

Formulaire de reconnaissance d'assurance

Section 1: Informations sur la convention

No(s) de la (les)
convention(s) :

Nom de l'étudiant :

Section 2: Renseignements sur le souscripteur

Nom du souscripteur :

(M./Mme./Mlle) Prénom

Nom de famille

Nom du co-souscripteur :

(le cas échéant)

(M./Mme./Mlle) Prénom

Nom de famille

Section 5: La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada – Police d'assurance collective n° 83028

a. Renseignements sur la demande et la couverture de l'assurance

La couverture de l'assurance est basée sur l'information relative aux dépôts et à la fréquence des dépôts telle qu'indiquée à la section 3, sous la rubrique Renseignements sur le régime. La prime d'assurance de cette police collective est de 0,17 \$ par tranche de dépôt de 10 dollars au REEE.

Indemnité payable à la suite d'une réclamation acceptée – Assurance vie : Si vous décédez avant l'âge de 65 ans, l'indemnité est constituée du total de tous les dépôts qui deviendraient dus après la date de votre décès, en vertu de votre barème de dépôts. Assurance invalidité : Si vous devenez invalide avant l'âge de 65 ans, au terme d'un délai de carence de 12 mois, l'indemnité est constituée du total des dépôts qui deviendraient dus durant votre période d'invalidité. Dans le cas d'une couverture conjointe, l'indemnité de la police d'assurance sera versée advenant le décès ou l'invalidité du premier d'entre vous.

b. Bénéficiaire

Advenant votre décès ou votre invalidité, l'indemnité sera payable à ce Régime d'Épargne-Études USC particulier. Cela contribuera à assurer la continuation des cotisations à ce régime d'épargne-études. Si vous souhaitez désigner un autre bénéficiaire, veuillez en aviser La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada en téléphonant au 1 877 271-8713.

c. Vous devez savoir qu'aucune indemnité ne sera versée si le décès résulte d'une condition de santé existant préalablement et que le décès survient dans les 24 mois suivant la date où vous avez été assuré. Par condition existant préalablement, on entend une condition de santé pour laquelle vous avez reçu des soins, vous avez consulté ou vous avez reçu un diagnostic ou un traitement (y compris l'administration de médicaments, des injections ou autre médication) d'un médecin ou autre praticien dans les 12 mois précédant la date où vous avez été assuré. Vous recevrez un certificat d'assurance lequel expose les conditions relatives à la couverture d'assurance, y compris l'admissibilité, les exclusions et les avenants régissant le versement des indemnités. Veuillez lire ce certificat attentivement.

d. En apposant votre signature ci-dessous, vous reconnaissez et comprenez que :

- 1) Les réponses données dans cette proposition sont exactes et véridiques.
- 2) La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada, ses agents, ses fournisseurs de services et ses réassureurs peuvent utiliser et échanger les renseignements contenus dans cette demande aux fins de l'assurance du risque, de l'administration et du jugement des réclamations soumises en vertu de la présente demande et de votre couverture en vertu de la police d'assurance collective n° 83028.
- 3) Embark étudiant inc. peut utiliser et échanger les renseignements contenus dans la présente demande avec La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada dans le but d'administrer votre couverture en vertu de la police d'assurance collective n° 83028.
- 4) Vous autorisez Embark étudiant inc. à prélever le coût de votre prime d'assurance sur chaque dépôt tel que calculé et défini dans le prospectus des Embark étudiant inc. Le coût de la prime de cette couverture collective s'élève à 0,17 \$ par tranche de 10 dollars de dépôt admissible, les taxes de vente provinciales sont applicables en sus ; la prime est sujette à changement.
- 5) Nul employé ou représentant de Embark étudiant inc. n'est autorisé à déroger, ajouter ou modifier quelque disposition que ce soit de cette proposition ou certificat d'assurance ou police d'assurance collective n° 83028.
- 6) Une photocopie ou une copie électronique de cette proposition sera considérée au même titre que le document original.
- 7) Vous avez exigé que la présente proposition et tous les documents s'y rattachant soient rédigés en français.

* Un message de l'assureur :

À La Compagnie d'assurance-vie Première du Canada nous avons à cœur la protection de votre vie privée. Tous vos renseignements personnels ainsi que les renseignements relatifs à votre ou vos contrats avec nous, sont sauvegardés dans un dossier confidentiel à nos bureaux. Nous conservons ces dossiers dans le but de vous offrir la protection d'assurance qui contribuera à réaliser vos objectifs financiers. L'accès à vos renseignements personnels est limité aux employés et aux représentants autorisés dans le cadre de l'administration et de la prestation de services de votre ou vos contrats avec nous ou à toute autre personne que vous aurez autorisée. Vous avez le droit de consulter les renseignements contenus dans votre dossier et, le cas échéant, de les corriger en nous faisant parvenir une demande écrite à cet effet. Pour en savoir davantage à propos de notre politique sur la protection de la vie privée et des renseignements personnels, visitez notre site Web au : www.canadianpremier.ca/fr ou téléphonez sans frais au 1 877 271 8713 et demandez qu'on vous fasse parvenir un exemplaire de notre brochure sur la Protection de la vie privée.

Formulaire de reconnaissance d'assurance

Section 6: Reconnaissances

Je (nous) reconnais (reconnaissons) que les primes d'assurance seront prélevées sur les cotisations versées dans la convention nommée à la Section 1, suite au changement de fréquence de dépôt exposé dans le Devis no _____.

Signature du souscripteur

Signature du co-souscripteur

Date (jjmmaaaa)

Date (jjmmaaaa)
