

Proposition de Règlement Vie et Questionnaire

RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE D'ASSURANCE-VIE

Nom Légal de l'assuré*: _____

Assureur: _____ Numéro de Police: _____

Montant du capital assuré: _____ Date d'émission: _____

Avance sur police: _____ Valeur du compte: _____ Valeur de rachat: _____

Paiement de la prime: _____ Fréquence: Annuelle Semi- Annuelle Trimestrielle Mensuelle (*encercler*)

Date du dernier paiement de la prime: _____ Date du prochain paiement de la prime: _____

Type de police: (*encercler*) Temporaire Toute Assurance-Vie Vie Universelle Autre (spécifier) _____

Groupe ou police individuelle: (*encercler*) Groupe Individuelle Groupe converti Date: _____

Nom du(des) bénéficiaire(s): _____

Relation du(des) bénéficiaire(s): _____ Révocable? Oui Non (*encercler*)

Raison de la vente: _____

Quelle est la valeur nominale totale de l'assurance-vie sur la vie de l'assuré qui n'est PAS offert à la vente? _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE* DE LA POLICE

Nom Légal du/des titulaire(s) de la police: _____

Adresse de domicile primaire: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Téléphone à la maison: _____ Autre: _____ Courriel: _____

Relation avec l'assuré: _____ Êtes-vous le titulaire d'origine? Oui Non (*encercler*)

Si **NON**, expliquer quand et de qui vous avez acquis la police: _____

Y a-t-il une ordonnance du tribunal relative à la police? Si **OUI**, expliquez (joindre une copie): _____

Le titulaire a-t-il fait l'objet d'une pétition de faillite? Si **OUI**, joindre une copie: _____

Est-ce que toute autre partie a une réclamation, un droit ou un intérêt relié à cette police d'assurance? Si **OUI**, expliquez _____

Est le titulaire: (*encercler*) Individuel Société Fiducie ou LP Autre (spécifier): _____

Proposition de Règlement Vie et Questionnaire

À REMPLIR SI LE TITULAIRE DU CONTRAT D'ASSURANCE EST (SONT) UN (DES) INDIVIDU(S)

Date de naissance: _____ NAS: _____ Sexe: _____

Relation avec les assurés: _____

État civil: Célibataire Marié Divorcé Veuf Nom du conjoint: _____

Situation de famille: Enfants _____ Sœur(s) _____ Frère(s) _____

Adresse du conjoint: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Téléphone à la maison: _____ Autre: _____ Courriel: _____

Statut d'emploi: **Employé?** Oui Non **Retraite?** Oui Non Emploi: _____

Recevez-vous l'assurance chômage, l'assurance-invalidité ou d'autres paiements? _____

Toute autre personne tient-elle une procuration pour gérer les affaires financières du titulaire? Si **OUI**, s'il vous plaît fournir les informations suivantes:

Nom: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

Pouvoirs conférés: _____

À COMPLETER SI LE TITULAIRE DU CONTRAT EST UNE SOCIÉTÉ, FIDUCIE OU AUTRE ENTITÉ

Nom légal complet et type de l'entité: _____

Juridiction de lieu d'incorporation/organisation : _____ Date d'incorporation/organisation: _____

Nom et titre du contact principal: _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

Noms des actionnaires ou des bénéficiaires d'une fiducie ou des commanditaires

Proposition de Règlement Vie et Questionnaire

Noms des administrateurs ou des fiduciaires ou Gérants et agents

Administrateurs/Fiduciaires/Gérants (noms):

Officiers (noms, titres):

Proposition de Règlement Vie et Questionnaire

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DE L'ASSURÉ

Nom Légal de l'Assuré: _____

Date de naissance: _____ NAS: _____ Sexe: _____

Adresse de domicile primaire: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Téléphone à la maison: _____ Autre: _____ Courriel: _____

Toute autre personne tient-elle une procuration pour gérer les affaires personnelles de l'assuré ou de prendre des décisions de soins de santé pour le compte de l'assuré? Si **OUI**, s'il vous plaît fournir les informations suivantes:

Nom: _____

Adresse: _____ Téléphone: _____

Pouvoirs conférés: _____

État civil: Célibataire Marié Divorcé Veuf-Veuve Nom du conjoint: _____

Situation de famille: Enfants _____ Sœur(s) _____ Frère(s) _____

INFORMATIONS SUR LA SANTÉ DE LA PERSONNE ASSURÉE

L'Assuré a-t-il fumé des cigarettes, cigares ou pipes ou un autre type de tabac au cours des 24 derniers mois? Oui Non
Si **OUI**, s'il vous plaît décrire: _____

L'Assuré a-t-il consommé des boissons alcoolisées? Oui Non
Si **OUI**, s'il vous plaît décrire: _____

Fréquence: (*Indiquer la fréquence*) _____ x Quotidienne _____ x Hebdomadaire _____ x Mensuelle

Occasionnellement (spécifier) _____

L'Assuré a-t-il déjà subi un traitement d'alcoolisme ou de toxicomanie? Oui Non
Si **OUI**, s'il vous plaît décrire: _____

L'Assuré s'est-il déjà vu refuser ou modifier une demande d'assurance vie ou d'assurance maladie? Oui Non
Si **OUI**, s'il vous plaît décrire: _____

Fournir s'il vous plaît une brève description de l'état de santé de l'assuré: _____

Décrire s'il vous plaît l'état de santé primaire de l'assuré: _____

Proposition de Règlement Vie et Questionnaire

Quand les conditions médicales primaires de l'assuré ont-elles été diagnostiquées? _____

Décrire s'il vous plaît les conditions médicales secondaires de l'assuré: _____

Quand les conditions médicales secondaires de l'assuré ont-elles été diagnostiquées? _____

Médicaments: (Indiquer s'il vous plaît le nom et le dosage. Joindre une liste si vous avez besoin d'espace supplémentaire).

Père: Âge _____ Décédé? Oui Non Si **OUI**, lister la cause et l'âge au moment du décès _____

Mère: Âge _____ Décédée? Oui Non Si **OUI**, lister la cause et l'âge au moment du décès _____

Frère 1: Âge _____ Décédé? Oui Non Si **OUI**, lister la cause et l'âge au moment du décès _____

Sœur 1: Âge _____ Décédée? Oui Non Si **OUI**, lister la cause et l'âge au moment du décès _____

Frère 2: Âge _____ Décédé? Oui Non Si **OUI**, lister la cause et l'âge au moment du décès _____

Sœur 2: Âge _____ Décédée? Oui Non Si **OUI**, lister la cause et l'âge au moment du décès _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉDECIN

Médecin Traitant Principal (nom): _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ Autre: _____ Courriel: _____

Médecin(s) Spécialiste (nom et spécialité): _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ Autre: _____ Courriel: _____

Médecin(s) Spécialiste (nom et spécialité): _____

Adresse: _____

Téléphone: _____ Autre: _____ Courriel: _____

**SI VOUS AVEZ DES ASSURÉS SUPPLÉMENTAIRES, JOINDRE S'IL VOUS PLAÎT DES FEUILLES
ADDITIONNELLES COMPRENANT LES MÊMES INFORMATIONS**

Proposition de Règlement Vie et Questionnaire

En signant ci-dessous, les signataires représentent, garantissent et reconnaissent que d'après les informations qu'ils détiennent, toutes les données incluses dans cette requête, en pièce attachée ou transmises à Perisen Life Settlements Corporation I Inc. (« Acheteur »), ses partenaires et / ou conseillers de quelque autre façon sont vraies, complètes et non trompeuses; et ils informeront l'Acheteur des changements matériels de toute information incluse dans ce document, en pièce attachée ou transmise de quelque autre façon aussitôt que possible après avoir été mis au courant de ces changements.

