



Formulaire de collecte de données

POUR LES PRODUITS À
ÉMISSION SIMPLIFIÉE

Ce document a pour but de recueillir des données sur la personne à assurer afin de les saisir dans l'application électronique Lia.
Ceci n'est pas une proposition - ne pas soumettre.

1**PERSONNE À ASSURER**

Nom	Prénom	Nom de famille	Nom à la naissance (si différent du nom de famille)
Adresse	N°	Rue	App. Case postale
	Ville	Province/Territoire	Code postal
Date de naissance	Province de naissance:	Statut actuel de résidence au Canada:	
	Pays de naissance:	☐ Canadien(ne) ☐ Résident(e) permanent(e) ☐ Autre (précisez) _____	
	Date de naissance*: _____ JJ / MM / AAAA	Sexe: ☐ M ☐ F	Si autre, indiquez la date d'arrivée au Canada: _____ JJ / MM / AAAA
	Âge: _____ (au plus proche anniversaire)	Numéro d'assurance sociale	
Coordonnées	Téléphone		Courriel
Statut fumeur	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de produits du tabac ou de la nicotine, y compris, sans s'y limiter, des cigarettes, gros cigares (plus de 12), cigarillos, marijuana ou cannabis mélangé avec du tabac, cigarettes électroniques, dispositifs de vapotage, gommes, timbres, tabac à mâcher, tabac à priser, noix de bétel, chicha ou pipe à eau (hookah)?		
	☐ Non ☐ Oui		

*Veuillez vérifier la date de naissance de la personne à assurer au moyen d'une pièce d'identité originale.

2**PROPRIÉTAIRE**

Information du propriétaire	Propriétaire est: ☐ Personne à assurer ☐ Autre (Personne morale ou personne autre que la personne à assurer mentionnée ci-dessus)		
	Prénom	Nom de famille	Lien avec la personne à assurer
	N°	Rue	App. Case postale
	Ville	Province/Territoire	Code postal
	Date de naissance _____ JJ / MM / AAAA	Sexe: ☐ M ☐ F	Numéro d'assurance sociale
	Téléphone		Courriel
Personne morale	Si le propriétaire est une personne morale (corporation, société, etc.), remplissez la section ci-dessous		
	Nom de la personne morale		Numéro d'entreprise (NE ou NEQ)
	Noms des administrateurs de la société:	Nom complet	Nom complet
		Nom complet	Nom complet
	Indiquez les noms des personnes autorisées à signer pour la personne morale et leur titre:	Nom	Titre d'emploi
		Nom	Titre d'emploi

Selon la partie XVIII et partie XIX de la Loi de l'impôt sur le revenu, les institutions financières canadiennes doivent recueillir les renseignements que vous fournissez sur ce formulaire pour déterminer si elles doivent signaler l'existence de votre compte financier à l'Agence du revenu du Canada (ARC). L'ARC peut communiquer ces renseignements au gouvernement d'une juridiction étrangère dont vous êtes résident aux fins de l'impôt, ou au gouvernement des États-Unis si vous êtes citoyen de ce pays. Vous pouvez demander à votre institution financière si elle a signalé l'existence de votre compte financier à l'ARC et quels renseignements elle lui a fournis.

Pour une personne morale, veuillez compléter le formulaire RC519 disponible dans notre Centre de documentation sur le Coin du conseiller.

Sélectionnez tout ce qui s'applique :

☐ Le propriétaire est un résident ou résidente du Canada aux fins de l'impôt.	
☐ Le propriétaire est un résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou de citoyenneté américaine.	
Numéro d'identification fiscal (NIF) des États-Unis :	
Si le propriétaire n'a pas de NIF des États-Unis, il devra faire une demande de NIF dans les 90 jours suivant la soumission de la proposition. Une fois que le NIF est reçu, le propriétaire s'engage-t-il à le fournir à Assomption Vie dans les 15 jours suivant sa réception ? <i>Si le propriétaire n'accepte pas de suivre les exigences de l'ARC, il ne peut continuer le processus de demande.</i>	☐ Oui ☐ Non
☐ Le propriétaire est un résident d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.	
Juridiction :	Numéro d'identification fiscal (NIF) :
Si le propriétaire n'a pas de NIF pour une juridiction spécifique, sélectionnez la raison : ☐ La demande est en cours et/ou sera effectuée dans les 90 jours ☐ L'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents ☐ Autres raisons <i>Pour ce formulaire, « Autres raisons » est suffisant. Cependant, vous devez quand même donner la raison précise à votre institution financière.</i>	

Bénéficiaire 1

☐ Succession ☐ Propriétaire ☐ Autre (si sélectionné, veuillez fournir des détails ci-dessous)

Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	
Numéro de téléphone	Date de naissance : _____ A A A A / M M / J J	%*	☐ Révocable ☐ Irrévocable

Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	
Numéro de téléphone	Date de naissance : _____ A A A A / M M / J J	%*	☐ Révocable ☐ Irrévocable

Bénéficiaire 2

Bénéficiaire subrogé

Bénéficiaire en sous-ordre

(Si tous les bénéficiaires primaires et subrogés sont décédés.)

