

**PROPOSITION D'ASSURANCE INVALIDITÉ – DEMANDE DE MAJORATION  
DE LA RENTE MENSUELLE CONFORMÉMENT À LA DISPOSITION  
D'ASSURABILITÉ GARANTIE DE LA POLICE N° \_\_\_\_\_**

Centre de ressources : \_\_\_\_\_

Date d'option : \_\_\_\_\_

**Protection de vos renseignements personnels** - À La Great-West, compagnie d'assurance-vie (« la Great-West »), nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous remplissez une proposition, les renseignements personnels vous concernant sont versés dans un dossier confidentiel qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par celle-ci. Vous pouvez consulter et corriger les renseignements contenus dans votre dossier. Pour ce faire, veuillez transmettre une demande écrite à tout bureau de la Great-West. Nous limitons l'accès aux informations consignées à votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par celle-ci qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements personnels pour traiter la présente proposition et, si celle-ci est approuvée, pour vous offrir les produits financiers demandés et pour en assurer le service, pour vous informer des produits et services aux fins de la planification de votre sécurité financière, pour évaluer les demandes de règlement ainsi que pour créer et mettre à jour les dossiers relatifs à nos rapports.

**Directives :** Si, une fois rétabli d'une invalidité, vous désirez souscrire les garanties Indexation de la rente d'invalidité ou Indexation selon le coût de la vie, remplissez les parties 1, 2, 4 et 5 de la présente proposition.

Si vous désirez transformer une police Frais généraux ou Protection préférée des associés, remplissez les parties 1, 2, 4, 5, 6 et 7 de la présente proposition. Veuillez également consulter les cahiers donnant la description du produit pour les lignes directrices.

Dans la présente proposition, les termes « propriétaire » et « assuré » désignent respectivement la personne proposée à titre de propriétaire de la police visée et la personne à assurer.

1. Nom de l'assuré \_\_\_\_\_

2. a) Contrat : \_\_\_\_\_

b)

Rente mensuelle	Période d'indemnisation	Date du début de l'indemnisation
\$		
\$		
\$		

À noter : La période d'indemnisation doit être égale ou inférieure à celle de la police originale; la date du début de l'indemnisation doit être la même ou ultérieure à celle de la police originale.

c) Avenants de garanties facultatives demandés (veuillez vérifier les dispositions de l'avenant d'assurabilité garantie afin de déterminer les garanties qui doivent ou qui peuvent être ajoutées, et indiquez-les ci-dessous) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Si vous n'êtes pas admissible à la pleine majoration de la rente mensuelle en vertu du présent choix, désirez-vous souscrire un avenant Protection Épargne-retraite Plus pour le solde de la majoration si cette option vous est offerte?  Oui  Non

4. Profession :

a) Travaillez-vous actuellement à temps plein?  Oui  Non

Dans la négative, précisez : \_\_\_\_\_

b) Nom de l'employeur actuel ou de l'entreprise : \_\_\_\_\_

c) Indiquez votre profession et vos fonctions : \_\_\_\_\_

5. a) Avez-vous fait d'autres demandes d'assurance invalidité ou d'assurance frais généraux (individuelle, collective ou à titre de membre d'une association) ou envisagez-vous de le faire?  Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez : \_\_\_\_\_

b) À l'exception de la police précitée, êtes-vous présentement couvert par une assurance invalidité ou une assurance frais généraux (individuelle, collective, à titre de membre d'une association ou autre)?  Oui  Non

Dans l'affirmative, donnez tous les renseignements pertinents ci-dessous :

Nom de la compagnie	Contrat	Année d'établissement	Rente mensuelle	Période d'indemnisation	Période d'attente	Prestations imposables?	La protection sera-t-elle modifiée ou remplacée?	Date d'expiration
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<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) Êtes-vous couvert par l'assurance-emploi?  Oui  Non

6. Êtes-vous actuellement invalide?  Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez votre revenu gagné (selon la définition plus loin) au cours de la période de 12 mois précédant la date à laquelle vous êtes devenu invalide : \_\_\_\_\_\$

Il n'est pas nécessaire de répondre à la question n° 7 si vous répondez ici par l'affirmative.