De plus, les signataires de cette requête représentent, garantissent et reconnaissent que la/les police(s) d'assurance-vie à laquelle / auxquelles ils font référence dans cette requête a / ont été obtenue(s) légalement; et d'après les informations qu'ils détiennent, toutes les données incluses dans cette requête, sont vraies, complètes et non trompeuses.

Toute personne qui présente consciemment une information erronée, qui dissimule de l'information dans le but de tromper, ou qui commet un acte frauduleux dans une requête pour assurance ou pour un contrat de règlement d'assurance-vie, s'expose à des sanctions criminelles ou civiles.

SIGNATURES

Signature du **titulaire** de la police: _____ Date: _____

Nom: _____

Témoïn: _____ Nom: _____

Signature du **conjoint** du titulaire de la police: _____ Date: _____

Nom: _____

Témoïn: _____ Nom: _____

Signature de **l'assuré**: _____ Date: _____

Nom: _____

Témoïn: _____ Nom: _____

INFORMATIONS À FOURNIR AU TITULAIRE DE LA POLICE. LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE SIGNER.

Important – Vous devez lire attentivement l'information ci-dessous avant de soumettre une requête de règlement d'assurance-vie, et demander l'aide d'un expert quand cela est nécessaire.

1. Il existe des alternatives au processus de vente d'une assurance-vie, que vous préférerez peut-être. Certaines alternatives, quand cela s'applique, sont (a) d'emprunter contre la valeur monétaire de la police, (b) d'abandonner la police pour sa valeur monétaire et (c) de bénéficier des avantages de décès accéléré qui peuvent être disponibles dans le cadre de votre police. Vous pouvez obtenir de l'information au sujet de ces alternatives directement de l'assureur qui a émis votre police.
2. Une partie ou la totalité des recettes de la vente de votre police peut être taxable. Vous devriez obtenir des conseils à ce sujet de vos conseillers légaux, financiers et professionnels en matière d'impôts.
3. Les recettes de la vente peuvent être sujettes à des revendications par des créanciers, des représentants personnels, des administrateurs judiciaires et des receveurs en cours provinciales et fédérales. Vous devriez obtenir des conseils à ce sujet de vos conseillers légaux et financiers.
4. La réception des recettes de la vente peut avoir un impact défavorable sur votre éligibilité pour des programmes gouvernementaux, des bénéfices ou des droits; et peut engendrer une interruption de ce genre de bénéfices d'assistance publique. La réception des recettes de la vente peut diminuer le risque que vous deveniez appauvri et dépendant de l'assistance publique ou d'autres bénéfices ou droits gouvernementaux. Vous devriez obtenir des conseils à ce sujet d'agences gouvernementales appropriées et de vos conseillers légaux et financiers.
5. Vous avez quinze (15) jours calendaires après la date de réception des recettes de vente pour annuler un contrat de règlement d'assurance vie.
6. Les recettes des ventes vous seront envoyées dans les cinq (5) jours ouvrables après que l'assureur ou l'administrateur de groupe ait reconnu auprès du fournisseur du règlement d'assurance vie que la possession de la police ou de l'intérêt dans le certificat a été transférée et que le bénéficiaire a été désigné en accord avec les conditions du contrat de règlement d'assurance vie. Si les recettes de la vente ne vous sont pas remises dans les temps susmentionnés, l'Entente peut devenir révoquant par vous-même pour cause de manque de considération, jusqu'au moment où les recettes de la vente vont sont remises et acceptées par vous-même.