Désignation d'un fiduciaire**

Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	
Numéro de téléphone	Date de naissance : _____ A A A A / M M / J J	%*	☐ Révocable ☐ Irrévocable

Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	
Numéro de téléphone	Date de naissance : _____ A A A A / M M / J J	%*	☐ Révocable ☐ Irrévocable

Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	
Numéro de téléphone	Date de naissance : _____ A A A A / M M / J J	%*	☐ Révocable ☐ Irrévocable

Prénom	Nom de famille	Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire :	
--------	----------------	---	--

*Si un pourcentage n'est pas indiqué, les prestations de décès seront payables à parts égales aux bénéficiaires survivants de la personne à assurer. Si un % est indiqué et qu'un bénéficiaire subrogé a été désigné, les prestations de décès seront payables au bénéficiaire subrogé dans le cas où le bénéficiaire principal décède avant la personne à assurer. Si tous les bénéficiaires principaux ou subrogés sont décédés avant la personne à assurer, les prestations de décès seront divisées également entre tous les bénéficiaires en sous-ordre désignés encore vivants après le décès de la personne à assurer.

**Un fiduciaire doit être désigné pour tout bénéficiaire mineur. La désignation d'un fiduciaire ne s'applique pas au Québec.

L'assurance demandée a-t-elle pour but de remplacer toute autre assurance vie individuelle? ☐ Non ☐ Oui*

Si « Oui », est-ce que la police originale à remplacer est une police d'Assomption Vie? ☐ Non ☐ Oui*

***Si oui, veuillez-vous assurer de satisfaire aux exigences de la province de la personne à assurer en matière de divulgation à l'égard du remplacement d'une police d'assurance vie.** D'ailleurs, si la police originale étant remplacée en est une d'Assomption Vie, un avis écrit ou une « demande de service » signée par le propriétaire de la police originale doit être envoyée à Assomption Vie afin de résilier la police existante.

VIE ENTIÈRE

Nom du produit	Prestation de décès	Âge à l'émission	Montant de couverture	Capital assuré**	Options de paiement
Protection Platine Vie Entière <i>La déclaration d'assurabilité se trouve à la page 6</i>	Immédiate	18-50	10 000 \$ à 750 000 \$	\$	☐ Payables à vie ☐ Payables sur 20 ans
		51-75	10 000 \$ à 500 000 \$	\$	☐ Payables à vie ☐ Payables sur 20 ans
		76-80	10 000 \$ à 250 000 \$	\$	☐ Payables à vie ☐ Payables sur 20 ans
Protection Or Vie Entière <i>La déclaration d'assurabilité se trouve à la page 8</i>	Immédiate	18-75	5 000 \$ à 250 000 \$	\$	☐ Payables à vie ☐ Payables sur 20 ans
		76-80	5 000 \$ à 100 000 \$	\$	☐ Payables à vie ☐ Payables sur 20 ans
Protection Argent <i>La déclaration d'assurabilité se trouve à la page 10</i>	Différée progressive*	18-75	5 000 \$ à 50 000 \$	\$	☐ Payables à vie ☐ Payables sur 20 ans
		76-80	5 000 \$ à 25 000 \$	\$	☐ Payables à vie ☐ Payables sur 20 ans
Protection Bronze <i>Il s'agit d'un produit à émission garantie. Aucune déclaration d'assurabilité n'est requise.</i>	Différée	18-75	5 000 \$ à 50 000 \$	\$	☐ Payables à vie
		76-80	5 000 \$ à 25 000 \$	\$	☐ Payables à vie

TEMPORAIRE

Nom du produit	Prestation de décès	Âge à l'émission	Montant de couverture	Capital assuré**	Options de paiement	Type de couverture
Protection Platine Temporaire <i>La déclaration d'assurabilité se trouve à la page 6</i>	Immédiate	18-44	50 000 \$ à 750 000 \$	\$	☐ T10 ☐ T20 ☐ T25	☐ Nivelée ☐ Décroissante
		45-50	25 000 \$ à 750 000 \$	\$	☐ T10 ☐ T20 ☐ T25	☐ Nivelée ☐ Décroissante
		51-65	25 000 \$ à 500 000 \$	\$	☐ T10 ☐ T20 ☐ T25	☐ Nivelée ☐ Décroissante
		66-70	25 000 \$ à 500 000 \$	\$	☐ T10 ☐ T20	☐ Nivelée ☐ Décroissante
		71-75	25 000 \$ à 500 000 \$	\$	☐ T10	☐ Nivelée ☐ Décroissante
Protection Or Temporaire <i>La déclaration d'assurabilité se trouve à la page 8</i>	Immédiate	18-44	50 000 \$ à 250 000 \$	\$	☐ T20	☐ Nivelée
		45-70	25 000 \$ à 250 000 \$	\$	☐ T20	☐ Nivelée

