

<sup>1</sup> Le preneur (la personne qui demande l'assurance) est la même personne que l'assuré.

Le genre masculin est utilisé dans le seul but de faciliter la lecture du texte.