


|                                                                             |                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| <input style="width: 95%;" type="text"/><br>Nom du preneur                  | <input style="width: 95%;" type="text"/><br>Prénom du preneur |
| <input style="width: 95%;" type="text"/><br>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 | _ _ _             | _    | _    |

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

## 2 TAILLE ET POIDS

### 2.1 TAILLE ET POIDS

| ENFANT 1                                                                 | ENFANT 2                                                                 | ENFANT 3                                                                 | ENFANT 4                                                                 |
|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| Taille: _____ <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po | Taille: _____ <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po | Taille: _____ <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po | Taille: _____ <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po |
| Poids: _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb     | Poids: _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb     | Poids: _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb     | Poids: _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb     |

## 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<br>(au Québec lien avec<br>le preneur) | Cocher une case          |                          |
|-------|--------|-------------------|------|------|--------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|       |        | Année             | Mois | Jour |                                                              | Révocable                | Irrévocable              |
| _____ | _____  | _ _ _             | _    | _    | _____                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**4 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

**4.1 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                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ \$       | _____               | _ _ _ | _    | <input type="checkbox"/> |

**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                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ \$       | _____               | _ _ _ | _    | <input type="checkbox"/> |

**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                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ \$       | _____               | _ _ _ | _    | <input type="checkbox"/> |

**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                |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | _____ \$       | _____               | _ _ _ | _    | <input type="checkbox"/> |

## 5 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX



Répondre aux questions en cochant OUI ou NON. En cas de réponse affirmative, fournir des précisions à la section 6 « Renseignements supplémentaires ».

L'un ou l'autre des enfants à être assurés :

|                                                                                                                                                                                                                           | ENFANT 1                 |                          | ENFANT 2                 |                          | ENFANT 3                 |                          | ENFANT 4                 |                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                                                                                                                                                                                           | Oui                      | Non                      | Oui                      | Non                      | Oui                      | Non                      | Oui                      | Non                      |
| a) Présente-t-il une déficience physique ou intellectuelle ou tout autre maladie ou trouble d'ordre congénital ?                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Souffre-t-il ou a-t-il déjà souffert de toute autre maladie ou affection ayant nécessité une hospitalisation, une consultation auprès d'un spécialiste, ou la prise de médicaments pour plus de 14 jours consécutifs ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Enfant de 3 ans ou moins : est-il né prématurément (moins de 36 semaines de grossesse) et présente-t-il un retard de développement ?                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Présente-t-il des signes ou symptômes pour lesquels il n'a pas encore consulté un médecin ou pour lesquels un suivi ou un traitement a été recommandé ?                                                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) S'est-il fait refuser, modifier, annuler, surprimer ou différer une proposition d'assurance ?                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## 6 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, médication ou traitements, hospitalisations, chirurgies, noms et adresses des médecins ou hôpitaux consultés, état actuel ou tout autre renseignement. |
|-------------|-----------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |
| _____       | _____           | _____                                                                                                                                                                                                                               |

## 7 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