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Nom du produit	FRAC (âge maximal de l'assuré est 69)	MA*** (âge maximal de l'assuré est 55)	BAE (âge maximal de l'assuré est 60)
Protection Platine Vie Entière	☐ 1 unité ☐ 2 unités	☐ _____ \$	☐ 10 000 \$ ☐ 20 000 \$
Protection Platine Temporaire	☐ 1 unité ☐ 2 unités	☐ _____ \$	☐ 10 000 \$ ☐ 20 000 \$
Protection Or Vie Entière	☐ 1 unité ☐ 2 unités	N/A	N/A
Protection Or Temporaire	☐ 1 unité ☐ 2 unités	N/A	N/A
Protection Argent	☐ 1 unité ☐ 2 unités	N/A	N/A
Protection Bronze	N/A	N/A	N/A

*Prestation de décès différée progressive est égale : Aux primes payées avec intérêt de 3% par an si le décès de l'assuré est non accidentel et survient avant le 1^{er} anniversaire de la police ou de l'avenant. À 50% du capital assuré si le décès de l'assuré est non accidentel et survient entre le 1^{er} et avant le 2^e anniversaire de la police ou de l'avenant. À 100% du capital assuré si le décès de l'assuré est non accidentel et survient à partir du 2^e anniversaire de la police ou de l'avenant.

**Ne doit pas excéder la couverture maximale combinée pour une police à émission simplifiée en vigueur chez Assomption Vie.

***Le montant de l'avenant MA ne peut être supérieur au capital assuré initial.

Déclaration d'assurabilité pour la **Protection Platine**

Si vous avez répondu «NON» aux 19 questions ci-dessous, vous êtes éligible pour la Protection Platine Vie Entière ou la Protection Platine Temporaire.

1. Votre poids dépasse-t-il celui correspondant à votre taille dans le tableau suivant ?

Vous devez obtenir les informations relatives à la taille et au poids du demandeur pour Lia, Taille _____ Poids _____

Taille		Poids		Taille		Poids		Taille		Poids	
pi/po	cm	lb	kg	pi/po	cm	lb	kg	pi/po	cm	lb	kg
4' 10"	147	192	87	5' 6"	168	247	112	6' 2"	188	310	141
4' 11"	150	198	90	5' 7"	170	254	115	6' 3"	191	318	144
5' 0"	152	205	93	5' 8"	173	262	119	6' 4"	193	326	148
5' 1"	155	212	96	5' 9"	175	270	122	6' 5"	196	334	151
5' 2"	157	219	99	5' 10"	178	278	126	6' 6"	198	342	155
5' 3"	160	226	103	5' 11"	180	286	130	6' 7"	201	350	159
5' 4"	163	233	106	6' 0"	183	294	133	6' 8"	203	358	162
5' 5"	165	240	109	6' 1"	185	302	137	6' 9"	206	366	166

☐ Non ☐ Oui

2. Êtes-vous présentement :

- a) Admis(e) dans un hôpital ?
 b) Résident(e) ou êtes-vous sur une liste d'attente pour résider dans un établissement de soins prolongés, dans un foyer de soins infirmiers, dans un établissement de soins qualifiés ou dans tout autre établissement nécessitant des soins d'un personnel qualifié ?

☐ Non ☐ Oui

3. Au cours des 12 derniers mois, votre poids a-t-il diminué de plus de 9,08 kg (20 lb) autre qu'en raison d'une grossesse, d'une chirurgie bariatrique, d'un régime alimentaire intentionnel ou de l'exercice physique ?

☐ Non ☐ Oui

4. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous subi une chirurgie bariatrique ?

☐ Non ☐ Oui

5. Êtes-vous au courant de signes, symptômes ou tests médicaux anormaux pour lesquels :

(Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les symptômes d'un rhume ou d'une grippe, les résultats d'un suivi de routine sans nouveaux symptômes ou ceux d'une visite prénatale de routine.)

- a) Vous n'avez pas encore consulté de médecin ou vous avez consulté un médecin sans avoir reçu de diagnostic ?
 b) Vous faites présentement l'objet d'une investigation ?
 c) Vous avez une consultation en cours avec un médecin spécialiste ? (Une consultation en cours n'inclut pas un suivi de routine, et un médecin spécialiste n'inclut pas un médecin généraliste).
 d) Vous avez consulté un médecin spécialiste sans avoir reçu de diagnostic ?
 e) Vous êtes actuellement en attente d'une intervention chirurgicale (autre qu'une intervention chirurgicale qui ne nécessite pas une nuit d'hospitalisation, telle qu'une chirurgie d'un jour ou une chirurgie ambulatoire) ?

☐ Non ☐ Oui

6. Avez-vous déjà :

- a) Été avisé par un médecin que vous étiez atteint(e) d'une maladie terminale pour laquelle vous recevez présentement des soins palliatifs ou des soins en fin de vie, ou avez discuté de ce type de soins avec un professionnel de la santé ?
 b) Eu l'insertion d'un stimulateur cardiaque (pacemaker) ou d'un défibrillateur cardiaque implantable (DCI) ?

