

**FICHE DE TRAVAIL LIA  
POUR LES PRODUITS TARIFIÉS**  
REEMPLIR POUR CHAQUE ASSURÉ  
ASSURÉ # \_\_\_\_\_



SELECTION DU PRODUIT	
ASSURANCE PERMANENTE	ASSURANCE TEMPORAIRE
<p><b>VIE ENTIÈRE NON PARTICIPANTE</b></p> <p><input type="checkbox"/> Payable à vie (Payable jusqu'à l'âge atteint de 100 ans)</p> <p><input type="checkbox"/> Payable sur 20 ans</p> <p><b>Option de police</b></p> <p><input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Conjointe 1<sup>er</sup> décès <input type="checkbox"/> Conjointe dernier décès</p> <p>Capital assuré _____ \$ (Min. 10 000 \$ âges 18 à 75 ans et 5 000 \$ âges 76 à 80 ans - Max. 10 000 000 \$)</p>	<p><b>FLEXTERM (TEMPORAIRE NIVELÉE OU DÉCROISSANTE)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Nivelée <input type="checkbox"/> Décroissante</p> <p><input type="checkbox"/> 10 ans <input type="checkbox"/> 15 ans <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans <input type="checkbox"/> 30 ans <input type="checkbox"/> 35 ans</p> <p><b>Option de police</b></p> <p><input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Conjointe 1<sup>er</sup> décès</p> <p>Capital assuré (Min. 100 000 \$ – Max. 10 000 000 \$) _____ \$</p>
<p><b>PARPLUS (PARTICIPANTE)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Payable à vie (Payable jusqu'à l'âge atteint de 100 ans)</p> <p><input type="checkbox"/> Payable sur 20 ans</p> <p><b>Option de police</b></p> <p><input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Conjointe 1<sup>er</sup> décès</p> <p>Capital assuré (Min. 5 000 \$ – Max. 4 000 000 \$) _____ \$</p> <p><b>Options de dividendes</b></p> <p><input type="checkbox"/> Payé comptant <input type="checkbox"/> Réduction de primes <input type="checkbox"/> Accumulation</p> <p><input type="checkbox"/> Bonification d'assurance libérée <input type="checkbox"/> Optimiseur – garantie 15 ans</p> <p><input type="checkbox"/> Optimiseur – garantie jusqu'à l'âge atteint de 100 ans</p>	

INFORMATION DE LA PERSONNE À ASSURER		
Prénom :	Nom de famille :	Nom de famille précédent :
Métier/profession :	Nom de l'employeur :	Revenu annuel (d'emploi) :
Province de naissance :	Statut actuel de résidence au Canada :	
Pays de naissance :	<input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent (immigrant reçu) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____	
Date de naissance : _____ JJ / MMM / AAAA	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si autre, indiquer la date du statut : _____ JJ / MMM / AAAA
Adresse : _____ Boîte postale                      N° et nom de la rue                      N° de l'appartement                      Ville                      Province                      Code postale		
Numéro de téléphone : domicile _____ travail _____		
Courriel : _____		
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)?		Fumeur : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

## AVENANTS DE GARANTIE COMPLÉMENTAIRE

### ASSURANCE PERMANENTE

#### Avenants de garantie complémentaire pour Vie Entière Non Participante et ParPlus:

- RI basée sur un prêt (remboursement de prêt) \_\_\_\_\_ \$ par mois (min. 300 \$, max. 3 500 \$ (1 500 \$ si vous êtes en congé parental) ou au plus 1.5 % du capital assuré)
- RI basée sur le revenu d'emploi (remplacement du revenu) \_\_\_\_\_ \$ par mois (min. 300 \$, max. 3 500 \$ (1 500 \$ si vous êtes en congé parental) ou au plus 1.5 % du capital assuré ou 75 % du revenu annuel d'emploi divisé par 12)
- Avenant maladies graves - Capital assuré (min. 10 000 \$ – max. 50 000 \$) \_\_\_\_\_ \$
- Mort accidentelle (MA) \*: \_\_\_\_\_ \$
- Bénéfice d'assurance sur la vie des enfants:  10 000 \$  20 000 \$
- Exonération des primes en cas d'invalidité (EP) \*\*
- Exonération des primes en cas de décès (EPD) \*\*

