

Nom du preneur	Prénom du preneur
N° de proposition ou de contrat	

1 IDENTIFICATION DES ENFANTS DE L'AVENANT D'ASSURANCE VIE POUR ENFANTS

Les enfants doivent être ceux de la personne assurée, et ce, en vertu de leur acte de naissance ou par adoption légale. Tous les enfants de moins de 18 ans de la personne assurée doivent être identifiés. Lorsqu'il y a plus de 4 enfants, utiliser autant de questionnaires supplémentaires que nécessaire.

	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance		
				Année	Mois	Jour
Enfant 1	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _	_	_
Enfant 2	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _	_	_
Enfant 3	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _	_	_
Enfant 4	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_ _	_	_

2 CAPITAL ASSURÉ

Capital assuré : _____ \$ Le capital assuré doit être le même pour tous les enfants.

3 RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE

Absence de désignation de bénéficiaire : En l'absence de désignation de bénéficiaire, la prestation prévue sera payable au preneur, s'il est en vie, ou à sa succession.

Bénéficiaire révocable/irrévocable : La désignation de bénéficiaire est révocable à moins d'indication contraire. Au Québec, toutefois, si le preneur désigne la personne à laquelle il est marié ou uni civilement comme bénéficiaire, cette désignation est réputée irrévocable à moins que le preneur n'ait indiqué qu'il souhaite qu'elle soit RÉVOCABLE.

La désignation d'un bénéficiaire irrévocable entraîne des conséquences importantes. Notamment, le consentement de celui-ci sera nécessaire pour le remplacer ou pour effectuer certaines modifications ou transactions. Il est à noter qu'un bénéficiaire irrévocable mineur ne peut consentir à une modification ou à une transaction et ni les parents ni le tuteur ne peuvent signer à cette fin au nom de ce bénéficiaire irrévocable mineur.

Bénéficiaire mineur : À l'extérieur du Québec, si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est recommandé de nommer un fiduciaire. En nommant un fiduciaire, la prestation sera payable au fiduciaire qui la détiendra en fiducie pour le bénéficiaire mineur jusqu'à ce que celui-ci atteigne sa majorité (sans objet au Québec). Tout montant payable à un bénéficiaire devenu majeur sera payable directement à ce dernier. Au Québec, c'est le tuteur du bénéficiaire mineur qui recevra la prestation payable, à moins qu'une fiducie officielle n'ait été créée.

Succession, héritiers légaux, ayants droit : Les expressions « succession », « héritiers légaux » ou « ayants droit » désignent la succession, les héritiers légaux ou les ayants droit du preneur et non ceux de l'enfant.

Nom	Prénom	Date de naissance			Lien avec les enfants (au Québec lien avec le preneur)	Cocher une case	
		Année	Mois	Jour		Révocable	Irrévocable
_____	_____	_ _	_	_	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4 AUTRES ASSURANCES EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE

ENFANT 1

L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

Année et mois d'émission
(cocher si à l'étude)

VIE MG Capital assuré Nom de la compagnie Année Mois À l'étude

_____ \$ _____ | | | | | | | |

ENFANT 2

L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

Année et mois d'émission
(cocher si à l'étude)

VIE MG Capital assuré Nom de la compagnie Année Mois À l'étude

_____ \$ _____ | | | | | | | |

ENFANT 3

L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

Année et mois d'émission
(cocher si à l'étude)

VIE MG Capital assuré Nom de la compagnie Année Mois À l'étude

_____ \$ _____ | | | | | | | |

ENFANT 4

L'enfant détient-il présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) ou l'enfant a-t-il une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

Année et mois d'émission
(cocher si à l'étude)

VIE MG Capital assuré Nom de la compagnie Année Mois À l'étude

_____ \$ _____ | | | | | | | |

5 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

ENFANT 1

L'enfant a-t-il déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année Mois VIE MG Nom de la compagnie Décision Raison

| | | | | | _____ _____ _____

5 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE (suite)

ENFANT 2

L'enfant a-t-il déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	Nom de la compagnie	Décision	Raison
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENFANT 3

L'enfant a-t-il déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	Nom de la compagnie	Décision	Raison
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ENFANT 4

L'enfant a-t-il déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**) ou d'assurance maladies graves (**MG**) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	Nom de la compagnie	Décision	Raison
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

6 RENSEIGNEMENTS NON MÉDICAUX

Répondre à toutes les questions en cochant OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative, fournir des précisions à la section 9 « Renseignements supplémentaires ».

Boissons alcooliques et drogues

6.1 L'enfant a-t-il déjà été suivi, traité ou hospitalisé pour abus de boissons alcooliques ou usage de drogues?

	ENFANT 1		ENFANT 2		ENFANT 3		ENFANT 4	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conduite automobile

6.2 L'enfant a-t-il déjà vu son permis de conduire restreint ou révoqué ou encore, l'enfant compte-t-il 3 infractions ou plus au code de la route?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Envolées aériennes et sports hasardeux

6.3 Au cours des 2 dernières années, l'enfant a-t-il volé en tant que pilote, suivi des cours de pilotage d'avion, fait de la plongée sous-marine, du parachutisme, du deltaplane ou d'autres sports hasardeux ou entend-il faire l'une ou l'autre de ces activités?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Répondre à la question en cochant OUI ou NON. En cas de réponse affirmative :

– Encercler la maladie, l'affection ou la situation concernée.

– Fournir des précisions à la section 9 « Renseignements supplémentaires ».

L'enfant a-t-il déjà été suivi, traité ou hospitalisé pour malformation cardiaque ou cérébrale, diabète, cancer, tumeur, leucémie, trouble des reins, asthme, convulsions, épilepsie, trouble neurologique, dépression, anxiété, trouble du foie, hépatite B ou C ou est-il porteur de l'hépatite B ou C, du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) ou est-il atteint d'une affection liée au SIDA ou a-t-il été testé positif pour le VIH?

	ENFANT 1		ENFANT 2		ENFANT 3		ENFANT 4	
	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8 TAILLE ET POIDS

ENFANT 1

Taille: _____ cm pi/po

Poids: _____ kg lb

ENFANT 2

Taille: _____ cm pi/po

Poids: _____ kg lb

ENFANT 3

Taille: _____ cm pi/po

Poids: _____ kg lb

ENFANT 4

Taille: _____ cm pi/po

Poids: _____ kg lb

9 RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire datée et dûment signée.

Question n°	Nom de l'enfant	Diagnostic, date du diagnostic, dates des consultations, raisons, résultats, hospitalisations, chirurgies, noms et adresses des médecins ou hôpitaux consultés ou tout autre renseignement

10 DÉCLARATION ET SIGNATURES


Je reconnais et conviens que les réponses contenues dans ce questionnaire sont complètes et véridiques.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU PRENEUR

 _____
 Signature du preneur

SIGNATURE DU TUTEUR LÉGal S'IL N'EST PAS LE PRENEUR

 _____
 Signature du tuteur légal s'il n'est pas le preneur

 Nom du tuteur légal s'il n'est pas le preneur (en caractères d'imprimerie)

SIGNATURE DU CONSEILLER

 _____
 Signature du conseiller