☐ Non ☐ Oui

7. Avez-vous déjà reçu un diagnostic en raison :

Système immunitaire

- a) Du Sida (syndrome d'immunodéficience acquise) ou testé positif au VIH (le virus qui cause le Sida) ?

Système nerveux

- b) De la maladie de Huntington, de la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), de la maladie d'Alzheimer ou de la démence ?

Système cardiovasculaire

- c) D'une insuffisance cardiaque congestive ?

Système gastro-intestinal

- d) D'une cirrhose du foie, d'une pancréatite chronique, ou 2 épisodes ou plus de pancréatite aiguë ?

Système respiratoire

- e) De la fibrose kystique ?

Système musculosquelettique

- f) D'une dystrophie musculaire ?

☐ Non ☐ Oui

8. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de diabète (autre que le diabète gestationnel) ET avez-vous déjà présenté l'une des conditions suivantes :

crise cardiaque (infarctus du myocarde), angine, accident vasculaire cérébral (AVC), maladie vasculaire/artérielle périphérique, gangrène, amputation liée à des complications de votre diabète (telles qu'une mauvaise circulation ou une infection), coma hypoglycémique, neuropathie ou néphropathie ?

☐ Non ☐ Oui

9. Au cours des 10 dernières années, avez-vous :

- a) Reçu une greffe de la moelle osseuse ou d'organe(s) (autre qu'une greffe de la cornée) ou avez-vous été avisé(e) que votre condition en nécessitait une ?
 b) Reçu un diagnostic, été hospitalisé(e) ou subi(e) des traitements (y compris un traitement avec des médicaments) en raison d'une cardiomyopathie ou d'une hépatite B ou C ?
 c) Nécessité l'administration d'oxygène pour un trouble respiratoire chronique (autre que l'apnée du sommeil) ?

☐ Non ☐ Oui

Déclaration d'assurabilité pour la **Protection Platine (suite)**

10. Au cours des 5 dernières années, avez-vous reçu un diagnostic ou été hospitalisé(e) en raison : Système nerveux et santé mentale a) De convulsions, d'épilepsie, de paralysie, de sclérose en plaques ou de troubles bipolaires ? Système cardiovasculaire b) D'une angine ou d'une crise cardiaque (infarctus du myocarde) ou avez-vous subi une angioplastie coronaire (avec ou sans l'insertion d'un stent/endoprothèse vasculaire) ou un pontage aorto-coronarien ? c) D'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'un accident ischémique transitoire (AIT ou mini-AVC)? d) D'un souffle au cœur ou d'une arythmie (rythme cardiaque irrégulier tel que fibrillation/flutter auriculaire, tachycardie, bradycardie, tachycardie supraventriculaire, fibrillation ventriculaire ou battements ectopiques)? Système gastro-intestinal e) De la maladie de Crohn ou d'une colite ulcéreuse ? Système musculosquelettique f) De l'arthrite rhumatoïde? Système génito-urinaire g) D'une maladie rénale chronique ou d'une maladie polykystique des reins, ou avez-vous subi(e) une dialyse ?	☐ Non ☐ Oui
11. Au cours des 5 dernières années, avez-vous reçu un diagnostic, été hospitalisé(e) ou subi(e) des traitements (y compris un traitement avec des médicaments prescrits) en raison : Système immunitaire a) De la sclérodémie, de la morphee, du syndrome CREST ou du Lupus érythémateux disséminé (LED) ? Système nerveux et santé mentale b) De la maladie de Parkinson, de la schizophrénie, d'un trouble schizo-affectif ou d'une psychose ? Cancer c) De la leucémie, d'un cancer, d'un lymphome ou d'un mélanome ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer la présence de carcinome basocellulaire. d) D'une tumeur de la moelle épinière ou du cerveau ?	☐ Non ☐ Oui
12. Au cours des 2 dernières années, avez-vous été prescrit un nouveau médicament, reçu une augmentation de la dose d'un médicament ou arrêté la prise d'un médicament pour l'arythmie (rythme cardiaque irrégulier), l'arthrite rhumatoïde, la maladie de Crohn, la colite ulcéreuse, l'épilepsie, la sclérose en plaques ou les troubles bipolaires ?	☐ Non ☐ Oui
13. Au cours des 2 dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) en raison d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou d'un emphysème ?	☐ Non ☐ Oui
14. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été prescrit(e) de la Prednisone orale ou un autre corticostéroïde oral pour un trouble respiratoire quelconque (tel que, sans s'y limiter, l'asthme, la pneumonie, la tuberculose, une bronchite aiguë et chronique, une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), un emphysème, une bronchiectasie, des troubles respiratoires professionnels, une embolie pulmonaire ou une sarcoïdose pulmonaire)? La Prednisone orale ou tout autre corticostéroïde oral n'inclut pas les inhalateurs qui peuvent contenir de la prednisone ou un autre corticostéroïde.	☐ Non ☐ Oui
Question SEULEMENT pour les assurés âgés de 50 ans ou moins	
15. Y a-t-il quelqu'un parmi votre famille biologique (père, mère, frère, sœur) ayant reçu un diagnostic de chorée de Huntington ou de maladie polykystique des reins et pour laquelle vous n'avez pas fait l'objet d'une investigation pour ces maladies ?	☐ Non ☐ Oui
16. Au cours des 3 dernières années, avez-vous : a) Consommé du cannabis (comme la marijuana ou le haschisch) plus de 10 fois par semaine ? b) Consommé d'autres drogues ou médicaments sur ordonnance qui ne vous ont pas été prescrits tels que la cocaïne, le LSD, les amphétamines, les hallucinogènes, les narcotiques, les barbituriques ou les stéroïdes anabolisants ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les médicaments obtenus en vente libre. c) Été conseillé(e) par un professionnel de la santé de cesser ou de réduire votre consommation d'alcool ou de la drogues, ou avez-vous reçu des conseils ou des traitements (y compris un traitement avec des médicaments prescrits) pour abus d'alcool ou de la drogue ? d) Été incarcéré(e), placé(e) en détention à domicile, en probation ou reconnu(e) coupable d'un acte criminel ou êtes-vous présentement accusé(e) d'un acte criminel pour lequel aucun verdict n'a encore été rendu ? e) Été accusé(e) ou condamné(e) d'une infraction pour conduite sous l'effet de l'alcool ou de la drogue ou refusé de vous soumettre à un alcootest ?	☐ Non ☐ Oui
17. Votre permis de conduire est-il présentement suspendu ou révoqué à la suite d'infractions au code de la route ?	☐ Non ☐ Oui
18. Au cours des 12 prochains mois, prévoyez-vous ou envisagez-vous de pratiquer une activité ou un sport dangereux ou d'effectuer des envolées aériennes autres qu'en tant que passager payant, pilote commercial ou membre d'équipage d'un vol commercial ?	☐ Non ☐ Oui
19. Au cours des 12 prochains mois, prévoyez-vous ou envisagez-vous de voyager en dehors de l'Amérique du Nord, des Caraïbes (à l'exception d'Haïti) ou de l'Europe de l'Ouest pendant plus de 12 semaines consécutives ?	☐ Non ☐ Oui

