DEMANDE DE
REMISE EN VIGUEUR
(VEUILLEZ REMPLIR A, B, D,& E) ❒

MODIFICATION
(VEUILLEZ REMPLIR A, C, D, E) ❒

Demande de modification/remise en vigueur

A RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

Assuré _____ N° de police _____

Date de naissance_____ titulaire de police (si autre que l'assuré)
_____
(mois/jour/année)

Adresse_____

Profession _____

B [ ] DEMANDE DE REMISE EN VIGUEUR

La remise en vigueur de cette police est demandée à Foresters, compagnie d'assurance vie, conformément aux modalités de la police. Les parties A, B, D et E de la présente demande sont par les présentes remplies dans le cadre de ladite demande de remise en vigueur.

C [ ] DEMANDE DE MODIFICATION

Il est demandé à Foresters, compagnie d'assurance vie de modifier cette police et d'y apporter les modifications nécessaires suivantes :

Veuillez cocher les cases qui s'appliquent :

[ ] Révision de catégorie

[ ] Retrait de classement

[ ] Application des tarifs non-fumeur (un formulaire de déclaration relative aux mœurs tabagiques doit être jointe au présent formulaire)

[ ] Ajout à la garantie en cas de décès accidentel pour _____ $. La nouvelle prime sera de _____ $

[ ] Ajout de la garantie d'exonération de prime

[ ] Ajout de la garantie pour enfant pour _____ $ sur la vie de _____
(** La demande de garantie pour enfant doit être accompagnée du présent formulaire à compléter sur la vie de l'enfant)
Cette garantie est disponible de 0 à 16 ans, la couverture étant valable jusqu'à l'âge de 25 ans pour chaque enfant ou jusqu'à l'âge de 65 ans pour l'assuré. Cette indemnité cesse à l'expiration de la période de paiement des primes, par conséquent, cette indemnité peut expirer avant que l'enfant ait atteint l'âge de 25 ans. Le montant de couverture minimal est de 10 000 $ et le montant maximum est de 20 000 $.

[ ] Ajout de _____ Garantie d'indemnité de _____$.

Directives supplémentaires _____

_____

_____

_____

_____

Foresters, compagnie d'assurance vie
1660, av. Tech, Bureau 3, Mississauga, Ontario L4W 5S8 - (905) 219-8000 1 800 267-8777 Téléc. : (905) 219-8135
www.foresters.com

Foresters™ est une marque de commerce de L'Ordre Indépendant des Forestiers, et sa société filiale, Foresters, compagnie d'assurance vie, est autorisée à utiliser cette marque.

Foresters

DEMANDE DE REMISE EN VIGUEUR
(VEUILLEZ REMPLIR A, B, D,& E) ❒

MODIFICATION
(VEUILLEZ REMPLIR A, C, D, E) ❒

L'assuré doit répondre aux questions ci-dessous pour toutes les remises en vigueur; pour les modifications impliquant une aggravation du risque ou l'ajout d'une indemnité; lorsqu'une indemnité ne faisant par partie de la police est demandée.

	oui	non	**Veuillez fournir les détails si vous avez répondu Oui. Identifiez votre réponse par un chiffre.**
1. Depuis que vous avez présenté une demande pour cette police, :			
(a) vous êtes-vous engagé ou prévoyez-vous de vous engager dans la pratique d'un sport ou d'une activité dangereuse (tels le pilotage, le parachutisme, la plongée, la course d'engins motorisés, etc.)?	❒	❒	_____
(b) Votre permis de conduire vous a-t-il déjà été retiré ou avez-vous déjà eu 2 contraventions ou plus au cours de deux dernières années?	❒	❒	_____
(c) A-t-on déjà refusé, annulé ou modifié de quelque manière que ce soit une assurance sur votre vie?	❒	❒	
(d) Avez-vous l'intention de changer de pays de résidence ou de faire un voyage prolongé?	❒	❒	_____
2. D'autres demandes ou négociations d'assurance sur votre vie sont-elles en instance ou envisagées?	❒ ❒	❒ ❒	
3. Cette assurance doit-elle remplacer ou changer considérablement une autre assurance actuellement ou récemment détenue auprès de notre société ou d'une autre société d'assurances?	❒	❒	
4. Depuis que vous avez présenté une demande pour cette police, avez-vous :			
(a) effectué un bilan de santé, une consultation, été atteint d'une maladie, subi une chirurgie	❒	❒	
(b) subi un électrocardiogramme, une radiographie, des analyses sanguines ou autres tests de diagnostique?	❒	❒	
(c) été patient d'un hôpital, d'une clinique ou d'un autre établissement médical?	❒	❒	
(d) déjà utilisé de la marijuana, de la cocaïne ou autres substances illégales ou reçu un traitement ou des conseils sur l'abus d'alcool ou sur la toxicomanie?	❒	❒	
5. (a) Avez-vous déjà été traité pour ou avez vous eu des indications connues du S.I.D.A. (syndrome d'immunodéficience acquise), A.R.C. (syndrome apparenté au sida) ou d'autres maladies immunologiques?	❒	❒	_____
(b) Au cours des 5 dernières années, avez-vous eu des résultats de test indiquant une exposition au virus du S.I.D.A?.	❒	❒	
6. (a) Avez-vous fumé des cigarettes ou des cigarillos au cours des 12 derniers mois? Quantité quotidienne moyenne _____	❒	❒	_____
(b) Si vous fumiez mais que vous avez arrêté, donnez la date à laquelle vous avez fumé pour la dernière fois. _____			_____
(c) Utilisez-vous d'autres produits à base de tabac ou de nicotine?	❒	❒	_____
Initiales de l'assuré potentiel _____			
NOTA : les déclarations erronées concernant les mœurs tabagiques annuleront le contrat.			

