

FORMULAIRE DE COLLECTE DE  
DONNÉES POUR LES **PRODUITS À  
ÉMISSION SIMPLIFIÉE**



**Assomption Vie**

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**

<b>Nom</b>	Prénom	Nom de famille	Nom à la naissance (si différent du nom de famille)	
<b>Address</b>	N°	Rue	App.	Case postale
	Ville		Province/Territoire	Code postal
<b>Date de naissance</b>	Province de naissance :		Statut actuel de résidence au Canada :	
	Pays de naissance :		<input type="checkbox"/> Canadien(ne) <input type="checkbox"/> Résident(e) permanent(e) <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____	
	Date de naissance _____ JJ / MM / AAAA	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si autre, indiquer la date du statut : _____ JJ / MM / AAAA	
	Numéro d'assurance sociale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _			
<b>Coordonnées</b>	Téléphone domicile	Téléphone bureau	Courriel	
<b>Statut fumeur</b>	Au cours des douze derniers mois, avez-vous fait usage de substances ou produits contenant du tabac, de la nicotine ou de la marijuana mélangée à de la nicotine ou fait usage de cigarettes électroniques ? <i>Si la réponse est « Non », la classe de prime sera non-fumeur. Si la réponse est « Oui », la classe de prime sera fumeur.</i>			<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

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

**2**

**PROPRIÉTAIRE**

<b>Information du propriétaire</b>	Propriétaire est : <input type="checkbox"/> Personne à assurer <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Numéro d'assurance sociale  _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _	
	Téléphone domicile	Téléphone bureau	Courriel	
<b>Personne morale</b>	Si le propriétaire est une personne morale (corporation, société, etc.), remplissez la section ci-dessous			
	Nom de la personne morale		N° d'enregistrement	Lien de parenté avec la personne à assurer
	Noms des administrateurs de la société :	1.	2.	
		3.	4.	
	Indiquez les noms des personnes autorisées à signer pour la personne morale et leur titre :	Nom		Titre
Nom		Titre		

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.

À partir du 1<sup>er</sup> janvier 2021, les institutions financières doivent obtenir l'Auto-certification de résidence pour l'impôt à l'émission de la police.

Pour un individu, veuillez compléter le formulaire RC518 disponible dans notre centre de documentation sur le Coin du conseiller.

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 :

<input type="checkbox"/> <b>Le propriétaire est un résident des États-Unis aux fins de l'impôt ou de citoyenneté américaine.</b>	
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. <b>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 ?</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<i>Si le propriétaire n'accepte pas de suivre les exigences de l'ARC, il ne peut continuer le processus de demande.</i>	
<input type="checkbox"/> <b>Le propriétaire est un résident d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt.</b>	
Juridiction :	Numéro d'identification fiscal (NIF) :
Si le propriétaire n'a pas de NIF pour une juridiction spécifique, sélectionnez la raison :	
<input type="checkbox"/> La demande est en cours et/ou sera effectuée dans les 90 jours <input type="checkbox"/> L'impôt n'émet pas de NIF à ses résidents <input type="checkbox"/> 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 primaire**

Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	Âge	%*	Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>
Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	Âge	%*	Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>

**Bénéficiaire en sous-ordre**

Si tous les bénéficiaires décèdent avant la personne à assurer.)

Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	Âge	%*	Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>
Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	Âge	%*	Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>

**Désignation d'un fiduciaire (optionnel)**

Dans le cas d'un bénéficiaire mineur, veuillez désigner un fiduciaire :	Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire :
---	---

\* Si un pourcentage n'est pas indiqué, les prestations des décès seront payables à parts égales aux bénéficiaires survivant 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 tout bénéficiaire principal ou subrogé sont décédés avant la personne à assurer, les prestations de décès seront divisées également entre tous les bénéficiaires en sous-ordre désignés encore vivant après le décès de la personne à assurer. Vous pouvez désigner un bénéficiaire subrogé en soumettant le formulaire de « Changement de bénéficiaire – Option bénéficiaire subrogé » disponible dans le Centre de documentation.

**Au Québec**, la désignation du conjoint en vertu d'un mariage ou d'une union civile du propriétaire à titre de bénéficiaires est automatiquement irrévocable, à moins d'indication contraire.

**Rév. (Révocable) ou Irr. (Irrévocable)** : À moins d'indication contraire ou que cela ne soit pas permis par la loi, toute désignation de bénéficiaire est révocable. Si une bénéficiaire est désigné à titre irrévocable, soyez avisé que son consentement sera requis lors de toute demande qui pourrait affecter ses droits, incluant la désignation d'un nouveau bénéficiaire.

La police ne confère aucun droit aux bénéficiaires en sous-ordre avant le décès des bénéficiaires primaires et subrogés.

La police ne confère aucun droit aux bénéficiaires subrogés avant le décès des bénéficiaires primaires.

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.

Ce guide vous aidera à déterminer rapidement quel produit convient le mieux à l'état de santé de votre client. Si votre client ne présente aucun des problèmes de santé énumérés ci-dessous, il est très probablement admissible à notre produit Protection Platine.

**VOTRE CLIENT A-T-IL UNE CONDITION MÉDICALE ?** Commencez par la colonne de gauche et allez vers la droite jusqu'à ce que votre client soit en mesure de respecter les conditions énumérées. La colonne sélectionnée déterminera le produit le plus approprié.

Une fois le produit sélectionné, remplissez la déclaration d'assurabilité correspondante. Veuillez noter que chaque produit a sa propre série de questions.

Conditions médicales	Protection Platine	Protection Or Élite	Protection Or	Protection Argent
Abus d'alcool ou de drogues	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 2 ans	✓ Si plus de 12 mois
Angine ou crise cardiaque	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 2 ans
Angioplastie coronarienne ou pontage aorto-coronarien	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 2 ans
Attaque ischémique transitoire (AIT ou mini AVC)	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓	✓
Accident vasculaire cérébral	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 2 ans
Présentement alité ou hospitalisé ou en attente d'un diagnostic	✗	✗	✗	✗
Cancer ou leucémie	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 2 ans
Membre de la famille biologique diagnostiqué avec la maladie de Huntington. (S'applique seulement au assurés âgés de 50 ans et moins.)	✗	✗	✗	✗
Maladie rénale chronique	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 2 ans
Insuffisance cardiaque congestive ou cardiomyopathie	✓ Si plus de 10 ans	✓ Si plus de 10 ans	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 5 ans
Administration d'oxygène pour un trouble respiratoire chronique	✓ Si plus de 10 ans	✓ Si plus de 10 ans	✓ Si plus de 10 ans	✓
La maladie de Crohn	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓	✓
Trouble bipolaire, schizophrénie ou psychose	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓	✓
Diabète avec une ou plusieurs conditions <sup>1</sup>	✗	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓
Épilepsie, Convulsions ou maladie de Parkinson	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓	✓
Hépatite B, Hépatite C, Cirrhose du foie	✓ Si plus de 10 ans	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓
Hypertension artérielle (nouveau médicament ou une augmentation de la dose)	✓ Si plus de 3 mois	✓	✓	✓
Consommation de produits de marijuana prescrits ou non prescrits plus de 6 fois par semaine	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 2 ans	✓
Obésité	✓ Table de poids	✓ Table de poids	✓ Table de poids	✓ Table de poids
Greffe d'organe	✓ Si plus de 10 ans	✓ Si plus de 10 ans	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 5 ans
VIH/Sida	✗	✗	✗	✗
Souffle au coeur ou arythmie	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓	✓
Sclérose en plaques	✓ Si plus de 5 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓	✓
Hospitalisé ou traité à la Prednisone orale pour un trouble respiratoire	✓ Si plus de 2 ans	✓ Si plus de 2 ans	✓ Si plus de 12 mois	✓
Conditions non médicales	Protection Platine	Protection Or Élite	Protection Or	Protection Argent
Commis un acte criminel	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 2 ans	✓
Consommation de drogues (non prescrites)	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 2 ans	✓
Infraction de conduite liée à l'alcool ou aux drogues ou refus d'un alcootest (accusé ou condamné)	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 3 ans	✓ Si plus de 2 ans	✓
Permis de conduire suspendu ou révoqué suite à une infraction	✗	✗	✓	✓
Sports dangereux ou aviation privée	✓ Les 12 prochains mois	✓ Les 12 prochains mois	✓	✓
Voyage en dehors de l'Amérique du Nord, de l'Europe de l'Ouest ou des Caraïbes (excluant Haïti) au cours des 12 prochains mois	✓ Si moins de 6 semaines	✓ Si moins de 12 semaines	✓	✓

<sup>1</sup>Les conditions comprennent: infarctus (crise cardiaque), angine, accident vasculaire cérébral (AVC), maladie vasculaire périphérique, gangrène, amputation et coma hypoglycémique.

**DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR PROTECTION PLATINE.**  
**IL FAUT RÉPONDRE « NON » AUX 19 QUESTIONS POUR ÊTRE ÉLIGIBLE.**

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. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous perdu plus de 10% de votre poids actuel (autre qu'en raison d'une grossesse, d'un régime alimentaire intentionnel ou de l'exercice) ?

Non  Oui

3. Êtes-vous présentement :

(a) admis(e) dans un hôpital ?

Non  Oui

(b) résident 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 ?

4. Êtes-vous au courant d'un signe, d'un symptôme quelconque ou d'un test diagnostique anormal pour lequel :

(a) vous n'avez pas encore consulté de médecin ?

(b) vous faites présentement l'objet d'une investigation ?

(c) vous avez une consultation en cours avec un médecin spécialiste ? (Un médecin spécialiste ne comprend pas un médecin généraliste et une consultation en cours ne comprend pas un suivi de routine.)

Non  Oui

(d) vous avez consulté un médecin spécialiste sans avoir reçu de diagnostic ?

(e) vous êtes présentement en attente d'une intervention chirurgicale (autre qu'une chirurgie d'un jour/une chirurgie ambulatoire) ?

5. Avez-vous déjà :

(a) été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour la fibrose kystique, le VIH, le sida ou le syndrome pré-sida ?

Non  Oui

(b) été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour la dystrophie musculaire, la chorée de Huntington, la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), la maladie d'Alzheimer ou la démence ?

(c) 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/soins terminaux, ou avez discuté de ce type de soins avec un professionnel de la santé ?

6. **Question SEULEMENT pour les assurés âgés de 50 ans ou moins** - Y a-t-il quelqu'un parmi vos parents biologiques (père, mère, frère, soeur) ayant été diagnostiqué avec la chorée de Huntington ou la maladie polykystique des reins, et pour laquelle vous n'avez pas fait l'objet d'une enquête sur ces maladies ?

Non  Oui

7. Au cours des dix (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 ?

Non  Oui

(b) été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'insuffisance cardiaque congestive ou de cardiomyopathie ?

8. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison :

(a) d'une maladie rénale chronique ou de la maladie polykystique des reins, ou avez-vous subi une dialyse ?

(b) d'une angine ou d'un infarctus (une crise cardiaque), ou avez-vous subi une angioplastie coronarienne (avec ou sans l'insertion d'une endoprothèse vasculaire) ou d'un pontage aorto-coronarien ?

Non  Oui

(c) d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ?

9. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e) ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire) ?

Non  Oui

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

(a) infarctus (une crise cardiaque) ?

(b) angine ?

(c) accident vasculaire cérébral (AVC) ?

(d) maladie vasculaire périphérique ?

(e) gangrène ?

(f) amputation ?

(g) coma Hypoglycémique ?

Non  Oui

11. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e) avec un trouble respiratoire chronique (autre que l'apnée du sommeil) nécessitant l'administration d'oxygène ?

Non  Oui

12. Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous été :

(a) hospitalisé(e) pour un trouble respiratoire quelconque ?

(b) traité(e) avec de la Prednisone orale ou un autre corticostéroïde oral pour un trouble respiratoire quelconque ?

Non  Oui

## DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR PROTECTION PLATINE (SUITE)

13. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison :
- (a) d'hépatite B ou C ?  Non  Oui
- (b) d'une cirrhose du foie ?
- (c) d'une pancréatite chronique ?
- (d) de deux (2) épisodes ou plus de pancréatite aiguë ?
14. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour l'une des conditions suivantes :
- (a) convulsions, épilepsie, accident ischémique transitoire (AIT ou mini-AVC), tumeur de la moelle épinière ou du cerveau ?
- (b) trouble bipolaire, schizophrénie ou psychose ?
- (c) sclérose en plaques ou maladie de Parkinson ?  Non  Oui
- (d) arthrite rhumatoïde ou paralysie ?
- (e) souffle au cœur ou arythmie ?
- (f) maladie de Crohn ou colite ulcéreuse ?
- (g) glomérulonéphrite, sclérodermie ou Lupus érythémateux disséminé (LED) ?
15. Votre permis de conduire est-il présentement suspendu ou révoqué à la suite d'infractions au code de la route ?  Non  Oui
16. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous :
- (a) fait l'usage de narcotiques, des barbituriques ou des stéroïdes (autres que sur ordonnance médicale) ?
- (b) consommé des drogues non prescrites (autres que les produits à base de marijuana ou des médicaments en vente libre), y compris, mais sans s'y limiter, de la cocaïne, du LSD, des amphétamines, des hallucinogènes ?
- (c) consommé des produits de marijuana prescrits ou non prescrits plus de 6 fois par semaine ?  Non  Oui
- (d) été conseillé(e) par un professionnel de la santé de cesser votre consommation d'alcool ou de drogues, ou avez-vous reçu des conseils ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour abus d'alcool ou de drogue ?
- (e) 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 ?
- (f) été incarcéré(e), reconnu(e) coupable d'un acte criminel ou d'une infraction à toute loi, ou êtes-vous présentement accusé(e) d'un acte criminel ou d'une infraction à toute loi pour lequel aucun verdict n'a encore été rendu ?
17. Au cours des trois (3) derniers mois, avez-vous requis un nouveau médicament pour hypertension ou une augmentation du dosage de tout médicament pour hypertension ?  Non  Oui
18. Au cours des douze (12) prochains mois, vous attendez-vous à ou prévoyez-vous de voyager hors de l'Amérique du Nord, des Caraïbes (excluant Haïti) ou de l'Europe de l'Ouest pour plus de six (6) semaines ?  Non  Oui
19. Au cours des douze (12) prochains mois, vous attendez-vous à ou prévoyez-vous de pratiquer un sport ou des activités dangereuses, ou effectuer des envolées aériennes autrement que comme passager, pilote professionnel ou membre de l'équipage d'un vol commercial ?  Non  Oui

## DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR PROTECTION OR ÉLITE. IL FAUT RÉPONDRE « NON » AUX 18 QUESTIONS POUR ÊTRE ÉLIGIBLE.

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. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous perdu plus de 10% de votre poids actuel (autre qu'en raison d'une grossesse, d'un régime alimentaire intentionnel ou de l'exercice) ?  Non  Oui
3. Êtes-vous présentement :
- (a) admis(e) dans un hôpital ?  Non  Oui
- (b) résident 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 ?
4. Êtes-vous au courant d'un signe, d'un symptôme quelconque ou d'un test diagnostique anormal pour lequel :
- (a) vous n'avez pas encore consulté de médecin ?
- (b) vous faites présentement l'objet d'une investigation ?
- (c) vous avez une consultation en cours avec un médecin spécialiste ? (Un médecin spécialiste ne comprend pas un médecin généraliste et une consultation en cours ne comprend pas un suivi de routine.)  Non  Oui
- (d) vous avez consulté un médecin spécialiste sans avoir reçu de diagnostic ?
- (e) vous êtes présentement en attente d'une intervention chirurgicale (autre qu'une chirurgie d'un jour/une chirurgie ambulatoire) ?

## DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR PROTECTION OR ÉLITE (SUITE)

<p>5. Avez-vous déjà :</p> <p>(a) été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour la fibrose kystique, le VIH, le sida ou le syndrome pré-sida ?</p> <p>(b) été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour la dystrophie musculaire, la chorée de Huntington, la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), la maladie d'Alzheimer ou la démence ?</p> <p>(c) 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/soins terminaux, ou avez discuté de ce type de soins avec un professionnel de la santé ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p><b>6. Question SEULEMENT pour les assurés âgés de 50 ans ou moins</b> - Y a-t-il quelq'un parmi vos parents biologiques (père, mère, frère, soeur) ayant été diagnostiqué avec la chorée de Huntington ou la maladie polykystique des reins, et pour laquelle vous n'avez pas fait l'objet d'une enquête sur ces maladies ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>7. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous :</p> <p>(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 ?</p> <p>(b) été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'insuffisance cardiaque congestive ou de cardiomyopathie ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>8. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison :</p> <p>(a) d'une maladie rénale chronique ou de la maladie polykystique des reins, ou avez-vous subi une dialyse ?</p> <p>(b) d'une angine ou d'un infarctus (une crise cardiaque), ou avez-vous subi une angioplastie coronarienne (avec ou sans l'insertion d'une endoprothèse vasculaire) ou d'un pontage aorto-coronarien ?</p> <p>(c) d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>9. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e) ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire) ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>10. Avez-vous déjà reçu un diagnostic de diabète (autre que le diabète gestationnel) <b>et</b> avez-vous présenté l'une des conditions suivantes au cours des cinq (5) dernières années :</p> <p>a) infarctus (une crise cardiaque) ?</p> <p>(b) angine ?</p> <p>(c) accident vasculaire cérébral (AVC) ?</p> <p>(d) maladie vasculaire périphérique ?</p> <p>(e) gangrène ?</p> <p>(f) amputation ?</p> <p>(g) coma Hypoglycémique ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>11. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e) avec un trouble respiratoire chronique (autre que l'apnée du sommeil) nécessitant l'administration d'oxygène ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>12. Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous été :</p> <p>(a) hospitalisé(e) pour un trouble respiratoire quelconque ?</p> <p>(b) traité(e) avec de la Prednisone orale ou un autre corticostéroïde oral pour un trouble respiratoire quelconque ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>13. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison :</p> <p>(a) d'hépatite B ou C ?</p> <p>(b) d'une cirrhose du foie ?</p> <p>(c) d'une pancréatite chronique ?</p> <p>(d) de deux (2) épisodes ou plus de pancréatite aiguë ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>14. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour l'une des conditions suivantes :</p> <p>(a) convulsions, épilepsie, accident ischémique transitoire (AIT ou mini-AVC), tumeur de la moelle épinière ou du cerveau ?</p> <p>(b) trouble bipolaire, schizophrénie ou psychose ?</p> <p>(c) sclérose en plaques ou maladie de Parkinson ?</p> <p>(d) arthrite rhumatoïde ou paralysie ?</p> <p>(e) souffle au coeur ou arythmie ?</p> <p>(f) maladie de Crohn ou colite ulcéreuse ?</p> <p>(g) glomérulonéphrite, sclérodermie ou Lupus érythémateux disséminé (LED) ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>15. Votre permis de conduire est-il présentement suspendu ou révoqué à la suite d'infractions au code de la route ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>16. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous :</p> <p>(a) fait l'usage de narcotiques, des barbituriques ou des stéroïdes (autres que sur ordonnance médicale) ?</p> <p>(b) consommé des drogues non prescrites (autres que les produits à base de marijuana ou des médicaments en vente libre), y compris, mais sans s'y limiter, de la cocaïne, du LSD, des amphétamines, des hallucinogènes ?</p> <p>(c) consommé des produits de marijuana prescrits ou non prescrits plus de 6 fois par semaine ?</p> <p>(d) été conseillé(e) par un professionnel de la santé de cesser votre consommation d'alcool ou de drogues, ou avez-vous reçu des conseils ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour abus d'alcool ou de drogue ?</p> <p>(e) 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 ?</p> <p>(f) été incarcéré(e), reconnu(e) coupable d'un acte criminel ou d'une infraction à toute loi, ou êtes-vous présentement accusé(e) d'un acte criminel ou d'une infraction à toute loi pour lequel aucun verdict n'a encore été rendu ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>17. Au cours des douze (12) prochains mois, vous attendez-vous à ou prévoyez-vous de voyager hors de l'Amérique du Nord, des Caraïbes (excluant Haïti) ou de l'Europe de l'Ouest pour plus de douze (12) semaines ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>18. Au cours des douze (12) prochains mois, vous attendez-vous à ou prévoyez-vous de pratiquer un sport ou des activités dangereuses, ou effectuer des envolées aériennes autrement que comme passager, pilote professionnel ou membre de l'équipage d'un vol commercial ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui



DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR **PROTECTION OR**. IL FAUT RÉPONDRE « NON » AUX 13 QUESTIONS POUR ÊTRE ÉLIGIBLE.

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. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous perdu plus de 10 % de votre poids actuel (autre qu'en raison d'une grossesse, d'un régime alimentaire intentionnel ou de l'exercice) ?

Non  Oui

3. Êtes-vous présentement :

(a) admis(e) dans un hôpital ?

Non  Oui

(b) résident 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 ?

4. Êtes-vous au courant d'un signe, d'un symptôme quelconque ou d'un test diagnostique anormal pour lequel :

(a) vous n'avez pas encore consulté de médecin ?

(b) vous faites présentement l'objet d'une investigation ?

(c) vous avez une consultation en cours avec un médecin spécialiste ? (Un spécialiste médical ne comprend pas un médecin généraliste et une consultation en cours ne comprend pas un suivi de routine.)

Non  Oui

(d) vous avez consulté un médecin spécialiste sans avoir reçu de diagnostic ?

(e) vous êtes présentement en attente d'une intervention chirurgicale (autre qu'une chirurgie d'un jour/une chirurgie ambulatoire) ?

5. Avez-vous déjà :

(a) été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour la fibrose kystique, le VIH, le sida ou le syndrome pré-sida ?

(b) été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour la dystrophie musculaire, la chorée de Huntington, la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), la maladie d'Alzheimer ou la démence ?

Non  Oui

(c) 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/soins terminaux, ou avez discuté de ce type de soins avec un professionnel de la santé ?

6. Au cours des cinq (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 ?

Non  Oui

(b) été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'insuffisance cardiaque congestive ou de cardiomyopathie ?

7. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison :

(a) d'une maladie rénale chronique ou de la maladie polykystique des reins, ou avez-vous subi une dialyse ?

(b) d'une angine ou d'un infarctus (une crise cardiaque), ou avez-vous subi une angioplastie coronarienne (avec ou sans l'insertion d'une endoprothèse vasculaire) ou d'un pontage aorto-coronarien ?

Non  Oui

(c) d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ?

8. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e) ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire) ?

Non  Oui

9. 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 trois (3) dernières années :

(a) infarctus (une crise cardiaque) ?

(b) angine ?

(c) accident vasculaire cérébral (AVC) ?

(d) maladie vasculaire périphérique ?

(e) gangrène ?

(f) amputation ?

(g) coma Hypoglycémique ?

Non  Oui

10. Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e) avec un trouble respiratoire chronique (autre que l'apnée du sommeil) nécessitant l'administration d'oxygène ?

Non  Oui

11. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous été :

(a) hospitalisé(e) pour un trouble respiratoire quelconque ?

(b) traité(e) avec de la Prednisone orale ou un autre corticostéroïde oral pour un trouble respiratoire quelconque ?

Non  Oui

12. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison :

(a) d'hépatite B ou C ?

(b) d'une cirrhose du foie ?

(c) d'une pancréatite chronique ?

(d) de deux (2) épisodes ou plus de pancréatite aiguë ?

Non  Oui



## DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR PROTECTION OR (SUITE)

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

- (a) fait l'usage de narcotiques, des barbituriques ou des stéroïdes (autres que sur ordonnance médicale) ?
- (b) consommé des drogues non prescrites (autres que les produits à base de marijuana ou des médicaments en vente libre), y compris, mais sans s'y limiter, de la cocaïne, du LSD, des amphétamines, des hallucinogènes ?
- (c) consommé des produits de marijuana prescrits ou non prescrits plus de 6 fois par semaine ?
- (d) été conseillé(e) par un professionnel de la santé de cesser votre consommation d'alcool ou de drogues, ou avez-vous reçu des conseils ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour abus d'alcool ou de drogue ?
- (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 ?
- (f) été incarcéré(e), reconnu(e) coupable d'un acte criminel ou d'une infraction à toute loi, ou êtes-vous présentement accusé(e) d'un acte criminel ou d'une infraction à toute loi pour lequel aucun verdict n'a encore été rendu ?

Non  Oui

## DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ POUR PROTECTION ARGENT. IL FAUT RÉPONDRE « NON » AUX 8 QUESTIONS POUR ÊTRE ÉLIGIBLE.

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 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 d'un signe, d'un symptôme quelconque ou d'un test diagnostique anormal pour lequel :

- (a) vous n'avez pas encore consulté de médecin ?
- (b) vous faites présentement l'objet d'une investigation ?
- (c) vous avez une consultation en cours avec un médecin spécialiste ? (Un spécialiste médical ne comprend pas un médecin généraliste et une consultation en cours ne comprend pas un suivi de routine.)
- (d) vous avez consulté un médecin spécialiste sans avoir reçu de diagnostic ?
- (e) vous êtes présentement en attente d'une intervention chirurgicale (autre qu'une chirurgie d'un jour/une chirurgie ambulatoire) ?

Non  Oui

4. Avez-vous déjà :

- (a) été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour la fibrose kystique, le VIH, le sida ou le syndrome pré-sida ?
- (b) été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour la dystrophie musculaire, la chorée de Huntington, la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), la maladie d'Alzheimer ou la démence ?
- (c) 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/soins terminaux, ou avez discuté de ce type de soins avec un professionnel de la santé ?

Non  Oui

5. Au cours des cinq (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) été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'insuffisance cardiaque congestive ou de cardiomyopathie ?

Non  Oui

6. Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison :

- (a) d'une maladie rénale chronique ou de la maladie polykystique des reins, ou avez-vous subi une dialyse ?
- (b) d'une angine ou d'un infarctus (une crise cardiaque), ou avez-vous subi une angioplastie coronarienne (avec ou sans l'insertion d'une endoprothèse vasculaire) ou d'un pontage aorto-coronarien ?
- (c) d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ?

Non  Oui

7. Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e) ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire) ?

Non  Oui

8. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous été conseillé(e) par un professionnel de la santé de cesser votre consommation d'alcool ou de drogues, ou avez-vous reçu des conseils ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour abus d'alcool ou de drogue ?

Non  Oui

## VIE ENTIÈRE

Nom du produit	Type de couverture	Âge à l'émission	Minimum	Maximum	Capital assuré*	Options de paiement
Protection Platine Vie Entière	Immédiate	18-70	10 000\$	250 000\$	\$	<input type="checkbox"/> Payables à vie <input type="checkbox"/> Payables sur 20 ans
		71-80	10 000\$	125 000\$	\$	<input type="checkbox"/> Payables à vie <input type="checkbox"/> Payables sur 20 ans
		81-85	10 000\$	125 000\$	\$	<input type="checkbox"/> Payables à vie
Protection Or Élite Vie Entère	Immédiate	18-70	10 000\$	150 000\$	\$	<input type="checkbox"/> Payables à vie <input type="checkbox"/> Payables sur 20 ans
		71-80	5 000\$	50 000\$	\$	<input type="checkbox"/> Payables à vie <input type="checkbox"/> Payables sur 20 ans
		81-85	5 000\$	25 000\$	\$	<input type="checkbox"/> Payables à vie
Protection Or	Immédiate	40-70	5 000\$	100 000\$	\$	<input type="checkbox"/> Payables à vie <input type="checkbox"/> Payables sur 20 ans
		71-80	5 000\$	50 000\$	\$	<input type="checkbox"/> Payables à vie <input type="checkbox"/> Payables sur 20 ans
		81-85	5 000\$	25 000\$	\$	<input type="checkbox"/> Payables à vie
Protection Argent	Différée	40-70	5 000\$	50 000\$	\$	<input type="checkbox"/> Payables à vie <input type="checkbox"/> Payables sur 20 ans
		71-80	5 000\$	25 000\$	\$	<input type="checkbox"/> Payables à vie <input type="checkbox"/> Payables sur 20 ans
		81-85	5 000\$	25 000\$	\$	<input type="checkbox"/> Payables à vie

## TEMPORAIRE

Nom du produit	Type de couverture	Âge à l'émission	Minimum	Maximum	Capital assuré*	Options de paiement
Protection Or Élite Temporaire	Immédiate	18-70	50 000\$	150 000\$	\$	<input type="checkbox"/> T10 <input type="checkbox"/> T20
Protection Platine Temporaire	Immédiate	18-70	50 000\$	250 000\$	\$	<input type="checkbox"/> T10 <input type="checkbox"/> T20

## 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	<input type="checkbox"/> 1 unité <input type="checkbox"/> 2 unités	<input type="checkbox"/> _____ \$	<input type="checkbox"/> 10 000\$ <input type="checkbox"/> 20 000\$
Protection Or Élite Vie Entère	<input type="checkbox"/> 1 unité <input type="checkbox"/> 2 unités	<input type="checkbox"/> _____ \$	<input type="checkbox"/> 10 000\$ <input type="checkbox"/> 20 000\$
Protection Or	<input type="checkbox"/> 1 unité <input type="checkbox"/> 2 unités	N/A	N/A
Protection Argent	<input type="checkbox"/> 1 unité <input type="checkbox"/> 2 unités	N/A	N/A

\*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.

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

Mensuel \_\_\_\_\_ \$ (Voir section 10)  Annuel \_\_\_\_\_ \$  Semestriel \_\_\_\_\_ \$  Trimestriel \_\_\_\_\_ \$

(a) Somme versée avec la proposition \_\_\_\_\_ \$

(b) Payeur:  Proposed Insured  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<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup> 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.

**Renoncation** 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](http://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](http://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](http://assomption.ca)

Assurance individuelle • Assurance collective • Placements et retraite

Téléphone : 1-800-455-7337 • [www.assomption.ca](http://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