

Brève remise en vigueur d'une police

N° de police:

Objet	Utilisez ce formulaire pour demander une remise en vigueur de votre police. Ce formulaire sera accepté s'il est reçu dans les premiers 30 jours de la date de déchéance.
--------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Explication des termes	<p><i>Financière Foresters™, assureur et nous</i> désignent L'Ordre Indépendant des Forestiers ou Foresters, compagnie d'assurance vie. <i>Vous et votre/vos</i> désignent le ou les propriétaires remplissant et signant le présent formulaire, sauf indication contraire. <i>Police</i> désigne une rente, une police ou un certificat établi par un assureur et comprend tous les avenants qui s'y rattachent. <i>Propriétaire</i> comprend le propriétaire de la police, le créancier de la cession absolue et le rentier.</p> <p>Le numéro d'assurance sociale s'abrège en NAS et le numéro d'identification fiscale, en NIF.</p>
-------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

1. Renseignements sur le propriétaire de la police

Renseignements sur le propriétaire actuel de la police	Nom du propriétaire n° 1 (prénom, initiales et nom de famille)		
	<input type="text"/>		
	NAS/NIF	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	N° de téléphone principal
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nom du propriétaire n° 2 (le cas échéant) (prénom, initiales et nom de famille)		
	<input type="text"/>		
	NAS/NIF	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	N° de téléphone principal
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. Renseignements sur la personne assurée

Renseignements sur la personne actuellement assurée	Nom de la personne assurée n° 1 (prénom, initiales et nom de famille)		
	<input type="text"/>		
À ne remplir que si elle n'est pas le propriétaire de la police	NAS/NIF	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	N° de téléphone principal
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Nom de la personne assurée n° 2 (le cas échéant) (prénom, initiales et nom de famille)		
	<input type="text"/>		
	NAS/NIF	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	N° de téléphone principal
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Paiement

La méthode de paiement actuelle reprendra. Si vous souhaitez apporter des modifications à la méthode de paiement actuelle, veuillez remplir le formulaire 413648	Montant soumis dans la présente proposition:
	<input type="text"/>

4. Mode de vie et antécédents médicaux

4.1 Question de mode de vie et questions médicale pour la personne assuré 1	1 a. Etes vous et les personnes a votre charge (si vous etes assure en vertu de cette police a la date d'expiration) en bonne santé?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
*Dans cette partie, vous désigne la personne assurée	En cas contraire, veuillez nous fournir des détails:	<input type="text"/>
	b. Etes vous et les personnes a votre charge (si vous etes assure en vertu de cette police a la date d'expiration) Libre de handicaps?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
	En cas contraire, veuillez nous fournir des détails:	<input type="text"/>

4. Mode de vie et antécédents médicaux (suite)

	<p>2. Avez vous et les personnes a votre charge (si vous etes assure en vertu de cette police a la date d'expiration) été malade ou a subi un accident depuis la date d'émission de la police?</p> <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Si c'est le cas, veuillez nous fournir des détails :</p> <input type="text"/>	
<p>4.2 Question de mode de vie et questions médicale pour la personne assuré 2</p> <p>*Dans cette partie, vous désigne la personne assurée</p>	<p>1 a. Etes vous et les personnes a votre charge (si vous etes assure en vertu de cette police a la date d'expiration) en bonne santé?</p> <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>En cas contraire, veuillez nous fournir des détails: <input type="text"/></p> <p>b. Etes vous et les personnes a votre charge (si vous etes assure en vertu de cette police a la date d'expiration) Libre de handicaps?</p> <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>En cas contraire, veuillez nous fournir des détails: <input type="text"/></p> <p>2. Avez vous et les personnes a votre charge (si vous etes assure en vertu de cette police a la date d'expiration) été malade ou a subi un accident depuis la date d'émission de la police?</p> <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>Si c'est le cas, veuillez nous fournir des détails :</p> <input type="text"/> <p>3 a. Avez vous et les personnes a votre charge (si vous etes assure en vertu de cette police a la date d'expiration) Consulté un medecin depuis la date d'emission de la police?</p> <p style="text-align: right;"><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p> <p>b. Nom et adresse du médecin le cas échéant:</p> <input type="text"/> <p>c. Date de la consultation:</p> <input type="text"/> <p>d. Motif de la consultation:</p> <input type="text"/> <p>e. Résultats de la consultation :</p> <input type="text"/>	

4. Mode de vie et antécédents médicaux (suite)

4. Avez-vous changé d'emploi depuis la date d'établissement de la police?

Oui Non

Si c'est le cas, quelle est votre profession actuelle?:

5. Avez-vous fumé des cigarettes ou des produits du tabac depuis deux ans?

Oui Non

5. Ententes et autorisations

Veillez lire cette partie avant de signer

Je soussigné, la personne assurée ou le propriétaire, demande par la présente qu'on envisage la possibilité de remettre ma police en vigueur et j'accepte de payer la prime que je n'ai pas payée et ainsi de remettre ladite police pleinement en vigueur. Si cette remise en vigueur s'applique à mon assurance accident et santé ou à mon assurance hospitalisation, il est entendu par la présente que, dès que la présente proposition sera approuvée, seules seront couvertes les pertes résultant d'une blessure accidentelle subie après la date de la remise en vigueur ou toute perte encourue en raison d'une maladie qui s'est déclarée plus de dix (10) jours après cette date.

De plus, je déclare avoir répondu aux questions précédentes au meilleur de mes connaissances et de mes capacités, et que mes réponses ne constituent pas une garantie que ma proposition sera acceptée.

6. Signatures

Signature du ou des propriétaires

Initial

Si le propriétaire est une société, il faut que deux de ses dirigeants apposent leur signature ou qu'un seul le fasse, s'il dispose du sceau social. Si vous êtes le seul signataire autorisé et qu'il n'y a pas de sceau social, veuillez signer ci-dessous et parapher ici afin de confirmer.

Propriétaire n° 1 – nom et titre en caractères d'imprimerie
(si vous êtes le signataire autorisé d'une société)

Signature du propriétaire n° 1

Ville, Province/Territoire

Date (jj/mm/aaaa)

Propriétaire n° 2 – nom et titre en caractères d'imprimerie
(si vous êtes le signataire autorisé d'une société)

Signature du propriétaire n° 2

Ville, Province/Territoire

Date (jj/mm/aaaa)