<input type="checkbox"/> Fracture accidentelle plus: <input type="checkbox"/> l'assuré <input type="checkbox"/> l'assuré et conjoint <input type="checkbox"/> l'assuré et enfant <input type="checkbox"/> l'assuré, enfant et conjoint  <input type="checkbox"/> 1 unité <input type="checkbox"/> 2 unités	Nom du conjoint de l'assuré:	
	Nom complet des enfants de l'assuré:	
	1)	4)
	2)	5)
	3)	6)

### ASSURANCE TEMPORAIRE

#### Avenants de garantie complémentaire pour FlexTerm:

- RI basée sur un prêt (remboursement de prêt) \_\_\_\_\_ \$ par mois (min. 300 \$, max. 3 500 \$ (1 500 \$ si vous êtes en congé parental) ou au plus 1.5 % du capital assuré)
- RI basée sur le revenu d'emploi (remplacement du revenu) \_\_\_\_\_ \$ par mois (min. 300 \$, max. 3 500 \$ (1 500 \$ si vous êtes en congé parental) ou au plus 1.5 % du capital assuré ou 75 % du revenu annuel d'emploi divisé par 12)
- Avenant maladies graves - Capital assuré (min. 10 000 \$ – max. 50 000 \$) \_\_\_\_\_ \$
- Mort accidentelle (MA) \*: \_\_\_\_\_ \$
- Bénéfice d'assurance sur la vie des enfants:  10 000 \$  20 000 \$
- Exonération des primes en cas d'invalidité (EP) \*\*
- Exonération des primes en cas de décès (EPD) \*\*

<input type="checkbox"/> Fracture accidentelle plus: <input type="checkbox"/> l'assuré <input type="checkbox"/> l'assuré et conjoint <input type="checkbox"/> l'assuré et enfant <input type="checkbox"/> l'assuré, enfant et conjoint  <input type="checkbox"/> 1 unité <input type="checkbox"/> 2 unités	Nom du conjoint de l'assuré:	
	Nom complet des enfants de l'assuré:	
	1)	4)
	2)	5)
	3)	6)

\* Le montant de l'avenant MA ne peut pas être plus élevé que le capital assuré initial. La MA n'est pas disponible pour une police conjointe.

\*\* Si l'EP/EPD est pour le propriétaire ou le payeur, svp utiliser un formulaire séparé.

Avenants d'assurance vie disponible sur une personne autre que l'assuré Lia a un maximum de cinq (5) personnes à assurer sur une (1) proposition d'assurance vie.	Produit tarifé choisi		
	VIE ENTIÈRE NON PARTICIPANTE	PARPLUS	FLEXTERM
Vie Entière Non Participante	Oui (max. 1)	Non	Non
FlexTerm	Oui (max. 4)	Oui (max. 4)	Oui (max. 4)
Option Jeunesse	Oui (max. 4)	Oui (max. 4)	Oui (max. 4)
Protection Platine et Protection Or Temporaire	Oui (max. 4)	Non	Oui (max. 4)
Protection Platine et Protection Or Vie Entière	Oui (max. 2)	Non	Non
Protection Argent	Oui (max. 2)	Non	Non
Protection Bronze	Oui (max. 2)	Non	Non

Ceci n'est pas une proposition. Ne pas soumettre.

Les renseignements dans ce document ne sont valables qu'une fois téléchargés dans Lia, la plateforme de vente électronique d'Assomption Vie.

## REPLACEMENT

L'assurance demandée a-t-elle pour but de remplacer toute autre assurance vie individuelle?  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.