7. (a) Taille et poids _____ pi. _____ po cm _____ lb kg

(b) Votre poids a-t-il varié au cours de l'année dernière? Oui Non Gain_____lb/kg Perte _____ lb/kg

8. (a) Nom et adresse de votre médecin particulier _____
(si aucun, veuillez l'indiquer)

(b) Date et raison de votre dernière consultation _____

(c) Un traitement vous a-t-il été donné ou des médicaments vous ont-ils été prescrits? ❒ Oui ❒ Non
Si oui, veuillez en fournir tous les détails _____

Je déclare que les réponses et déclarations ci-dessus sont complètes et vraies.

Daté à _____ ce _____jour de _____ 20 _____

_____ X_____
Signature de l'assuré

_____ X_____
Signature du témoin (adulte sans lien de parenté) Signature du titulaire de police (si autre que l'assuré)

Foresters, compagnie d'assurance vie
1660, av. Tech, Bureau 3, Mississauga, Ontario L4W 5S8 - (905) 219-8000 1 800 267-8777 Téléc. : (905) 219-8135
www.foresters.com

Foresters™ est une marque de commerce de L'Ordre Indépendant des Forestiers, et sa société filiale, Foresters, compagnie d'assurance vie, est autorisée à utiliser cette marque.

DEMANDE DE REMISE EN VIGUEUR
(VEUILLEZ REMPLIR A, B, D,& E) ❒

MODIFICATION
(VEUILLEZ REMPLIR A, C, D, E) ❒

E DÉCLARATION ET AUTORISATION

Le titulaire de police a versé _____$ à la société en paiement de la(des) prime(s) pour cette remise en vigueur ou cette modification.

Je déclare et conviens que :

1. Toutes les déclarations, observations et réponses fournies dans la présente demande accompagnée de toute autre preuve supplémentaire, tel que l'exige Foresters, compagnie d'assurance vie, sont vraies et complètes et seront considérées et formeront la base des remises en vigueur ou des modifications demandées.
2. Si dans les deux années à compter de la date de la remise en vigueur ou de la modification, l'assuré décède par suicide, sain d'esprit ou non, ou si lesdites déclarations s'avèrent incomplètes ou fausses à tout égard important, la remise en vigueur ou la modification sera susceptible d'annulation au gré compagnie.
3. La remise en vigueur, si elle est approuvée par le siège social, entrera en vigueur soit à la date de la demande, soit à la date de règlement des primes arriérées, selon la première des deux.
4. La modification ou la transformation, si elle est approuvée par le siège social, prendra effet soit à la date de ladite approbation, soit à la date de règlement ou des modifications conformément à la modification de transformation, selon la dernière de ces dates.
5. L'acceptation d'une police ainsi modifiée ou transformée sera ratifiée des corrections, ajouts ou modifications faits par la société dans l'espace intitulé « corrections et modifications ».

Je reconnais avoir reçu les avis relatifs au Bureau de renseignements médicaux, au rapport de consommateur et au programme concernant l'examen des antécédents personnels.

J'accepte qu'un rapport de consommateur et(ou) qu'un examen de mes antécédents contenant des renseignements personnels ou de solvabilité ou les deux pouvant être demandés dans le cadre de mes demandes soient effectués.

J'autorise tout médecin habilité autorisé, praticien, hôpital, toute clinique ou autre établissement médical ou autre établissement à vocation médicale, toute société d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux ou autre organisation, institution ou personne qui possède mes dossiers ou a connaissance de moi ou de ma santé, à donner à Foresters, compagnie d'assurance vie ou à son(ses) réassureur(s) tout renseignement de ce type.

Une photocopie de la présente autorisation sera considérée tout aussi valable que l'originale.

Daté à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

_____ **X** _____
Signature du témoin — Signature de l'assuré

_____ **X** _____
Signature du témoin — Signature du titulaire de police (si autre que l'assuré)

Foresters, compagnie d'assurance vie
1660, av. Tech, Bureau 3, Mississauga, Ontario L4W 5S8 - (905) 219-8000 1 800 267-8777 Téléc. : (905) 219-8135
www.foresters.com

Foresters™ est une marque de commerce de L'Ordre Indépendant des Forestiers, et sa société filiale, Foresters, compagnie d'assurance vie, est autorisée à utiliser cette marque.

DEMANDE DE REMISE EN VIGUEUR
(VEUILLEZ REMPLIR A, B, D,& E) ❒

MODIFICATION
(VEUILLEZ REMPLIR A, C, D, E) ❒

Foresters, compagnie d'assurance vie

DEMANDE D'ADHÉSION AU RÉGIME DE PRÉLÈVEMENT AUTOMATIQUE PRÉAUTORISÉ(« PAP»)

J'autorise Foresters, compagnie d'assurance vie à effectuer des prélèvements mensuels à partir du compte suivant ou de tout compte que j'aurai mentionné aux présentes. J'autorise également toute institution financière, auprès de laquelle je dispose d'un compte, à effectuer lesdits prélèvements tout comme si j'avais personnellement signé lesdits instruments de prélèvement en paiement des primes (y compris les primes arriérées) et pour tout autre paiement que je pourrais autoriser le cas échéant pour les polices mentionnées ci-dessous et pour toute autre police ajoutée à une date ultérieure.

J'accepte que :
(1) le régime de prélèvement s'appliquera aux primes de police payables à la date de la présente autorisation ou à une date ultérieure;
(2) la présente autorisation peut être annulée par l'une ou l'autre des parties en tout temps sur avis écrit à l'autre partie;
(3) si la présente autorisation est annulée, le solde impayé de la prime annuelle est immédiatement exigible
(4) la présente autorisation soit donnée à l'usage exclusif de Foresters, compagnie d'assurance vie et de mes institutions financières. L'instrument utilisé pour le prélèvement peut être sous forme de papier, de bande magnétique, électronique ou tout autre média choisi par Foresters, compagnie d'assurance vie et mes institutions financières.

Le régime de prélèvement automatique préautorisé m'est offert pour ma commodité. La responsabilité du paiement des primes de la police et de tout autre paiement autorisé en vertu de la présente entente m'incombe en tout temps et tous les paiements effectués dans le cadre du régime de prélèvement automatique préautorisé sont assujettis aux dispositions de la police et des polices. J'autorise la société à débiter la somme de mon compte à la date autorisée et, si les fonds disponibles n'étaient pas disponibles en raison d'une provision insuffisante, je l'autorise à débiter à nouveau mon compte à la prochaine date de prélèvement de la société. Si le paiement de mes primes est en souffrance, j'autorise la société à remettre en règle ma police et toutes les polices énumérées sur le présent formulaire d'autorisation.

NOM DU TITULAIRE DU COMPTE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE
TEL QU'IL FIGURE SUR LES RELEVÉS DE COMPTE

Nom et adresse de l'institution financière ……

……

N° de compte

❒ Nouvelle demande ❒ Ajout au régime existant

N^os de police	NOM DU TITULAIRE DE POLICE OU DE L'ASSURÉ POTENTIEL	MONTANT DU PAIEMENT PAP	REMBOURSEMENT DE PRÊT	DATE DE PRÉLÈVEMENT : ❒ 1 ❒ 8 ❒ 15 ❒ 22
				RÉSERVÉ AU S.C. : N° D'AUTORISATION

DATE …… ……
Signature telle qu'elle figure sur les relevés de compte

NOTA : AFIN DE GARANTIR L'EXACTITUDE, VEUILLEZ JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE PORTANT LA MENTION « ANNULÉ ».

……
Pour un compte joint, tous les déposants doivent signer si plusieurs signatures sont exigées pour les chèques émis de ce compte.

Foresters, compagnie d'assurance vie
1660, av. Tech, Bureau 3, Mississauga, Ontario L4W 5S8 - (905) 219-8000 1 800 267-8777 Téléc. : (905) 219-8135
www.foresters.com

Foresters™ est une marque de commerce de L'Ordre Indépendant des Forestiers, et sa société filiale, Foresters, compagnie d'assurance vie, est autorisée à utiliser cette marque.

DEMANDE DE
REMISE EN VIGUEUR
(VEUILLEZ REMPLIR A, B, D,& E) ❒

MODIFICATION
(VEUILLEZ REMPLIR A, C, D, E) ❒

REÇU

Tout paiement doit être effectué à l'ordre de Foresters, compagnie d'assurance vie.

Une somme de _____$ a été reçue de _____ en paiement dans le cadre de la demande pour une

remise en vigueur ❒ modification ❒

de la police n° _____ émise sur la vie de _____

Foresters, compagnie d'assurance vie peut déposer ou encaisser ce paiement sans porter atteinte à son droit de refuser toute remise en vigueur ou modification. En cas de refus de la demande de remise en vigueur ou de modification, ce paiement sera remboursé.

Foresters, compagnie d'assurance vie

LE PRÉSENT AVIS DOIT ÊTRE DÉTACHÉ ET DONNÉ À L'ASSURÉ

AVIS CONCERNANT LE BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités de manière confidentielle. Nous ou nos réassureurs pouvons cependant réaliser un bref rapport sur ceux-ci pour le Bureau de renseignements médicaux, association mutuelle à but non lucratif de sociétés d'assurance-vie, qui organise un échange de renseignements au nom de ses membres. Si vous présentez une demande d'assurance-vie ou d'assurance maladie auprès d'une autre société membre du Bureau ou si une demande de prestation est envoyée à celle-ci, le Bureau, sur demande, transmettra à ladite société les renseignements qu'elle pourrait détenir.

Sur réception d'une demande de votre part, le Bureau se chargera de communiquer tout renseignement figurant dans votre dossier. Si vous contestez l'exactitude des renseignements figurant dans les dossiers du Bureau, vous pouvez communiquer avec le Bureau et demander une correction. L'adresse du service des renseignements du Bureau est la suivante : 330 University Avenue, Toronto, Ontario, Canada, M5G 1R7, numéro de téléphone : (416) 597-0590.

Nous ou nos réassureurs pouvons également extraire ces renseignements de nos dossiers pour les transmettre à d'autres sociétés d'assurance-vie auprès desquelles vous pouvez déposer une demande d'assurance-vie ou d'assurance maladie ou encore à qui une demande de prestations peut être envoyée.

AVIS CONCERNANT LE RAPPORT SUR LE CONSOMMATEUR

La présente est pour vous informer que, dans le cadre notre procédure de traitement de votre demande, un rapport sur le consommateur peut être préparé au moyen d'entrevues personnelles avec vos voisins, amis ou d'autres personnes auxquelles vous êtes liées. Cette enquête comprend des renseignements relatifs à votre caractère, votre réputation générale, vos caractéristiques particulières et votre mode de vie. Vous avez le droit de présenter une demande écrite dans un délai raisonnable pour recevoir des renseignements supplémentaires détaillés sur la nature et l'étendue de l'enquête.

AVIS CONCERNANT LE PROGRAMME D'ENTREVUE PERSONNELLE

Dans le cadre de votre demande d'assurance, vous pourriez recevoir un appel téléphonique de la part d'une personne autorisée pour obtenir des renseignements personnels et financiers. Soyez assuré que les renseignements sont considérés confidentiels et qu'ils seront utilisés pour évaluer votre admissibilité à l'assurance. L 'entretien dure habituellement de cinq à dix minutes et aura lieu au moment qui vous conviendra.

Les demandes concernant les avis susmentionnés doivent être adressées à :

Foresters, Life Insurance Company
Service de la souscription
1660 Av. Tech, Bureau 3
Mississauga, Ontario L4W 5S8

Foresters™ est une marque de commerce de L'Ordre Indépendant des Forestiers, et sa société filiale, Foresters, compagnie d'assurance vie, est autorisée à utiliser cette marque.