7. Le fait d'être signataire d'un contrat de règlement d'assurance vie peut empêcher l'assuré d'être éligible pour une nouvelle couverture d'assurance vie dans le futur et peut engendrer d'autres droits ou bénéfices, incluant des droits de conversion et des exemptions des bénéfices des primes qui peuvent exister au sein de la Police, à être confisqués par vous-même. Vous devriez obtenir des conseils à ce sujet d'un conseiller financier ou d'une autre partie indépendante professionnelle qualifiée et experte en la matière.
8. Si un Conseiller est impliqué dans la transaction de règlement d'assurance vie, un Conseiller vous représente à vous exclusivement, et non l'Assureur ou toute autre personne, et vous doit un standard d'attention pour agir dans votre meilleur intérêt, et un devoir d'agir en accord avec vos instructions. Vous devez être conscient que dans certaines circonstances le Conseiller recevra une compensation de Perisen Life Settlements Corporation I Inc. ou ses affiliés (collectivement « l'Acheteur »), mais le Conseiller n'est pas affilié à l'Acheteur.
9. Suite à l'exécution du contrat de règlement d'assurance vie, l'assuré peut être contacté par l'Acheteur, le fournisseur de règlement d'assurance vie ou courtier en règlement d'assurance vie, ou le représentant autorisé de l'un ou l'autre, dans le but de déterminer le statut de santé de l'assuré et de confirmer l'adresse de l'assuré. Cette communication sera limitée à une fois les trois (3) mois.
10. L'Acheteur n'a d'affiliation avec aucune compagnie d'assurance.
11. L'Acheteur est tenu de divulguer le nom, l'adresse professionnelle, le numéro de téléphone et l'adresse courriel du parti qui fournit les services de blocage pour le contrat de règlement d'assurance vie. Cette divulgation sera faite au moment où le contrat de règlement d'assurance vie doit être signé par vous-même. Vous avez le droit de recevoir et inspecter une copie de l'entente de blocage pertinente.
12. Votre police d'assurance vie fournit une protection financière à vos bénéficiaires. Si vous nous vendez votre police, vos bénéficiaires n'auront plus cette protection. Avant de vendre votre police, vous devez prendre en considération le degré de nécessité de cette protection. Un changement de titulaire pourrait limiter dans l'avenir la capacité de l'assuré à acheter une assurance future sur sa vie/une assurance vie future parce qu'il existe une limite à l'ampleur de la couverture émise par les assureurs sur une même vie. D'autres options financières peuvent être disponibles dans votre cas. Pour plus d'informations, veuillez consulter votre conseiller financier ou votre compagnie d'assurance.
13. En plus de la perte de couverture sur l'assuré, si votre police d'assurance vie est une police commune ou si elle inclut des membres additionnels de votre famille ou d'autres dispositions assurant la vie d'un conjoint, de personnes à votre charge ou de toute personne autre que l'assuré, la couverture pour ces assurés supplémentaires sera perdue, et vous devrez consulter votre courtier d'assurance pour avoir des conseils concernant les implications.