## MÉDECIN DE FAMILLE

Est-ce que la personne à assurer a un médecin de famille?  Non  Oui

Renseignements du médecin de famille non disponibles en ce moment, détails à venir plus tard

Nom du médecin de famille (Optionel): \_\_\_\_\_

Adresse du médecin de famille (Optionel): \_\_\_\_\_

## MODE DE PAIEMENT (REPLIR SEULEMENT SUR LA FICHE POUR LA PERSONNE À ASSURER 1)

Mensuelle (DPA)

Annuelle (DPA)

Annuelle

Semestrielle

Trimestrielle

Date régulière du débit préautorisé (DPA):

coïncide avec le jour d'approbation de la proposition par Assomption Vie

le \_\_\_\_\_ (1<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup>) jour du mois

Le payeur a-t-il été avisé qu'en choisissant un jour de DPA spécifique, deux primes pourraient alors être prises dans le 30 jours suivant la mise en vigueur de la police?

Non  Oui

## BÉNÉFICIAIRE AU DÉCÈS DE LA PERSONNE À ASSURER (REPLIR SEULEMENT SUR LA FICHE POUR LA PERSONNE À ASSURER 1 ET 2)

Prénom et nom de famille	Âge	% *	Type de bénéficiaire **	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)
Primaire			<input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/> Révocable	
			<input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/> Révocable	
			<input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/> Révocable	
			<input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/> Révocable	
Subrogé (Remplace le bénéficiaire primaire s'il décède avant la personne à assurer)				
En sous-ordre (Au décès de tous les bénéficiaires primaires et subrogés)			<input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/> Révocable	
			<input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/> Révocable	
Facultatif				Lien de parenté avec le bénéficiaire
Assigner un fiduciaire				

\* Si un % est indiqué, le total doit être égale à 100%.

\*\* Au Québec, toute désignation de bénéficiaire par le propriétaire en faveur de son époux/épouse ou de son conjoint/sa conjointe uni civilement est irrévocable, sauf indication contraire. Toutes les autres désignations de bénéficiaire sont révocables, sauf indication contraire. La désignation d'un bénéficiaire irrévocable limite les droits du propriétaire en vertu du contrat et le consentement du bénéficiaire sera nécessaire pour les transactions futures telles que les changements de bénéficiaire.

Ceci n'est pas une proposition. Ne pas soumettre.

Les renseignements dans ce document ne sont valides qu'une fois téléchargés dans Lia, la plateforme de vente électronique d'Assomption Vie.





## DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

### SECTION A - ÉVALUATION MÉDICALE

1.	Quel est votre taille et votre poids ? 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	158	72	5' 6"	168	205	93	6' 2"	188	256	116		
	4' 11"	150	163	74	5' 7"	170	210	95	6' 3"	191	264	120		
	5' 0"	152	169	77	5' 8"	173	216	98	6' 4"	193	271	123		
	5' 1"	155	174	79	5' 9"	175	224	102	6' 5"	196	277	126		
	5' 2"	157	182	83	5' 10"	178	229	104	6' 6"	198	285	129		
	5' 3"	160	188	85	5' 11"	180	235	107	6' 7"	201	293	133		
	5' 4"	163	193	88	6' 0"	183	242	110	6' 8"	203	299	136		
	5' 5"	165	198	90	6' 1"	185	250	114	6' 9"	206	308	140		
												NON	OUI	
2.	Au cours des 12 derniers mois, votre poids a-t-il fluctué de plus de 9,08 kg (20 lb) autre qu'en raison d'une grossesse ?													
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 ?													
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 ?													
5.	Avez-vous déjà reçu un diagnostic en raison :													
	<b>Système immunitaire et maladies infectieuses</b>													
	a) Du Sida (syndrome d'immunodéficience acquise) ou testé positif au VIH (le virus qui cause le Sida) ?													
	b) De lupus érythémateux disséminé (LED) ou d'un autre trouble immunologique (tel que la sclérodémie, la morphee ou le syndrome CREST) ?													
	c) De troubles infectieux (tels que la maladie de Lyme, les infections sexuellement transmissibles ou les infections inexplicables) ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les cas de COVID-19 non compliqués et entièrement guéris.													
	<b>Système nerveux</b>													
	d) De la maladie de Huntington, de la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), de la maladie d'Alzheimer ou de la démence ?													
	<b>Système cardiovasculaire</b>													
	e) De cardiomyopathie ou d'insuffisance cardiaque congestive ?													
	<b>Système gastro-intestinal</b>													
	f) D'une cirrhose du foie, d'une pancréatite chronique, ou 2 épisodes ou plus de pancréatite aiguë ?													
	<b>Système respiratoire</b>													
	g) De la fibrose kystique ?													

