

PLANIFIEZ AVEC CONFIANCE.



PROTECTION
TOTALE

Proposition



AVIS

DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Dans le but de protéger le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Assomption Vie constitue et conserve, dans les bureaux d'Assomption Vie ou d'une tierce partie agissant en notre nom, au Canada ou ailleurs, un dossier dans lequel seront versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de règlement d'assurance. Ces renseignements que nous obtenons à votre sujet peuvent être de nature médicale ou porter sur vos habitudes de vie (dossier de conduite automobile, la pratique d'un sport dangereux, casier judiciaire, etc.). Nous, nos fournisseurs de service ou nos réassureurs pourrions consulter tout dossier d'assurance en notre possession ou en possession d'autres assureurs ou réassureurs concernant toute autre demande d'assurance ou déclaration que vous auriez faite par le passé.

Aux fins de la sélection des risques et lors de l'étude d'une réclamation, nous pourrions retenir les services d'un enquêteur dans le but d'effectuer une enquête à votre sujet. Celle-ci peut porter sur votre réputation, votre santé, vos finances et votre style de vie. Au cours de cette enquête, des membres de votre famille, amis ou voisins pourraient être questionnés à votre sujet.

Nous pourrions aussi, pour fins de sélection médicale, retenir les services d'un médecin, d'un organisme paramédical ou d'une clinique dans le but de vous faire subir un examen médical, des radiographies, un électrocardiogramme, un prélèvement sanguin ou vous demander un échantillon d'urine ou de salive. Les analyses porteront sur la détermination de plusieurs anomalies possibles dont le cholestérol et les lipides sanguins apparentés, le diabète, les troubles hépatiques, troubles des reins, troubles du foie, maladie des os, désordre immunitaire, les infections causées par le virus du sida, ainsi que la présence de médicaments, de drogue ou de nicotine ou leurs métabolites.

Lors de l'étude d'une réclamation, nous pourrions exiger une copie de votre dossier médical. Nous pourrions aussi exiger, lors de l'étude d'une réclamation de décès, une copie du rapport d'enquête policière, rapport du coroner ou tout autre renseignement pouvant nous permettre de déterminer les circonstances de votre décès.

Seuls les employés ou mandataires (dont tout réassureur, professionnel de la santé ou fournisseur de service) pour qui ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions ou à l'exécution de leur mandat auront accès à votre dossier. Si nécessaire, il se peut que vos renseignements personnels soient également partagés avec vos bénéficiaires ou représentant personnel à l'occasion d'une demande de règlement pour une prestation de décès.

Vos renseignements personnels peuvent être accessibles, utilisés et conservés de façon sécuritaire dans d'autres pays et peuvent être soumis à la législation de ces derniers. Il se peut que nous ayons à communiquer vos renseignements personnels à la demande d'une autorité gouvernementale ou à la suite d'une ordonnance d'un tribunal de ces pays.

Assomption Vie ne pourra communiquer vos renseignements personnels à des tiers sans votre consentement que si la loi ou une ordonnance d'un tribunal l'y oblige.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans votre dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante : ASSOMPTION VIE, a/s Sélection des risques, C.P. 160 / 770, rue Main, Moncton (N.-B.) E1C 8L1. Téléphone : 506-853-6040/1-800-455-7337 Télécopie : 506-853-5459.

PRÉAVIS DU BUREAU DE RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, Assomption Vie ou ses réassureurs se réservent le droit d'en communiquer un rapport sommaire au Bureau de renseignements médicaux (Medical Information Bureau), organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie qui fait l'échange de renseignements au nom de ses compagnies membres. Si vous faites une demande d'assurance vie ou d'assurance maladie auprès d'une autre compagnie membre du Bureau ou si une demande de règlement lui est soumise, le Bureau communiquera à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède à votre sujet. À titre de société américaine, le Bureau des renseignements médicaux est assujéti aux lois américaines applicables, et vos renseignements personnels pourraient être divulgués conformément à ces lois.

Sur réception d'un avis de votre part, le Bureau fera le nécessaire pour vous fournir tous les renseignements contenus dans votre dossier. Vous pouvez communiquer avec le Bureau en composant le 416-597-0590. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du Bureau, des correctifs pourraient être apportés conformément aux procédures prévues dans la loi fédérale américaine intitulée Fair Credit Reporting Act. L'adresse du Bureau de renseignements médicaux est la suivante : 330, avenue University, Bureau 501, Toronto, Ontario, Canada M5G 1R7. Visitez le site Web de MIB au www.mib.com pour plus d'information à leur sujet.

Assomption Vie ou ses réassureurs pourront aussi communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous avez soumis une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement.

REÇU D'ASSOMPTION VIE POUR PAIEMENT DE PRIME

Assomption Vie reconnaît avoir reçu la somme de _____ \$ avec la proposition Protection Totale sur la vie de

Personne à assurer 1 _____ **Personne à assurer 2** _____

L'acceptation de cette somme d'argent n'engage pas Assomption Vie à émettre un contrat d'assurance.

Fait à _____, ce _____ jour de _____, 20 _____

Signature du représentant x _____

La police et tout avenant émis sans modification à la proposition entrent en vigueur à la date à laquelle la proposition est approuvée par Assomption Vie ou à leur date d'émission indiquée à la page intitulée « Description de la police » du contrat d'assurance, si plus éloignée, à condition :

- que la première prime ait été payée du vivant de toutes les personnes à assurer et ait été payée à la date à laquelle la proposition est approuvée par Assomption Vie ou à leur date d'émission, si plus éloignée, et
- qu'il n'y ait eu aucun changement dans l'assurabilité de toute personne à assurer depuis la signature de la proposition jusqu'à la date à laquelle la proposition est approuvée par Assomption Vie ou jusqu'à leur date d'émission, si plus éloignée, et
- que tous les renseignements et réponses donnés dans la proposition soient encore complets et exacts à la date à laquelle la proposition est approuvée par Assomption Vie ou à leur date d'émission, si plus éloignée.



PROTECTION TOTALE

Prière de fournir toutes les réponses et tous les renseignements demandés dans cette proposition.
(Écrire en lettres moulées à l'encre bleue ou noire.)

AJOUT À LA POLICE/CONTRAT EN VIGUEUR N° _____

À l'usage du siège social seulement

N° de police/contrat _____

N° du client _____

1. PERSONNE À ASSURER

Personne à assurer 1

a) Nom _____
Prénom _____ Nom de famille _____ Nom à la naissance (si différent du nom de famille) _____

b) Adresse _____
Case postale _____ N° et rue _____ App. _____ Ville _____ Province/Territoire _____ Code postal _____

c) Date de naissance * ____/____/____ d) Âge ____ (au plus proche anniversaire) e) Sexe M F f) Lieu de naissance _____
jour mois année Province/Pays

g) N° de téléphone domicile (_____) _____ bureau (_____) _____ h) Courriel _____

i) Statut actuel de résidence au Canada : Canadien(ne) Résident(e) permanent(e) Autre (précisez) _____

Personne à assurer 2

a) Nom _____
Prénom _____ Nom de famille _____ Nom à la naissance (si différent du nom de famille) _____

b) Adresse _____
Case postale _____ N° et rue _____ App. _____ Ville _____ Province/Territoire _____ Code postal _____

c) Date de naissance * ____/____/____ d) Âge ____ (au plus proche anniversaire) e) Sexe M F f) Lieu de naissance _____
jour mois année Province/Pays

g) N° de téléphone domicile (_____) _____ bureau (_____) _____ h) Courriel _____

i) Statut actuel de résidence au Canada : Canadien(ne) Résident(e) permanent(e) Autre (précisez) _____

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

2. PROPRIÉTAIRE

Veuillez cocher le(s) propriétaire(s) ci-dessous et remplir les champs. Ne remplissez pas la présente section si vous avez coché « AJOUT À LA POLICE/CONTRAT EN VIGUEUR » ci-dessus.

Personne à assurer 1 Indiquez la profession _____ Numéro d'assurance sociale : | | | | | | | | | |

Personne à assurer 2 Indiquez la profession _____ Numéro d'assurance sociale : | | | | | | | | | |

Autre (remplissez ce qui suit)

a) Nom _____
Prénom _____ Nom de famille _____ Lien avec la personne à assurer 1 _____

b) Adresse _____
Case postale _____ N° et rue _____ App. _____ Ville _____ Province/Territoire _____ Code postal _____

c) Date de naissance ____/____/____ d) Métier/Profession _____ e) Numéro d'assurance sociale : _____
jour mois année

f) N° de téléphone domicile (_____) _____ bureau (_____) _____ g) Courriel _____

3. LE PROPRIÉTAIRE EST UNE PERSONNE MORALE

Si le propriétaire est une **personne morale** (entreprise, partenariat, association, etc.) remplissez la section ci-dessous :

Type d'entreprise (agriculture, pêche, transport, services professionnels, etc.) : _____ Numéro d'enregistrement : _____

Est-ce que la société constituée en personne morale est active? Oui Non Noms des administrateurs de la société (ci-dessous) :

1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Indiquez les noms des personnes autorisées à signer pour la personne morale et leur titre.

Nom _____ Titre _____ Nom _____ Titre _____

4. BÉNÉFICIAIRE DE LA PERSONNE À ASSURER 1

Bénéficiaires primaires de la personne à assurer 1				Révocable ou irrévocable*		Hors Québec	Au Québec
Prénom	Nom de famille	Âge	%	Rév.	Irrév.	Lien de parenté avec la personne à assurer 1	Lien de parenté avec le propriétaire
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Total (doit être égal à 100 %)							
Bénéficiaires en sous-ordre <small>(S'applique seulement si tous les bénéficiaires primaires nommés ci-dessus décèdent avant la personne à assurer.)</small>				Révocable ou irrévocable*		Hors Québec	Au Québec
Prénom	Nom de famille	Âge	%	Rév.	Irrév.	Lien de parenté avec la personne à assurer 1	Lien de parenté avec le propriétaire
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Total (doit être égal à 100 %)							

5. BÉNÉFICIAIRE DE LA PERSONNE À ASSURER 2

Bénéficiaires primaires de la personne à assurer 2				Révocable ou irrévocable*		Hors Québec	Au Québec
Prénom	Nom de famille	Âge	%	Rév.	Irrév.	Lien de parenté avec la personne à assurer 2	Lien de parenté avec le propriétaire
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Total (doit être égal à 100 %)							
Bénéficiaires en sous-ordre <small>(S'applique seulement si tous les bénéficiaires primaires nommés ci-dessus décèdent avant la personne à assurer.)</small>				Révocable ou irrévocable*		Hors Québec	Au Québec
Prénom	Nom de famille	Âge	%	Rév.	Irrév.	Lien de parenté avec la personne à assurer 2	Lien de parenté avec le propriétaire
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Total (doit être égal à 100 %)							

* Au Québec, toute désignation de bénéficiaire en faveur de l'époux/épouse ou du conjoint/de la conjointe uni civilement du propriétaire est irrévocable, sauf indication contraire. Toutes les autres désignations de bénéficiaire sont révocables, sauf indication contraire.

La désignation d'un bénéficiaire irrévocable limite vos droits en vertu du contrat et le consentement du bénéficiaire sera nécessaire pour des transactions futures telles que les changements de bénéficiaire.

6. DÉCLARATION SUR L'USAGE DU TABAC/DE LA NICOTINE

Au cours des **douze derniers mois**, avez-vous fait usage d'une forme quelconque de tabac, de produits contenant de la nicotine ou de produits de marijuana? Si la réponse est « Non », la classe de prime sera NON-FUMEUR. Si la réponse est « Oui », la classe de prime sera FUMEUR.

Personne à assurer 1 Oui Non Personne à assurer 2 Oui Non

7. ASSURANCE DEMANDÉE

		Capital assuré	Prime annuelle
Personne à assurer 1	PROTECTION TOTALE	\$	\$
Personne à assurer 2	PROTECTION TOTALE	\$	\$
Total		\$	\$

8. PRIME ET MODE DE PAIEMENT

Ne remplissez pas les sections 8 et 10 si vous avez coché ✓ « AJOUT À LA POLICE/CONTRAT EN VIGUEUR » en page 3.

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

Mensuel _____ \$ (Voir section 8 ci-dessous) Annuel _____ \$ Semestriel _____ \$ Trimestriel _____ \$

a) Somme versée avec la proposition _____ \$

b) Payeur : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2 Propriétaire (autre tel que précisé dans la section 2) Autre (remplir ci-dessous)

Nom _____ Adresse _____



9. ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) (seulement si DPA a été choisi dans la proposition)

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 est autorisée à soumettre le débit de nouveau. Tous frais découlant d'une provision insuffisante au compte seront ajoutés au débit subséquent.
J'accepte que mon compte soit débité le (1er au 28e jour du mois) ou le jour ouvrable suivant (sujet à modification).
Si toutes les conditions préalables de la convention d'assurance-vie temporaire conditionnelle sont remplies, j'accepte que le premier DPA soit effectué dès la signature des présentes. 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).

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.

10. DIRECTIVES SPÉCIALES

Blank lines for special directives.



11. DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

Ne soumettez pas la présente proposition à Assomption Vie si vous répondez « Oui » à l'une des questions ci-dessous.

Questions pour tout montant de capital assuré	Personne à assurer 1	Personne à assurer 2
1. Cette proposition a-t-elle pour but de remplacer toute autre assurance-vie individuelle?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Êtes-vous actuellement hospitalisé ou alité dans une clinique, un foyer de soins, une maison de repos, un hôpital, une institution avec soins spécialisés ou à votre domicile?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Au cours des trois dernières années, avez-vous été traité(e) pour toute forme de cancer?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Avez-vous été informé(e) d'un résultat positif d'un test démontrant le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou êtes-vous atteint(e) du syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou de toute autre affection reliée au sida?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Questions additionnelles pour capital assuré excédent 30 000 \$		
5. Au cours des deux dernières années, une demande d'assurance sur votre vie a-t-elle été refusée ou remise à plus tard?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
6. Au cours des deux dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) pour maladie cardiaque?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
7. Au cours des cinq dernières années: a) Avez-vous reçu une greffe d'organe(s) ou de moelle osseuse ou vous a-t-on avisé que votre condition en nécessitait une?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) Avez-vous reçu un diagnostic ou subi des traitements (incluant médicaments) pour des maladies telles que sclérose latérale amyotrophique (Lou Gehrig), paralysie bulbaire progressive, cœur pulmonaire ou toute autre maladie terminale incurable?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non







12. DÉCLARATION, AUTORISATION ET SIGNATURES DE LA PERSONNE ASSURÉE ET DU PROPRIÉTAIRE

- J'ai demandé que la proposition soit en français et je demande que tout autre document relié soit aussi en français.
J'atteste que tous les renseignements et réponses donnés dans la proposition et dans tout document s'y rapportant sont complets et exacts et je reconnais qu'ils constituent la base du contrat.
(Pour toute personne à assurer ayant déclaré être non-fumeur dans la proposition) Je confirme qu'au cours des douze derniers mois, je n'ai pas fait usage d'une forme quelconque de tabac, de produits contenant de la nicotine ou de produits de marijuana.
Je reconnais que toute déclaration fautive ou inexacte peut rendre l'assurance annulable au choix d'Assomption Vie dans les deux ans suivant la date d'émission de la police ou de tout avenant ou la date de la remise en vigueur, et que toute déclaration inexacte concernant la déclaration sur l'usage de tabac ou de tout produit contenant de la nicotine ou de la marijuana et la fraude entraîneront automatiquement la résiliation du contrat émis et aucune réclamation du capital assuré ne sera payable.
Je comprends qu'aucun représentant en assurance et aucune personne autre qu'Assomption Vie n'a le droit de modifier ou d'annuler toute question ou disposition de la présente proposition ou toute disposition du contrat, d'un avenant ou de tout autre document qui fait partie du contrat ni d'y renoncer.
Je comprends que la police et tout avenant, lorsque émis sans modification à la proposition, entrent en vigueur à la date à laquelle la proposition est approuvée par Assomption Vie ou à leur date d'émission indiquée à la page intitulée « Description de la police » du contrat d'assurance, si plus éloignée, à condition :
a) que la première prime ait été payée du vivant de toutes les personnes à assurer et ait été payée à la date à laquelle la proposition est approuvée par Assomption Vie ou à leur date d'émission, si plus éloignée,
b) qu'il n'y ait eu aucun changement dans l'assurabilité de toute personne à assurer depuis la signature de la proposition jusqu'à la date à laquelle la proposition est approuvée par Assomption Vie ou jusqu'à leur date d'émission, si plus éloignée, et
c) que tous les renseignements et réponses donnés dans la proposition soient encore complets et exacts à la date à laquelle la proposition est approuvée par Assomption Vie ou à leur date d'émission, si plus éloignée.
J'accuse réception de l'Avis pour dossiers et renseignements personnels et pour préavis du Bureau de renseignements médicaux et en accepte toutes les modalités et conditions.
PAIEMENT DES PRIMES : Je reconnais que toute somme payée avec la présente proposition d'assurance n'engage pas Assomption Vie à émettre un contrat d'assurance. Je reconnais et accepte qu'Assomption Vie n'assurera la responsabilité du risque d'assurance seulement lorsque la police et tout avenant entrent en vigueur, sous réserve des limites et exclusions du contrat.

AUTORISATION DES PERSONNES À ASSURER 1) ET 2)

J'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou autre établissement à caractère médical ou paramédical, ainsi que toute compagnie d'assurance, le Bureau de renseignements médicaux, agence de crédit, et tout autre organisme, institution ou personne qui possèdent des dossiers ou renseignements sur moi-même ou mon état de santé à les échanger avec Assomption Vie ou ses réassureurs lors de l'étude des réclamations.

J'autorise Assomption Vie à retenir les services d'un enquêteur au moment de la sélection des risques et lors de l'étude d'une réclamation. Cette enquête, lorsque nécessaire, peut porter sur l'obtention d'information sur ma santé, mes finances et mon style de vie.

Lors de l'étude d'une réclamation, j'autorise tout coroner, force policière et toute autre agence possédant des renseignements relatifs à mon décès à les communiquer à Assomption Vie et ses réassureurs.

En cochant cette case, j'autorise Assomption Vie à utiliser mes renseignements personnels afin de me communiquer des renseignements sur des produits et services additionnels qui pourraient m'intéresser.

Je reconnais qu'une reproduction de cette autorisation a la même validité que l'original.

Fait à _____, ce _____ jour de _____, 20 ____

Signature des personnes à assurer

Signature des propriétaires * (si autre que les personnes à assurer)

1) x _____ x _____ Titre* _____

2) x _____ x _____ Titre* _____

* Si le propriétaire est une personne morale (entreprise, association, etc.), la signature des personnes autorisées et leur titre sont exigés.

Nom et signature des propriétaires du compte** (Pour accord de débit préautorisé)

(À COMPLÉTER SEULEMENT SI AUTRE QUE LES PERSONNES À ASSURER OU PROPRIÉTAIRES NOMMÉS CI-DESSUS)

Si deux signatures sont requises sur le compte, les deux propriétaires du compte doivent signer la présente autorisation.

Nom _____ Signature x _____ Titre** _____

Nom _____ Signature x _____ Titre** _____

** Si le propriétaire du compte est une personne morale (entreprise, association, etc.), la signature des personnes autorisées et leur titre sont exigés.



13. DÉCLARATION DE L'AGENT

Est-ce que toutes personnes à assurer et propriétaires comprennent la langue dans laquelle la proposition est rédigée? Oui Non

Si « non », remplir ce qui suit :

Je confirme :

1. parler couramment la langue de toutes les personnes à assurer et propriétaires (« assurés ») et avoir traduit correctement et complètement la proposition d'assurance, l'avis, la déclaration et l'autorisation dans cette langue et m'être assuré de leur compréhension.
2. avoir compris toutes les réponses des assurés et les avoir correctement traduites et transcrites dans la proposition d'assurance.

Oui Non

En cochant **OUI**, je confirme les déclarations précédentes et comprends qu'en cas de différend futur au sujet de la compréhension et de l'interprétation de la langue de la proposition d'assurance, de l'avis, de la déclaration ou de l'autorisation je pourrais être tenu responsable envers Assomption Vie.

En cochant **NON**, je refuse d'assumer la responsabilité pour la traduction.

Je comprends que le processus d'émission pourra être retardé afin de confirmer les réponses des personnes à assurer et propriétaires.

Avez-vous personnellement vu la personne à assurer? Oui Non

Si non, expliquez _____

En apposant sa signature ci-dessous, le représentant atteste la signature des personnes indiquées ci-dessus et confirme avoir vérifié leur identité et leur date de naissance à l'aide d'une pièce d'identité originale.

Le représentant confirme également avoir remis et expliqué au client une *Déclaration de l'agent* précisant son mode de rémunération et autres avantages financiers, le nom des sociétés d'assurance qu'il représente, ainsi que tout conflit d'intérêt.

Signature du représentant x _____ Nom du représentant _____ (en lettres moulées)

Code d'agent _____ N° de téléphone du représentant _____

Nom de l'agence/du cabinet _____ (en lettres moulées)



PRIMES ET VALEURS DE RACHAT SUR PROTECTION TOTALE

PRIME ANNUELLE PAR 1 000 \$ (Âge au plus proche anniversaire)

Capital assuré : 5 000 \$ à 50 000 \$

Âge	Non-fumeur		Fumeur		Âge	Non-fumeur		Fumeur	
	H	F	H	F		H	F	H	F
18	23,49	15,18	28,37	20,90	50	52,09	39,49	95,95	63,42
19	23,49	15,18	28,37	20,90	51	53,60	40,58	99,28	64,78
20	23,49	15,18	28,37	20,90	52	55,12	41,67	102,61	66,13
21	23,49	15,18	28,37	20,90	53	56,64	42,76	105,93	67,49
22	23,49	15,18	28,37	20,90	54	58,15	43,86	109,26	68,85
23	23,49	15,18	28,37	20,90	55	59,67	44,95	112,59	70,21
24	23,49	15,18	28,37	20,90	56	62,10	46,71	116,64	72,07
25	23,49	15,18	28,37	20,90	57	64,52	48,46	120,70	73,93
26	24,07	15,94	30,15	22,45	58	66,95	50,22	124,75	75,79
27	24,66	16,70	31,94	23,99	59	69,38	51,98	128,81	77,66
28	25,24	17,46	33,72	25,54	60	71,80	53,74	132,86	79,52
29	25,82	18,22	35,50	27,08	61	77,28	57,56	144,06	84,33
30	26,40	18,98	37,29	28,63	62	82,76	61,38	155,25	89,14
31	26,99	19,73	39,07	30,17	63	88,24	65,21	166,44	93,95
32	27,57	20,49	40,85	31,72	64	93,72	69,03	177,63	98,76
33	28,15	21,25	42,63	33,26	65	99,19	72,85	188,82	103,58
34	28,73	22,01	44,42	34,81	66	102,67	75,42	193,76	105,42
35	29,32	22,77	46,20	36,35	67	106,15	78,00	198,69	107,27
36	30,83	23,90	49,51	38,38	68	109,63	80,58	203,63	109,12
37	32,35	25,02	52,82	40,40	69	113,11	83,15	208,56	110,97
38	33,87	26,15	56,13	42,43	70	116,58	85,73	213,50	112,81
39	35,39	27,27	59,44	44,46	71	124,24	91,96	220,50	120,13
40	36,91	28,40	62,75	46,48	72	131,89	98,20	227,49	127,45
41	38,43	29,53	66,07	48,51	73	139,55	104,43	234,49	134,77
42	39,95	30,65	69,38	50,54	74	147,20	110,67	241,48	142,08
43	41,47	31,78	72,69	52,56	75	154,86	116,90	248,48	149,40
44	42,99	32,90	76,00	54,59	76	167,35	124,12	259,26	156,35
45	44,50	34,03	79,31	56,62	77	179,84	131,33	270,04	163,30
46	46,02	35,12	82,64	57,98	78	192,33	138,55	280,81	170,24
47	47,54	36,21	85,96	59,34	79	204,82	145,76	291,59	177,19
48	49,05	37,31	89,29	60,70	80	217,31	152,98	302,37	184,14
49	50,57	38,40	92,62	62,06	-	-	-	-	-

Frais annuels de police : 80 \$

Frais annuels pour l'avenant du conjoint : \$40

VALEUR DE RACHAT PAR 1 000 \$ - HOMME ET FEMME

Âge atteint**	Valeur										
21	1	35	13	49	31	63	81	77	221	91	519
22	1	36	14	50	33	64	88	78	234	92	549
23	1	37	15	51	35	65	95	79	247	93	579
24	2	38	16	52	37	66	102	80	260	94	609
25	3	39	17	53	39	67	109	81	273	95	639
26	4	40	18	54	42	68	116	82	286	96	679
27	5	41	19	55	45	69	123	83	299	97	719
28	6	42	20	56	48	70	130	84	319	98	819
29	7	43	21	57	51	71	143	85	339	99	919
30	8	44	22	58	54	72	156	86	369	100	1000
31	9	45	23	59	57	73	169	87	399	-	-
32	10	46	25	60	60	74	182	88	429	-	-
33	11	47	27	61	67	75	195	89	459	-	-
34	12	48	29	62	74	76	208	90	489	-	-

*N.B. Pour tous les âges à l'émission, les valeurs de rachat (VR) débutent après 3 ans. Elles sont ajustées de la façon suivante :

durée 3 ans : 25 %

durée 5 ans : 75 %

durée 4 ans : 50 %

durée 6 ans et + : 100 %

Exemple : Âge à l'émission 60

VR avant 3 ans (Troisième anniversaire) = 0

VR durée 3 ans = 25% x 81 = 20.25

VR durée 4 ans = 50% x 88 = 44.00

VR durée 5 ans = 75% x 95 = 71.25

VR durée 6 = 102

VR durée 10 = 130

VR durée 20 = 260

** Âge atteint à l'anniversaire de la police ou de l'avenant

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

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie

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

Tél. : 506-853-6040 / 1-800-455-7337 • www.assomption.ca