Déclaration d'assurabilité pour la **Protection Or**

Si vous avez répondu «NON» aux 13 questions ci-dessous, vous êtes éligible pour la Protection Or Vie Entière ou la Protection Or Temporaire.

1. Votre poids dépasse-t-il celui correspondant à votre taille dans le tableau suivant?

Vous devez obtenir les informations relatives à la taille et au poids du demandeur pour Lia, Taille _____ Poids _____

Taille		Poids		Taille		Poids		Taille		Poids	
pi/po	cm	lb	kg	pi/po	cm	lb	kg	pi/po	cm	lb	kg
4' 10"	147	206	93	5' 6"	168	264	120	6' 2"	188	330	150
4' 11"	150	213	97	5' 7"	170	272	123	6' 3"	191	339	154
5' 0"	152	220	100	5' 8"	173	280	127	6' 4"	193	348	158
5' 1"	155	227	103	5' 9"	175	288	131	6' 5"	196	357	162
5' 2"	157	234	106	5' 10"	178	296	134	6' 6"	198	366	166
5' 3"	160	241	109	5' 11"	180	304	138	6' 7"	201	375	170
5' 4"	163	248	112	6' 0"	183	312	142	6' 8"	203	384	174
5' 5"	165	256	116	6' 1"	185	321	146	6' 9"	206	393	178

☐ Non ☐ Oui

2. Êtes-vous présentement :

- a) Admis(e) dans un hôpital ?
 b) Résident(e) ou êtes-vous sur une liste d'attente pour résider dans un établissement de soins prolongés, dans un foyer de soins infirmiers, dans un établissement de soins qualifiés ou dans tout autre établissement nécessitant des soins d'un personnel qualifié ?

☐ Non ☐ Oui

3. Au cours des 12 derniers mois, votre poids a-t-il diminué de plus de 9,08 kg (20 lb) autre qu'en raison d'une grossesse, d'une chirurgie bariatrique, d'un régime alimentaire intentionnel ou de l'exercice physique ?

☐ Non ☐ Oui

4. Au cours des 6 derniers mois, avez-vous subi une chirurgie bariatrique ?

☐ Non ☐ Oui

5. Êtes-vous au courant de signes, symptômes ou tests médicaux anormaux pour lesquels :
 (Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les symptômes d'un rhume ou d'une grippe, les résultats d'un suivi de routine sans nouveaux symptômes ou ceux d'une visite prénatale de routine.)

