

Nom du preneur/assuré	Prénom du preneur/assuré
<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° de contrat	Date d'option (AAAA/MM/JJ)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

1. CONDITIONS D'EXERCICE DE L'OPTION D'ASSURABILITÉ FUTURE

Pour être admissible à l'exercice d'une option d'assurabilité future :

- l'avenant de l'option d'assurabilité future doit être en vigueur ;
- la demande de l'exercice de cette option doit être effectuée au moins soixante (60) jours avant la date d'option susmentionnée ;
- le preneur/assuré ne doit pas être en état d'invalidité au moment de la demande d'exercice de l'option d'assurabilité future et ne doit pas le devenir avant la date d'option susmentionnée ;
- la demande de l'exercice d'une option doit être effectuée au plus tard à l'anniversaire de police le plus rapproché du 55^e anniversaire de naissance du preneur/assuré ;
- des preuves de revenu peuvent être requises.

2. AJOUT DES PRESTATIONS D'INVALIDITÉ TOTALE MENSUELLES

Êtes-vous actuellement invalide? Oui Non Si « oui », l'exercice de cette option ne peut être effectué.

Quel montant de prestations d'invalidité totale mensuelles désirez-vous ajouter (sous réserve des conditions de l'avenant de l'option d'assurabilité future) ? _____ \$

3. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'HISTORIQUE D'ASSURANCE

Autres assurances en vigueur ou à l'étude

Êtes-vous présentement assuré ou avez-vous des propositions à l'étude pour de l'assurance invalidité en cas d'accident ou de maladie (y compris une assurance collective ou syndicale)? Oui Non

Si oui :

Nom de la compagnie	Année d'émission (cocher si à l'étude) É	Prestation mensuelle \$	INVALIDITÉ				Est-ce que les prestations ajoutées demandées remplaceront ce contrat d'assurance?	
			Délai de carence		Période d'indemnisation		Oui	Non
			Accident	Maladie	Accident	Maladie		
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suite à la page suivante

4. RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU REVENU

EMPLOYÉ SALARIÉ	TRAVAILLEUR AUTONOME ET PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE
Revenu annuel de l'année en cours _____ \$	Bénéfice net de l'année en cours _____ \$
Si la police comporte la prestation garantie , fournir les déclarations de revenus des 2 dernières années (provinciale et fédérale pour les résidents du Québec) et passer à la section 5.	Pourcentage des parts de l'assuré dans l'entreprise _____ %
Dans le cas contraire, fournir les renseignements suivants :	Si la police comporte la prestation garantie ou si, à la suite de l'ajout de prestations d'invalidité totale mensuelles, le total des prestations d'invalidité totale mensuelles est égal ou supérieur à 3 000 \$, fournir selon le cas, les déclarations de revenus (T1 générale) et les états financiers de l'entreprise des 2 dernières années ou l'annexe des revenus et dépenses de l'entreprise et passer à la section 5.
Revenu annuel brut gagné des 2 dernières années	Revenu annuel brut gagné des 2 dernières années
Année : _____ _____ \$	Année : _____ * Année : _____ * Revenu d'entreprise annuel brut gagné _____ \$ Frais d'exploitation _____ \$ Dans le cas d'une société incorporée, salaire versé à l'assuré par la société, le cas échéant _____ \$
	* Si moins de 12 mois de revenu gagné, indiquer le nombre de mois où un revenu a été gagné : _____ mois

5. DÉCLARATIONS

Je déclare que toutes les réponses données dans cette demande d'exercice d'option d'assurabilité future sont complètes et véridiques sachant que l'Assureur se base sur celles-ci pour ajouter des prestations d'invalidité totale mensuelles.

Je conviens que toute déclaration incomplète, inexacte, fautive ou mensongère peut entraîner l'annulation des prestations d'invalidité totale mensuelles ajoutées.

Je conviens que si je deviens en état d'invalidité avant la date d'option susmentionnée, l'assureur annulera les prestations d'invalidité totale mensuelles ajoutées.

Je conviens que les autres conditions et dispositions et les conditions générales de la police s'appliquent aux prestations d'invalidité totale mensuelles ajoutées pourvu que ces conditions et dispositions et que ces conditions générales ne soient pas incompatibles avec les clauses des prestations d'invalidité totale mensuelle ajoutées.

Je conviens que ma demande d'exercice d'option d'assurabilité future est sous réserve de l'approbation de l'Assureur.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____

SIGNATURE DU PRENEUR/ASSURÉ

X

Signature du preneur/assuré

SIGNATURE DU CONSEILLER

X

Signature du conseiller