



LE COMMUNAUTAIRE, C'EST POUR LA VIE

Proposition Assurance Fondation

Fondation (propriétaire et bénéficiaire irrévocable)

Nom : Fondation communautaire du Saint-Maurice (FCSM)

Adresse : 90 rue des Casernes, Trois-Rivières, G9A 1X2 Tél : 819-376-1000

Fonds de la FCSM auquel le montant d'assurance est destiné : _____

DONATEUR (assuré)

Nom : _____ Sexe : Homme Femme

Adresse : _____

Téléphone : _____ Date de naissance : ___ / ___ / _____ Âge : _____

QUESTIONS D'ASSURABILITÉ

Au cours des deux dernières années, vous a-t-on prescrit un traitement ou avez-vous reçu des soins, consulté, été diagnostiqué ou eu des symptômes relatifs à l'un ou l'autre des troubles suivants :

- Infarctus, angine de poitrine, arythmie cardiaque ou toute autre maladie cardiaque ? Oui Non
- Cancer (quelle que soit la localisation) ? Oui Non
- Sida ou parasida ? Oui Non
- Emphysème, asthme sévère, hémoptysie (crachement de sang) ou maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ? Oui Non

Si la réponse est Oui à l'une ou l'autre des questions, le donateur n'est pas admissible à l'assurance.

DON (chèque ci-joint)

Montant du don : _____ Montant d'assurance : _____
Consulter le tableau des primes Par tranche de 1 000 \$ (max 5 000 \$)

DÉCLARATIONS

Je déclare que les réponses aux questions et tous les renseignements fournis ci-dessus sont complets et véridiques et servent de base au contrat d'assurance demandé.

J'autorise la FCSM à souscrire une assurance sur ma vie auprès de **UV Mutuelle** au montant inscrit sur le présent formulaire. Je conviens également que cette assurance est sujette aux conditions de la police émise par **UV Mutuelle**.

Restriction : le donateur ne peut être couvert pour un montant d'assurance supérieur à 5 000\$ en vertu de tous les contrats de ce type souscrits par différents organismes de bienfaisance auprès de UV Mutuelle ; si tel était le cas, **UV Mutuelle** ne paierait que 5 000\$ lors du décès et rembourserait aux organismes de bienfaisance les primes uniques excédentaires, sans intérêt.

X _____
SIGNATURE DU DONATEUR (ASSURÉ)

_____ DATE

_____ NOM DU SOUSCRIPTEUR BÉNÉVOLE

X _____
SIGNATURE DU SOUSCRIPTEUR BÉNÉVOLE

LISE BEAULIEU
NOM DE LA REPRÉSENTANTE AUTORISÉE DE LA FCSM

X _____
SIGNATURE DE LA REPRÉSENTANTE DE LA FCSM