7. a) Revenu gagné : \_\_\_\_\_\$ depuis le début de l'année \_\_\_\_\_\$ l'année dernière

Par revenu gagné on entend :

1. s'il s'agit d'un salarié à rémunération fixe ou rémunéré à la commission :
  - a) le salaire, les commissions, les honoraires ou autre rémunération provenant d'un emploi, moins les frais relatifs à un emploi qui sont déductibles du revenu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) – avant impôt; et
  - b) toute autre rémunération provenant d'un emploi, comme les bonis et les cotisations versées au nom de l'assuré à un régime de pension ou de retraite, à un régime de participation aux bénéfices ou à un régime d'épargne-actions – avant impôt.
2. s'il s'agit d'un propriétaire unique ou d'un associé – la part de l'assuré du revenu de l'entreprise, moins la part de l'assuré des frais d'entreprise qui sont déductibles du revenu en vertu de la Loi de l'impôt sur le revenu (Canada) – avant impôt.
3. s'il s'agit d'un propriétaire d'entreprise constituée en société – le revenu gagné tel qu'il est déterminé au point 1a) et b) ci-dessus, le cas échéant, plus la part de l'assuré des profits de l'entreprise avant impôt.

**À noter : Si la police précitée fait partie d'une assurance prolongation du salaire, veuillez indiquer le revenu gagné apparaissant sur le feuillet T4 en ne tenant pas compte des autres revenus gagnés.**

b) Votre revenu non gagné (revenu annuel net qui continuera d'être versé même au cours d'une période d'invalidité, c.-à-d. revenus de placement ou de location, redevances, rentes et revenus similaires d'autres sources) excède-t-il 15 000 \$ par année ou 1 250 \$ par mois?  Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez : \_\_\_\_\_

8. Répondez à la présente question si vous demandez une assurance Frais généraux.

a) Inscrivez votre part des frais mensuels moyens engagés dans l'exploitation de votre bureau ou entreprise :

*Services publics – électricité, chauffage, eau	_____	\$
Téléphone, services de communication – à l'exception des frais d'interurbain	_____	\$
Salaires et avantages – à l'exception de votre salaire et de celui versé à toute personne exerçant la même profession que vous. (En ce qui concerne la Protection Frais généraux de La PME, inclure uniquement les salaires des employés de soutien dont les tâches ou les connaissances techniques ne procurent pas de revenus à l'entreprise.)	_____	\$
*Loyer	_____	\$
*Si vous êtes propriétaires des lieux, les intérêts plus l'amortissement prévu ou le remboursement du capital de l'hypothèque prévu, selon le montant le plus élevé – indiquez uniquement la part des frais qui s'applique à l'espace servant à l'exploitation de votre bureau ou entreprise.	_____	\$
*Impôt foncier	_____	\$
Autres impôts – taxes d'affaires, charges sociales	_____	\$
Frais de location de l'ameublement ou de l'équipement	_____	\$
Si vous êtes propriétaire de l'ameublement ou de l'équipement, les intérêts plus l'amortissement prévu ou le remboursement du capital du prêt prévu, selon le montant le plus élevé.	_____	\$
Frais de comptabilité et frais juridiques	_____	\$
Frais d'affiliation	_____	\$
Primes d'assurances de l'entreprise	_____	\$
Autres frais fixes mensuels – précisez s'ils sont supérieurs à 10 % du total des frais.	_____	\$
_____	_____	\$
_____	_____	\$
_____	_____	\$
<b>TOTAL DES FRAIS MENSUELS</b>	<b>_____</b>	<b>\$</b>

\*Si le bureau de l'assuré est situé dans sa maison, ces frais de même que tous les autres frais liés à la maison ne sont pas admissibles.

b) Indiquez le nom, la profession et le salaire mensuel des employés dont le salaire est compris ci-dessus.

Salarié	Tâches	Salaire	Salarié	Tâches	Salaire
1.			4.		
2.			5.		
3.			6.		