14. Vous serez dans un processus de vente et de transfert de tous les droits liés à toute prestation de décès, tous les bénéfices additionnels d'assurabilité garantis, tous les bénéfices de décès accidentel et de démembrement et tout autre avantage et bénéfice fourni par votre police d'assurance vie.
15. Suite à l'intervention d'un règlement d'assurance vie, L'Acheteur pourrait attribuer/céder ou transférer ses intérêts relatifs à la police d'assurance vie ou au contrat de règlement d'assurance vie en question à un tiers.

TITULAIRE DE LA POLICE

Signature: _____

Nom: _____

Date: _____

INFORMATIONS À FOURNIR AU TITULAIRE - LIRE ATTENTIVEMENT AVANT DE SIGNER

Important – Vous devez lire attentivement l’information ci-dessous avant de signer cette entente et demander conseil au besoin.

1. Suite à l’exécution du contrat de règlement d’assurance vie, L’Acheteur ou son représentant autorisé pourrait vous contacter dans le but de déterminer votre état de santé et de confirmer votre adresse. Cette communication sera limitée à une fréquence trimestrielle (une fois tous les trois (3) mois). Vous pouvez désigner tout autre individu majeur, qui est en contact régulier avec vous en tant que personne contact pour des demandes de renseignements au sujet de votre santé ou de votre statut médical.
2. Un changement de titulaire de la police d’assurance vie assurant votre vie pourrait limiter dans l’avenir votre capacité à acheter une assurance future sur votre vie/une assurance vie future parce qu’il existe une limite à l’ampleur de la couverture émise par les assureurs sur une même vie. D’autres options financières peuvent être disponibles. Pour plus d’informations, veuillez consulter votre conseiller financier ou votre compagnie d’assurance.
3. Toute information médicale, financière ou personnelle sollicitée ou obtenue par un Fournisseur de Règlement d’Assurance Vie ou un Courtier de Règlement d’Assurance Vie au sujet d’un assuré, incluant l’identité de l’assuré ou l’identité de membres de sa famille, de son conjoint ou de toute autre personne qui lui est rattachée, pourrait être divulguée puisqu’elle est nécessaire à la mise en application du contrat de règlement d’assurance vie entre le titulaire et le fournisseur. Si l’on vous demande de fournir cette information, vous serez tenus de consentir à la divulgation. L’information pourrait être fournie à quelqu’un qui achète la police ou fournit des fonds pour son acquisition. On pourrait vous demander de renouveler votre permission de partage d’information tous les deux ans.
4. En plus de la perte de couverture sur votre vie, si la police est une police commune ou si elle inclut des membres additionnels de votre famille ou d’autres dispositions assurant la vie d’un conjoint, de personnes à votre charge ou de toute personne autre que l’assuré, la couverture pour ces assurés supplémentaires sera perdue, et vous devrez consulter l’assureur ou le producteur/l’émetteur de votre assurance pour avoir des conseils concernant le règlement d’assurance vie proposé.
5. Toute personne qui soumet une requête pour un contrat de règlement d’assurance vie en ayant volontairement l’intention de frauder un fournisseur de règlement d’assurance vie ou une autre personne; toute personne qui fait une déclaration contenant une information matériellement erronée; et toute personne qui dissimule dans un but trompeur des informations concernant des faits qui leur sont matériels, commet un acte frauduleux de règlement d’assurance vie, soit un crime, et s’exposera à une sanction civile qui ne dépassera pas cinq mille dollars et la valeur déclarée de la demande pour toute violation de ce type.
6. Aucune information médicale, financière ou personnelle ne peut être divulguée sans votre consentement.

ASSURÉ(E)

Signature: _____

Nom: _____

Date: _____

CONSENTEMENT À DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Perisen Life Settlements Corporation I Inc. ("l'Acheteur") collecte, conserve, utilise et divulgue votre information personnelle pour nous permettre de fournir aux postulants/requérants les services demandés et offerts, dans le but de respecter des exigences réglementaires et légales, et pour toute autre fin pour laquelle vous donnerez votre consentement dans le futur. De plus, nous collectons vos informations personnelles de votre Requête de Règlement d'Assurance Vie, de formulaires et questionnaires supplémentaires et des sources variées.

L'information collectée des sources susmentionnées sert à faciliter la vente potentielle de votre police d'assurance vie (ci-après dénommée « Règlement d'Assurance Vie »).

Votre Numéro d'Assurance Sociale ne sera utilisé que pour des fins d'identification. Vos informations personnelles pourront être divulguées à des tiers ou des autorités réglementaires au besoin, à nos affiliés reliés aux services fournis, et peuvent être autrement divulguées aux agents et employés de Perisen. Vos informations peuvent être utilisées, conservées ou consultées en sécurité dans d'autres pays et peuvent être soumises aux lois de ces pays. Par exemple, des informations personnelles peuvent être divulguées suite à des demandes ou requêtes d'autorités gouvernementales, de tribunaux, ou de représentants de la loi/responsables de l'application des lois dans ces pays.

En signant et soumettant cette requête en votre propre nom, vous donnez l'autorisation de collecter, conserver, utiliser et divulguer vos informations personnelles tel que décrit dans votre Requête de Règlement d'Assurance Vie soumise à Perisen.

