

**Formulaire de demande de couverture pour invalidité résultant d'un accident ou d'une maladie grave**

**RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE LA POLICE**

Nom du titulaire de la police			
Adresse	Ville	Province	Code postal
Personne-ressource		Numéro de téléphone	
Adresse électronique			
Nature de l'activité de l'entreprise			
Date d'entrée en vigueur souhaitée		Si vous souhaitez antidater la couverture, veuillez cocher cette case pour confirmer l'absence de demande d'indemnisation.	
Veuillez indiquer toute filiale ou entreprise associée qui prendra part à la couverture.			

**RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE**

Couverture demandée	Nombre de personnes couvertes
Taux mensuel	Prime estimée

**AUTORISATION ET DÉCLARATION**

Je reconnais et conviens que le devis fait partie intégrante de la présente demande. Je déclare que les énoncés et les réponses fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, véridiques et complets. Je reconnais et conviens (i) que la présente demande fera partie intégrante de toute police émise, (ii) qu'aucun renseignement transmis à Sutton Special Risk (« Sutton ») ne la rendra contraignante, sauf en cas d'accord écrit d'un représentant autorisé de Sutton, (iii) qu'aucune exemption ou modification ne liera Sutton, sauf en cas d'accord écrit d'un représentant autorisé de Sutton, (iv) que le reçu et le dépôt de votre prime initiale ne constitue pas l'acceptation de notre responsabilité, et (v) que nous pouvons annuler toute police émise si vous avez dissimulé ou dénaturé tout fait ou toute circonstance d'ordre substantiel.

---

Signature \_\_\_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

---

Titre \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**AUTORISATION ET DÉCLARATION**

Au nom de \_\_\_\_\_, je reconnais et comprends que l'assurance collective que nous avons convenu de souscrire auprès de Sutton ne constitue pas une police d'assurance classique pour invalidité de longue durée.

La couverture est limitée aux termes de la police. Les employés seront seulement admissibles à des prestations s'ils sont atteints ou reçoivent le diagnostic d'une affection visée, et définie, s'il y a lieu, par la police. Aucune couverture ne s'appliquera si l'invalidité résulte de toute autre maladie ou affection. Les primes de la police tiennent compte des limites de ladite couverture.

Je possède l'autorité nécessaire pour lier \_\_\_\_\_ et reconnais que les limites et implications de la couverture demandée nous ont été clairement expliquées et que nous les comprenons et les acceptons.

---

Signature

Date

---

Nom

---

Titre

---

Signature du témoin

Date

---

Nom du témoin

---

Titre