- a) Vous n'avez pas encore consulté de médecin ou vous avez consulté un médecin sans avoir reçu de diagnostic ?
 b) Vous faites présentement l'objet d'une investigation ?
 c) Vous avez une consultation en cours avec un médecin spécialiste ? (Une consultation en cours n'inclut pas un suivi de routine, et un médecin spécialiste n'inclut pas un médecin généraliste).
 d) Vous avez consulté un médecin spécialiste sans avoir reçu de diagnostic ?
 e) Vous êtes actuellement en attente d'une intervention chirurgicale (autre qu'une intervention chirurgicale qui ne nécessite pas une nuit d'hospitalisation, telle qu'une chirurgie d'un jour ou une chirurgie ambulatoire) ?

☐ Non ☐ Oui

6. Avez-vous déjà été avisé par un médecin que vous étiez atteint(e) d'une maladie terminale pour laquelle vous recevez présentement des soins palliatifs ou des soins en fin de vie, ou avez discuté de ce type de soins avec un professionnel de la santé ?

☐ Non ☐ Oui

7. Avez-vous déjà reçu un diagnostic en raison :

Système immunitaire

- a) Du Sida (syndrome d'immunodéficience acquise) ou testé positif au VIH (le virus qui cause le Sida) ?

Système nerveux

- b) De la maladie de Huntington, de la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), de la maladie d'Alzheimer ou de la démence ?

Système cardiovasculaire

- c) D'une insuffisance cardiaque congestive ?

Système gastro-intestinal

- d) D'une cirrhose du foie, d'une pancréatite chronique, ou 2 épisodes ou plus de pancréatite aiguë ?

Système respiratoire

- e) De la fibrose kystique ?

Système musculosquelettique

- f) D'une dystrophie musculaire ?

☐ Non ☐ Oui

8. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de diabète (autre que le diabète gestationnel) ET avez-vous présenté l'une des conditions suivantes au cours des 3 dernières années : crise cardiaque (infarctus du myocarde), angine, accident vasculaire cérébral (AVC), maladie vasculaire/artérielle périphérique, gangrène, amputation liée à des complications de votre diabète (telles qu'une mauvaise circulation ou une infection), coma hypoglycémique, neuropathie ou néphropathie ?

☐ Non ☐ Oui

9. Au cours des 5 dernières années, avez-vous :

- a) Reçu une greffe de la moelle osseuse ou d'organe(s) (autre qu'une greffe de la cornée) ou avez-vous été avisé(e) que votre condition en nécessitait une ?
 b) Reçu un diagnostic, été hospitalisé(e) ou subi(e) des traitements (y compris un traitement avec des médicaments prescrits) en raison d'une cardiomyopathie ou d'une hépatite B ou C ?
 c) Nécessité l'administration d'oxygène pour un trouble respiratoire chronique (autre que l'apnée du sommeil) ?

☐ Non ☐ Oui

Déclaration d'assurabilité pour la **Protection Or (suite)**

10. Au cours des 3 dernières années, avez-vous reçu un diagnostic ou été hospitalisé pour :

Système cardiovasculaire

a) D'une angine ou d'une crise cardiaque (infarctus du myocarde) ou avez-vous subi une angioplastie coronaire (avec ou sans l'insertion d'un stent/endoprothèse vasculaire) ou un pontage aorto-coronarien ?

b) D'un accident vasculaire cérébral (AVC) ?

Système génito-urinaire

c) D'une maladie rénale chronique ou d'une maladie polykystique des reins, ou avez-vous subi(e) une dialyse ?

☐ Non ☐ Oui

11. Au cours des 3 dernières années, avez-vous reçu un diagnostic, été hospitalisé(e) ou subi(e) des traitements (y compris un traitement avec des médicaments prescrits) en raison de la leucémie, d'un cancer, d'un lymphome ou d'un mélanome ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer la présence de carcinome basocellulaire.

☐ Non ☐ Oui

12. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été :

a) Hospitalisé(e) en raison d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou d'un emphysème ?

b) Prescrit(e) de la Prednisone orale ou un autre corticostéroïde oral pour un trouble respiratoire quelconque (tel que, sans s'y limiter, l'asthme, la pneumonie, la tuberculose, une bronchite aiguë et chronique, une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), un emphysème, une bronchiectasie, des troubles respiratoires professionnels ou une embolie pulmonaire) ? La Prednisone orale ou tout autre corticostéroïde oral n'inclut pas les inhalateurs qui peuvent contenir de la prednisone ou un autre corticostéroïde.

☐ Non ☐ Oui

13. Au cours des 2 dernières années, avez-vous :

a) Consommé du cannabis (comme la marijuana ou le haschisch) plus de 10 fois par semaine ?

b) Consommé d'autres drogues ou médicaments sur ordonnance qui ne vous ont pas été prescrits tels que la cocaïne, le LSD, les amphétamines, les hallucinogènes, les narcotiques, les barbituriques ou les stéroïdes anabolisants ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les médicaments obtenus en vente libre.

c) Été conseillé(e) par un professionnel de la santé de cesser ou de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues, ou avez-vous reçu des conseils ou des traitements (y compris un traitement avec des médicaments prescrits) pour abus d'alcool ou de drogues ?

d) Été incarcéré(e), placé(e) en détention à domicile, en probation ou reconnu(e) coupable d'un acte criminel ou êtes-vous présentement accusé(e) d'un acte criminel pour lequel aucun verdict n'a encore été rendu ?

e) Été accusé(e) ou condamné(e) d'une infraction pour conduite sous l'effet de l'alcool ou de la drogue ou refusé de vous soumettre à un alcootest ?