Ceci n'est pas une proposition. Ne pas soumettre.

Les renseignements dans ce document ne sont valables qu'une fois téléchargés dans Lia, la plateforme de vente électronique d'Assomption Vie.

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ (SUITE)		NON	OUI
6.	Au cours des 10 dernières années, avez-vous reçu un diagnostic, été hospitalisé, reçu un traitement (y compris un traitement avec des médicaments prescrits) ou eu connaissance de signes quelconques pour :		
	<b>Système nerveux</b> a) De convulsions, de crises, d'épilepsie, de céphalées récurrentes ou graves, de la sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de tremblements, de perte de mémoire, de paralysie, d'engourdissement ou de faiblesse ?		
	b) De trouble ou lésion cérébrale, de retard de développement ou autre trouble neurologique (tel qu'un trouble du spectre de l'autisme ou le syndrome de Down) ?		
	<b>Système cardiovasculaire</b> c) D'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'un accident ischémique transitoire (AIT ou mini-AVC), d'un souffle au cœur, d'hypertension artérielle, d'un taux de cholestérol anormal, de palpitations, d'arythmie (rythme cardiaque irrégulier tel que fibrillation/flutter auriculaire, tachycardie, bradycardie, tachycardie supraventriculaire, fibrillation ventriculaire, battements ectopiques), de douleurs thoraciques, d'une angine, d'une crise cardiaque (infarctus du myocarde), d'une maladie cardiaque ou tout autre trouble du cœur ?		
	<b>Système gastro-intestinal</b> d) De troubles de l'estomac (tels que reflux gastro-œsophagien ou ulcère), du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire ou de l'intestin (tels que polypes du côlon, maladie de Crohn, colite ulcéreuse ou saignement rectale), d'une hépatite B ou C, ou de diarrhée chronique ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les détails de vos hémorroïdes ou calculs biliaires lorsque le diagnostic a été confirmé par votre médecin. Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur les troubles gastro-intestinaux (3894).		
	<b>Système respiratoire</b> e) De l'apnée du sommeil ou de troubles respiratoires ou pulmonaires (tels que l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), l'emphysème ou la sarcoïdose) ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur les troubles respiratoires (3907).		
	<b>Système musculosquelettique</b> f) De trouble ou blessure des muscles, des os, du dos, du cou ou des articulations (comme la fibromyalgie, l'arthrite, l'ostéoporose, les troubles du genou, le syndrome du canal carpien ou la dystrophie musculaire) ? Vous devez nous indiquer la présence d'une arthrite rhumatoïde si celle-ci n'a pas déjà été déclarée. Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur les troubles musculosquelettiques (5450).		
	<b>Système génito-urinaire</b> g) De troubles des reins (tels que des calculs, une maladie rénale chronique, une maladie polykystique des reins ou une glomérulonéphrite), de l'uretère, de la vessie (tels que des calculs, du sang dans les urines ou une analyse d'urine anormale), de la prostate ou des organes génitaux ou reproductifs ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les détails d'une infection urinaire non compliquée lorsque le diagnostic a été confirmé par votre médecin.		
	<b>Tumeur et cancer</b> h) De la leucémie, d'un cancer, d'un lymphome, d'un mélanome, d'une tumeur, d'un kyste, d'une masse, d'un nodule ou de toute autre cellule ou croissance anormale ? Si vous ne l'avez pas déjà déclaré dans cette proposition, vous devez nous indiquer les détails de toute masse ou kyste anormal au niveau du sein, de tout écoulement anormal au niveau du sein ou de tout changement d'apparence, de toute imagerie mammaire anormale ou de tout test PAP anormal.		
	<b>Système endocrinien</b> i) De diabète, de prédiabète, d'intolérance au glucose ou de troubles des glandes, du système endocrinien ou des ganglions lymphatiques ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les détails d'une hypothyroïdie contrôlée.		
	<b>Santé mentale</b> j) De troubles de l'adaptation, de l'anxiété, de dépression, de troubles bipolaires, de stress post-traumatique, de schizophrénie, de troubles de l'alimentation, de troubles de l'attention, de fatigue chronique, de pensées ou tentatives suicidaires ou de tout autre trouble psychologique, émotionnel ou de santé mentale ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur les troubles psychologiques ou nerveux (3900).		
	<b>Système circulatoire</b> k) De troubles des vaisseaux sanguins (tels qu'une maladie vasculaire périphérique ou un anévrisme) ou du sang (tels qu'un caillot sanguin, une anémie ou un trouble de la coagulation) ?		
	<b>Yeux, oreilles, nez, gorge et peau</b> l) De troubles des yeux (tels qu'une névrite optique, une cécité ou un glaucome, autres que des verres correcteurs), des oreilles (tels qu'une surdité totale ou partielle), du nez, de la bouche, de la gorge ou de la peau ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les détails de votre acné ou eczéma.		
<b>Question 7 est SEULEMENT pour les assurés âgés de 50 ans ou moins.</b>			
7.	Y a-t-il quelqu'un parmi votre famille biologique (père, mère, frère, sœur), vivant ou décédé, ayant reçu un diagnostic avant l'âge de 60 ans pour l'une des conditions suivantes : diabète, cancer, accident vasculaire cérébral, maladie cardiaque, maladie de Huntington, maladie polykystique des reins, maladie d'Alzheimer, maladie du motoneurone, maladie de Parkinson, ou toute autre maladie héréditaire ?		

Ceci n'est pas une proposition. Ne pas soumettre.

Les renseignements dans ce document ne sont valables qu'une fois téléchargés dans Lia, la plateforme de vente électronique d'Assomption Vie.

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ (SUITE)		NON	OUI
<p><b>Questions 8 et 9 est SEULEMENT pour les assurés âgés de:</b>  18 à 45 ans pour un capital assuré de 500 000\$ à 2 000 000\$.  46 à 50 ans pour un capital assuré de 250 000\$ à 999 999\$.  51 à 55 ans pour un capital assuré de 250 000\$ à 499 999\$.  56 à 60 ans pour un capital assuré de 250 000\$ à 300 000\$.</p>			
8.	Autre que ce qui a déjà été déclaré dans cette proposition, avez-vous déjà reçu un diagnostic en raison :		
	a) De la leucémie, d'un cancer (autre que le carcinome basocellulaire), d'un lymphome, d'un mélanome ou d'une tumeur ?		
	b) D'une angine, d'une crise cardiaque (infarctus du myocarde), d'une maladie cardiaque telle qu'un souffle au cœur, des palpitations, d'une arythmie (rythme cardiaque irrégulier) ou d'autre trouble cardiaque ?		
	c) D'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'un accident ischémique transitoire (AIT ou mini-AVC) ?		
	d) De glomérulonéphrite ou de maladie des tissus conjonctifs ?		
9.	Autre que ce qui a déjà été déclaré dans cette proposition, au cours des 2 dernières années, avez-vous eu d'autres maladies, troubles ou résultats d'examen anormaux qui n'ont pas encore été divulgués ?		
<b>SECTION B - ÉVALUATION DU MODE DE VIE</b>			
10.	Au cours des 2 dernières années, avez-vous consommé du cannabis (comme la marijuana ou le haschisch) plus de 3 fois par semaine ?		
11.	Au cours des 10 dernières années, avez-vous 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. Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur la consommation de drogues (3887).		
12.	Avez-vous déjà 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 ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur la consommation de drogues et d'alcool (6559).		
13.	Au cours des 10 dernières années, avez-vous 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 ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire relatif à l'activité criminelle (5336).		
14.	Au cours des 5 dernières années, avez-vous été accusé(e) ou condamné(e) d'une infraction pour conduite sous l'effet de l'alcool ou la drogue ou refusé de vous soumettre à un alcootest ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur le dossier de conduite (4018).		
15.	Au cours des 2 dernières années, avez-vous reçu plus de 3 contraventions pour des infractions au code de la route, ou votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur le dossier de conduite (4018).		
16.	Au cours des 2 dernières années, avez-vous pratiqué une activité ou un sport dangereux ou effectué des vols autres qu'en tant que passager payant ou prévoyez-vous de participer dans de tels sports, activités ou vols ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur les activités et sports dangereux (6817).		
17.	Avez-vous résidé en dehors du Canada au cours des 12 derniers mois, ou prévoyez-vous ou envisagez-vous de voyager ou de résider en dehors de l'Amérique du Nord, des Caraïbes (à l'exception d'Haïti) ou de l'Europe de l'Ouest au cours des 12 prochains mois ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur les voyages et la résidence à l'étranger (3893).		
<b>SECTION C - AUTRE INFORMATION</b>			
18.	Au cours des 5 dernières années, avez-vous présenté une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves, d'assurance invalidité ou de remise en vigueur qui a été refusée, remise à plus tard ou modifiée (avec surprime ou exclusion) ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les détails de votre assurance maladie et assurance dentaire.		
<p><b>Question 19 est SEULEMENT pour les assurés âgés de:</b>  18 à 60 ans pour un capital assuré de 500 000\$ à 3 000 000\$.  61 à 69 ans pour un capital assuré de 250 000\$ à 3 000 000\$.  70 à 80 ans pour un capital assuré de 250 000\$ à 2 000 000\$.</p>			
19.	Est-ce que le montant total d'assurance vie demandée et en vigueur est supérieur à 20 fois votre salaire annuel ?		

Ceci n'est pas une proposition. Ne pas soumettre.

Les renseignements dans ce document ne sont valables qu'une fois téléchargés dans Lia, la plateforme de vente électronique d'Assomption Vie.

**AVENANTS (Répondre aux questions ci-dessous si l'un des avenants suivants est choisi.)****EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ**

L'exonération des primes en cas d'invalidité n'est pas renouvelable et prend fin à la première des dates suivantes: la date d'expiration du premier terme de la police; l'anniversaire de l'avenant le plus rapproché du 60<sup>e</sup> anniversaire de naissance de l'assuré. Le propriétaire ne peut pas être une personne morale.

J'ai lu la déclaration ci-dessus et affirme que le propriétaire comprend les conditions.

<b>Déclaration d'assurabilité</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>
-----------------------------------	------------	------------

1. Au cours des **trois (3) dernières années**:

	a. vous êtes-vous absenté(e) du travail en raison d'une blessure ou d'une maladie pendant plus de trente (30) jours consécutifs?		
	b. avez-vous demandé ou reçu une prestation d'invalidité ou une compensation en raison d'une blessure, maladie ou invalidité?		
	c. avez-vous consulté un physiothérapeute, un massothérapeute, un chiropraticien ou un acupuncteur, ou reçu des traitements de l'un ou l'autre de ces professionnels de la santé?		

**RI BASÉE SUR UN PRÊT OU RI BASÉE SUR LE REVENU D'EMPLOI**

<b>Déterminer l'admissibilité</b> - pour être admissible, l'assuré doit répondre "oui" aux trois questions suivantes.	<b>NON</b>	<b>OUI</b>
---	------------	------------

1.	est-ce que vous travaillez présentement (ou présentement en congé parental)?		
2.	est-ce que vous travaillez (ou travailliez précédant votre congé parental, si applicable) au moins vingt (20) heures par semaine?		
3.	est-ce que vous travaillez (ou travailliez précédant votre congé parental, si applicable) au moins huit (8) mois par année?		

<b>Déclaration d'assurabilité</b>	<b>NON</b>	<b>OUI</b>
-----------------------------------	------------	------------

1. Au cours des **trois (3) dernières années**:

	a) vous êtes-vous absenté(e) du travail en raison d'une blessure ou d'une maladie pendant plus de trente (30) jours consécutifs?		
	b) avez-vous demandé ou reçu une prestation d'invalidité ou une compensation en raison d'une blessure, maladie ou invalidité?		
	c) avez-vous consulté un physiothérapeute, un massothérapeute, un chiropraticien ou un acupuncteur, ou reçu des traitements de l'un ou l'autre de ces spécialistes?		

**RÉPONSE AFFIRMATIVE (remplir pour la section DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ)**

Pour toute réponse affirmative, veuillez donner des informations supplémentaires:

numéro de la question	explication	nom du médecin	hôpital

## BÉNÉFICE D'ASSURANCE SUR LA VIE DES ENFANTS (BAE)

Remplir seulement si vous avez coché cette option à la section « ASSURANCE DEMANDÉE ».

Indiquez chaque enfant célibataire qui est un enfant naturel ou adoptif de la personne à assurer et qui dépend de cette personne pour son soutien :

Prénom et nom de famille	Date de naissance (jour/mois/année)	Âge	Sexe	Taille pi/po ou m/cm	Poids (lb-oz ou kg-g)
a)					
b)					
c)					
d)					
e)					

	NON	OUI
1. L'un des enfants à assurer est-il né prématurément ou avec une malformation ou maladie quelconque ?		
2. L'un des enfants à assurer a-t-il été hospitalisé ou a-t-il subi une opération chirurgicale ?		
3. L'un des enfants à assurer prend-il actuellement un médicament quelconque ou suit-il un régime spécial ou un traitement quelconque ?		
4. A-t-on déjà refusé une assurance à l'un des enfants à assurer ou l'a-t-on accordée avec une surprime ou une modification ?		
5. La présente assurance doit-elle remplacer une autre assurance-vie sur l'un des enfants à assurer ?		
6. A-t-on soumis une proposition d'assurance vie à une autre compagnie au cours des 12 mois ?		

## RÉPONSE AFFIRMATIVE (pour la section for BÉNÉFICE D'ASSURANCE SUR LA VIE DES ENFANTS)

Pour toute réponse affirmative, veuillez donner des informations supplémentaires :

nom de l'enfant à assurer	numéro de la question	explication	nom du médecin	hôpital

## DIRECTIVES SPÉCIALES

Date d'émission coïncide avec la date d'approbation de la proposition par Assomption Vie sauf si la proposition est approuvée le 29, 30 ou 31 du mois, alors la date d'émission sera le 28 du mois.

Date d'émission demandée (JJ/MMM/AAAA) : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (Exemple : 01/JAN/2022)

- L'assurance vie temporaire conditionnelle n'est pas applicable si la date d'émission est dans le futur.
- Des restrictions administratives peuvent s'appliquer.

## IMPORTANT – MESSAGE AU REPRÉSENTANT

Veuillez 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/courtier) en lettres moulées \_\_\_\_\_

Ceci n'est pas une proposition. Ne pas soumettre.

Les renseignements dans ce document ne sont valables qu'une fois téléchargés dans Lia, la plateforme de vente électronique d'Assomption Vie.