## CONVENTION, DÉCLARATION, AUTORISATION ET SIGNATURES

- A. L'assuré et le propriétaire, s'il ne s'agit pas de l'assuré, comprennent et acceptent ce qui suit :
1. Toutes les déclarations et toutes les réponses aux questions de la présente proposition qui y sont consignées se rapportent à l'assuré.
  2. Toute majoration de la rente mensuelle demandée est fonction des limites maximales d'établissement et de participation de la Great-West alors en vigueur.
  3. Si la présente proposition est approuvée et qu'une police est établie et entre en vigueur, la protection n'est accordée aux termes de la police que s'il est donné suite à la modification ou au remplacement dont il est convenu à la question 5b) de la page 1.
  4. La clause d'incontestabilité de la police s'appliquera à la majoration de la rente mensuelle demandée à compter de la date d'effet de la majoration de la rente mensuelle.
  5. **La première prime exigée en contrepartie de la majoration de la rente mensuelle demandée doit accompagner la présente proposition.** Par la suite, le mode de paiement de prime en vigueur pour la police s'appliquera à toute majoration de la rente mensuelle découlant de la présente proposition.
  6. La majoration de la rente mensuelle demandée sera assujettie à toutes les modalités de la police et à toute exclusion aux garanties indiquée dans les Conditions particulières en vigueur au titre des Avenants de garantie facultative comportant l'avenant OPR.
- B. L'assuré et le propriétaire, s'il ne s'agit pas de l'assuré, déclarent ce qui suit :
1. Je déclare avoir bien lu les déclarations, les questions et les réponses de la présente proposition et comprends qu'elles formeront la base de la police demandée.
  2. À ma connaissance, les réponses et les déclarations consignées dans la présente proposition sont complètes et exactes. Il est entendu que, advenant le cas où la présente proposition contient des réponses ou des renseignements qui sont faux ou omet de divulguer tout fait important relatif à l'assurance, toute police établie en fonction de la présente peut être annulée.
  3. J'ai lu, je comprends et j'accepte le contenu de la section intitulée « Protection de vos renseignements personnels » qui figure à la première page de la présente proposition. J'accepte également que les renseignements financiers pertinents puissent être partagés au besoin avec les réassureurs aux fins de l'évaluation de ma proposition et de la gestion de la police.
- C. La présente autorisation demeurera valide jusqu'à ce que le ou les soussignés la révoquent par écrit, sous réserve des restrictions juridiques et contractuelles pouvant s'appliquer. Le ou les soussignés reconnaissent être au courant des raisons pour lesquelles les renseignements visés par ce consentement s'avèrent nécessaires, ainsi que des avantages et des risques de consentir ou non à leur communication.

Fait à \_\_\_\_\_ province de \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ année \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DE L'ASSURÉ, S'IL N'EST PAS LE PROPRIÉTAIRE

Le responsable des primes, s'il ne s'agit pas de l'assuré ou du propriétaire, reconnaît et accepte les dispositions de A(5) ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU RESPONSABLE DES PRIMES, S'IL N'EST NI L'ASSURÉ NI LE PROPRIÉTAIRE

Nous pourrions communiquer avec vous pour une entrevue téléphonique.

Numéro de téléphone (indiquez l'indicatif régional) :

Domicile (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Bureau (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Moment qui convient le mieux :  jour  soir heure : \_\_\_\_\_

EN CAS DE CHANGEMENT DU PROPRIÉTAIRE DE LA POLICE, IL FAUT REMPLIR UN FORMULAIRE DE CESSIION DU DROIT DE PROPRIÉTÉ.  
SI L'ADRESSE DU PROPOSANT A CHANGÉ, IL FAUT REMPLIR UN FORMULAIRE DE CHANGEMENT D'ADRESSE.  
COMMUNIQUEZ AVEC VOTRE AGENT POUR OBTENIR LES FORMULAIRES APPROPRIÉS.

### RAPPORT DE L'AGENT

Nom de l'agent/du courtier (en lettres moulées)	N° compte comm. G.-W. (6 chiffres)	Part	Fonds de roulement		
			FRC		FRI
			FRC		FRI
			FRC		FRI
			FRC		FRI

Rapport de l'agence – Paiement de \_\_\_\_\_ \$ reçu le \_\_\_\_\_ (date)  Chèque  Mandat