☐ Non ☐ Oui

Déclaration d'assurabilité pour la **Protection Argent**

Si vous avez répondu « NON » aux 9 questions ci-dessous, vous êtes éligible pour la Protection Argent.

1. Votre poids dépasse-t-il celui correspondant à votre taille dans le tableau suivant ?

Vous devez obtenir les informations relatives à la taille et au poids du demandeur pour Lia, Taille _____ Poids _____

Taille		Poids		Taille		Poids		Taille		Poids	
pi/po	cm	lb	kg	pi/po	cm	lb	kg	pi/po	cm	lb	kg
4' 10"	147	236	107	5' 6"	168	303	137	6' 2"	188	379	172
4' 11"	150	244	110	5' 7"	170	312	142	6' 3"	191	389	176
5' 0"	152	252	114	5' 8"	173	321	146	6' 4"	193	399	181
5' 1"	155	260	118	5' 9"	175	330	150	6' 5"	196	409	186
5' 2"	157	268	122	5' 10"	178	339	154	6' 6"	198	419	190
5' 3"	160	276	125	5' 11"	180	349	158	6' 7"	201	429	195
5' 4"	163	285	129	6' 0"	183	359	163	6' 8"	203	439	199
5' 5"	165	294	133	6' 1"	185	369	167	6' 9"	206	449	204

☐ Non ☐ Oui

2. Êtes-vous présentement :

- a) Admis(e) dans un hôpital ?
- b) Résident(e) ou êtes-vous sur une liste d'attente pour résider dans un établissement de soins prolongés, dans un foyer de soins infirmiers, dans un établissement de soins qualifiés ou dans tout autre établissement nécessitant des soins d'un personnel qualifié ?

☐ Non ☐ Oui

3. Êtes-vous au courant de signes, symptômes ou tests médicaux anormaux pour lesquels :

(Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les symptômes d'un rhume ou d'une grippe, les résultats d'un suivi de routine sans nouveaux symptômes ou ceux d'une visite prénatale de routine.)

- a) Vous n'avez pas encore consulté de médecin ou vous avez consulté un médecin sans avoir reçu de diagnostic ?
- b) Vous faites présentement l'objet d'une investigation ?
- c) Vous avez une consultation en cours avec un médecin spécialiste ? (Une consultation en cours n'inclut pas un suivi de routine, et un médecin spécialiste n'inclut pas un médecin généraliste).
- d) Vous avez consulté un médecin spécialiste sans avoir reçu de diagnostic ?
- e) Vous êtes actuellement en attente d'une intervention chirurgicale (autre qu'une intervention chirurgicale qui ne nécessite pas une nuit d'hospitalisation, telle qu'une chirurgie d'un jour ou une chirurgie ambulatoire) ?

☐ Non ☐ Oui

4. Avez-vous déjà été avisé par un médecin que vous étiez atteint(e) d'une maladie terminale pour laquelle vous recevez présentement des soins palliatifs ou des soins en fin de vie, ou avez discuté de ce type de soins avec un professionnel de la santé ?

☐ Non ☐ Oui

5. Avez-vous déjà reçu un diagnostic en raison :

Système immunitaire

- a) Du Sida (syndrome d'immunodéficience acquise) ou testé positif au VIH (le virus qui cause le Sida) ?

Système nerveux

- b) De la maladie de Huntington, de la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), de la maladie d'Alzheimer ou de la démence ?

Système cardiovasculaire

- c) D'une insuffisance cardiaque congestive ?

Système respiratoire

- d) De la fibrose kystique ?

Système musculosquelettique

- e) D'une dystrophie musculaire ?

☐ Non ☐ Oui

6. Au cours des 5 dernières années, avez-vous :

- a) Reçu une greffe de la moelle osseuse ou d'organe(s) (autre qu'une greffe de la cornée) ou avez-vous été avisé(e) que votre condition en nécessitait une ?
- b) Reçu un diagnostic ou été hospitalisé pour une cardiomyopathie ?

☐ Non ☐ Oui

7. Au cours des 2 dernières années, avez-vous reçu un diagnostic ou été hospitalisé pour :

Système cardiovasculaire

- a) D'une angine ou d'une crise cardiaque (infarctus du myocarde) ou avez-vous subi une angioplastie coronaire (avec ou sans l'insertion d'un stent/endoprothèse vasculaire) ou un pontage aorto-coronarien ?
- b) D'un accident vasculaire cérébral (AVC) ?

Système génito-urinaire

- c) D'une maladie rénale chronique ou d'une maladie polykystique des reins, ou avez-vous subi(e) une dialyse ?