À la réception de votre Requête de Règlement d'Assurance Vie, L'Acheteur établira et conservera un dossier comprenant vos informations personnelles à notre siège social. Votre dossier ne sera accessible qu'aux employés et représentants autorisés de L'Acheteur qui seront responsables d'administrer votre dossier; ainsi que d'autres personnes autorisées par vous-même ou par la loi. À titre d'exception accordée au sein d'une législation applicable, vous pourriez accéder à votre dossier et demander à apporter des corrections à vos informations personnelles en faisant parvenir une demande par écrit à Perisen Life Settlements Corporation I Inc., 100 rue Wellington O., Bureau 2101, Toronto, Ontario M5K 1J3. Vos informations personnelles seront collectées, utilisées, divulguées, partagées et traitées tel que décrit dans ce document ou autrement décrit avant ou au moment de la collection, de l'utilisation ou de la divulgation, ou tel qu'autrement permis par la loi.

AUTORISATION LIÉE AUX INFORMATIONS PERSONNELLES

J'ai/Nous avons lu et entièrement compris le contenu de l'Avis Concernant la Collecte, la Conservation, l'Utilisation et la Divulgation d'Informations Personnelles et reconnais/reconnaissons mon/notre consentement accordé à la collecte, la conservation, l'utilisation et la divulgation de mes/nos informations personnelles par Perisen et ses affiliés, pour les fins identifiées ci-dessus.

À des fins d'évaluation du risque, d'investigation et d'analyse des pertes, j'autorise/nous autorisons et dirigeons tout médecin, pratiquant dans le domaine de la santé, dans un hôpital, dans une clinique ou dans toute autre entité médicale, tout pharmacien, toute agence publique des soins de santé, tout fournisseur des soins de santé, toute compagnie d'assurance ou tout réassureur, le Bureau des Renseignements Médicaux, des investigateurs, des agences de consommateurs ou d'évaluation de crédit, des autorités responsables des conducteurs et des véhicules à moteur, au sein de toute juridiction pertinente ou toute autre organisation, institution, association ou personne, qui détient à présent ou peut détenir dans le futur toute information me/nous concernant ou concernant ma/notre santé, à divulguer à Perisen, ses représentants autorisés et ses affiliés, à la demande de Perisen, toute information de ce type.

Signé à _____ dans la Province de _____ à _____

Signature de l'Assuré(e) _____

Signature du titulaire de la police (si autre que l'assuré) _____

Si le titulaire du contrat est une société, un partenariat, une fiducie ou autre entité

Nom et Titre _____

Témoin _____

AUTORISATION À FOURNIR DES RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE

À Qui De Droit:

Je / Nous soussigné(e)(s) donne par la présente l'autorisation à

L'Assureur: _____

De fournir à Perisen Life settlements Corporation I Inc. et ses affiliés, successeurs, agents ou représentants (collectivement "l'Acheteur") toutes les informations sur les polices d'assurance-vie énumérées ci-dessous, incluant, mais sans s'y limiter, ce qui suit:

- Une copie de la police d'assurance ainsi que la requête d'assurance
- Tout avenant s'y rapportant, les relevés annuels, la confirmation de couverture, toute autre information et document, tout formulaire de changement de titulaire ou de bénéficiaire et tout formulaire de cession
- Les informations relatives aux primes et illustrations et projections
- Les informations sur le prêt

Ainsi toute autre information ou documentation que l'Acheteur pourrait demander. Cette autorisation demeurera en vigueur jusqu'à sa révocation par écrit de ma/notre part.

Numéro(s) de Police: _____

Nom Légal de l'**Assuré(e)**: _____

Nom Légal du **Titulaire de la police**: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

Adresse: _____

SIGNATURES

Nom Légal du **Titulaire de la police**: _____

Signature du **Titulaire de la police**: _____ Date: _____

Société, partenaire, fiducie ou autre entité (le cas échéant):

Nom de l'entité: _____

Nom et titre de l'agent: _____

Signature: _____ Date: _____

Témoin: _____

Téléphone: _____ Courriel: _____

Signature: _____ Date: _____