☐ Non ☐ Oui

8. Au cours des 2 dernières années, avez-vous reçu un diagnostic, été hospitalisé(e) ou subi(e) des traitements (y compris un traitement avec des médicaments prescrits) en raison de la leucémie, d'un cancer, d'un lymphome ou d'un mélanome ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer la présence de carcinome basocellulaire.

☐ Non ☐ Oui

9. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été conseillé(e) par un professionnel de la santé de cesser ou de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues, ou avez-vous reçu des conseils ou des traitements (y compris un traitement avec des médicaments prescrits) pour abus d'alcool ou de drogues ?

☐ Non ☐ Oui

Aucune déclaration d'assurabilité n'est requise pour la **Protection Bronze**. Il s'agit d'un produit à émission garantie. Veuillez vous assurer que toutes les informations sont remplies et que les directives du produit sont respectées.

Mode de paiement (Indiquez la prime totale du contrat selon le mode de paiement de la prime)* :

☐ Mensuel _____ \$ (voir section 9) ☐ Annuel _____ \$ ☐ Semestriel _____ \$ ☐ Trimestriel _____ \$

(a) Somme versée avec la proposition _____ \$

(b) Payeur : ☐ Personne à assurer ☐ Propriétaire (autre tel que précisé dans la section 2) ☐ Autre (remplir ci-dessous)

Nom _____ Adresse _____

**Les primes d'assurance peuvent être assujetties à la taxe de vente provinciale (TVP)*

Information bancaire

Si l'information bancaire n'a pas été fournie dans la proposition, prière de joindre un chèque avec la mention « NUL ». Remplissez seulement si un spécimen de chèque n'est pas disponible, si le chèque n'est pas préimprimé ou s'il s'agit d'un compte d'épargne.

Nom de l'institution financière _____ Adresse _____

N° de succursale _____ N° de l'institution financière _____ N° de compte _____

Type de service : ☐ Personnel – Si les fonds sont prélevés sur un compte bancaire personnel
☐ Entreprise – Si les fonds sont prélevés sur un compte bancaire d'entreprise

Caractéristiques des débits Cet accord de débit préautorisé est un accord variable.

- J'autorise Assomption Vie à débiter, en tout temps, les prélèvements réguliers sur mon compte selon mes instructions **telles qu'indiquées dans la proposition.**
- Si un débit préautorisé est retourné dû à une insuffisance de provisions au compte, Assomption Vie prélèvera du même compte bancaire, sans préavis, des frais de 25 \$.
- J'accepte que mon compte soit débité le _____ (1^{er} au 28^e jour du mois) ou le jour ouvrable suivant (sujet à modification).*

** Le premier retrait au compte bancaire sera effectué le premier jour ouvrable suivant la date d'émission de la police et selon le délai de votre institution financière. La date de retrait suivante respectera l'entente de DPA. Notez que deux primes pourraient alors être prises dans le même mois.*

- J'accepte que le premier DPA soit effectué dès la signature des présentes si toutes les conditions préalables de la note de couverture d'assurance provisoire conditionnelle sont remplies. Cochez si vous refusez. ☐

Renonciation

Je renonce au droit de recevoir un avis de 10 jours dans le cas d'une augmentation ou diminution du montant du débit préautorisé ou d'un changement de la date du débit.*

Annulation

Assomption Vie annulera cet accord de débit préautorisé sur réception d'un avis écrit d'annulation d'au moins 10 jours avant la date d'annulation demandée. Contactez votre institution financière à propos de vos droits concernant l'annulation d'un DPA. (Un formulaire d'annulation standard est disponible à www.cdnpay.ca)

Mode de paiement

L'annulation de cet accord de débit préautorisé n'affectera en aucune façon l'accord en vigueur entre vous et Assomption Vie pourvu que le paiement soit soumis d'une autre manière.

Recours et remboursement

Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez www.cdnpay.ca.

Droits exclusifs

Tous les montants transférés du compte préautorisé pour le paiement des primes sont pour le bénéfice exclusif du propriétaire de la police d'assurance.

**Assomption Vie n'augmentera pas votre débit préautorisé et ne changera pas votre date de débit après l'entrée en vigueur de votre contrat sans vous en aviser.*

IMPORTANT – MESSAGE AU REPRÉSENTANT

Veillez vous assurer d'avoir :

- remis et expliqué au client un formulaire Déclaration de l'agent exposant votre méthode de rémunération et autres avantages financiers, le nom des assureurs que vous représentez ainsi que tout conflit d'intérêt.
- dûment vérifié la date de naissance de toute personne à assurer.
- expliqué les questions apparaissant dans ce formulaire à tout propriétaire et personne à assurer.

Nom du représentant (agent/conseiller) en lettres moulées _____



assomption.ca

[Assurance individuelle](#) • [Assurance collective](#) • [Placements et retraite](#)

Téléphone: 1-800-455-7337 • www.assomption.ca

C.P. 160 / 770, rue Main, Moncton (N.-B.) E1C 8L1

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie