

Formulaire de collecte de données : Remplir celle-ci pour *chaque* assuré

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

Les renseignements dans ce document ne sont valides qu'une fois téléchargés vers le site de commerce en ligne d'Assomption Vie.

Option de police : Individuelle Conjointe

Ce formulaire est pour : personne à assurer 1 personne à assurer 2 (sur le conjoint pour avenant Protection Or, Protection Or Différée)

A. INFORMATION DE LA PERSONNE À ASSURER

Prénom	Adresse
Nom de famille	Ville
Nom de famille précédent	Province
Métier/profession	Code postal
Nom de l'employeur	Tél. domicile - - - - - Tél. bureau - - - - -
Revenu annuel (d'emploi)	<input checked="" type="checkbox"/> Courriel
Province de naissance	Date de naissance <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> (Exemple : 01/JAN/2011)
Pays de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Statut actuel de résidence au Canada : <input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent (immigrant reçu) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____ Si autre, indiquer la date du statut <u> </u> / <u> </u> / <u> </u> JJ MMM AAAA	Au cours des douzes (12) derniers mois, avez-vous fait usage d'une forme quelconque de tabac, de produits contenant de la nicotine ou de produits de marijuana mélangée à de la nicotine, ou fait usage de cigarettes électroniques? Fumeur : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

B. ASSURANCE DEMANDÉE

Protection Or Protection Or payable à vie Protection Or payable sur 20 ans (âge maximal : 80 ans)

Couverture existante de tous les produits Protection Or et du Produit Protection Totale (si applicable) _____ \$
Capital assuré demandé + _____ \$
 *Couverture d'assurance totale = _____ \$

* Maximum permis : 100 000 \$ pour une personne à assurer de 40 à 70 ans et 50 000 \$ pour personne à assurer de 71 à 85 ans

Si la couverture d'assurance totale est de **50 000 \$ ou moins**, veuillez remplir le questionnaire médical A.

Si la couverture d'assurance totale est de **50 001 \$ à 100 000 \$**, veuillez remplir le questionnaire médical B.

À noter : Si le montant de couverture existante n'est pas précisé correctement, le capital assuré demandé pourrait être réduit. Le questionnaire médical B pourrait être demandé lors du traitement de la proposition.

Protection Or Différée Protection Or Différée payable à vie Protection Or Différée payable sur 20 ans (âge maximal : 80 ans)

Couverture existante de tous les produits Protection Or et du produit Protection Totale (si applicable) _____ \$
 Capital assuré demandé + _____ \$
 Couverture d'assurance totale (maximum permis : 50 000 \$) = _____ \$

Veuillez remplir le questionnaire médical A.

À noter : Si le montant de couverture existante n'est pas précisé correctement, le capital assuré demandé pourrait être réduit.

Formulaire de collecte de données : Protection Or et Protection Or Différée

Avenant de garantie complémentaire :

Fracture accidentelle plus :

l'assuré l'assuré et conjoint l'assuré et enfant

l'assuré, enfant et conjoint

1 unité

2 unités

Nom du conjoint de l'assuré : _____

Nom complet des enfants de l'assuré :

1) _____

2) _____

3) _____

4) _____

5) _____

C. MODE DE PAIEMENT (Remplir seulement sur le formulaire pour la **personne à assurer 1**)

Annuelle

Mensuelle (DPA)

Date régulière du débit préautorisé (DPA) :

Semestrielle

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

Trimestrielle

le _____ (1^{er} au 28^e) jour du mois

D. REMPLACEMENT

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.

E. BÉNÉFICIAIRE AU DÉCÈS DE LA PERSONNE À ASSURER (Remplir seulement sur le formulaire 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	_____
_____	_____	_____		_____
_____	_____	_____		_____

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

Subrogé (Remplace le bénéficiaire primaire s'il décède avant la personne à assurer)

_____	_____	_____		_____
_____	_____	_____		_____

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

En sous-ordre _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/> Révocable	_____
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/> Révocable	_____

(Au décès de tous les bénéficiaires primaires et subrogés)

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

Assigner un fiduciaire (facultatif)

Lien de parenté avec le bénéficiaire

*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.

Formulaire de collecte de données : Protection Or et Protection Or Différée

F. RENSEIGNEMENTS DU PROPRIÉTAIRE/PAYEUR (Remplir seulement sur le formulaire pour la personne à assurer 1)

Propriétaire : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2 Autre ou personne morale (remplir ci-dessous)
 Copropriétaire : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2 Autre (remplir ci-dessous)
 Payeur : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2 Propriétaire Copropriétaire Autre (remplir ci-dessous)

Données bancaires (Si possible, obtenir un chèque personnalisé portant la mention « NUL »)

Nom de l'institution financière
 N° de l'institution financière N° de la succursale épargne chèque
 N° de compte

Remplir si le propriétaire est une personne morale (corporation, société, etc.)

Nom de la personne morale
 N° d'enregistrement Nom des administrateurs
 Adresse
 Ville
 Province Nom des personnes autorisées à signer au nom de la personne morale avec leur titre
 Code postal Nom Titre
 Téléphone Nom Titre

Remplir si le propriétaire est Autre

Cocher si applicable et remplir seulement le prénom et nom de famille. Adresse
 Voir le formulaire pour EP sur le propriétaire nommé ci-dessous. Ville
 Prénom Province
 Nom de famille Code postal
 Date de naissance _ _ / _ _ / _ _ _ _ Tél. domicile
 JJ MMM AAAA (Exemple 01/JAN/2011) Tél. bureau
 Copier l'adresse : Personne à assurer 1 2 Courriel
 Lien de parenté avec la personne à assurer

Remplir si le copropriétaire ou payeur est Autre

Cocher si applicable et remplir seulement le prénom et nom de famille. Adresse
 Voir le formulaire pour EP sur le payeur nommé ci-dessous. Ville
 Prénom Province
 Nom de famille Code postal
 Date de naissance ** _ _ / _ _ / _ _ _ _ Tél. domicile
 JJ MMM AAAA (Exemple 01/JAN/2011) Tél. bureau
 Copier l'adresse : Personne à assurer 1 2 Courriel
 Lien de parenté avec la personne à assurer **

**** Ces champs n'ont pas besoin d'être remplis pour le payeur.**

Formulaire de collecte de données : Protection Or et Protection Or Différée

G. DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ		
	Questionnaire A Protection Or / Protection Or Différée pour un total de couverture d'assurance de 50 000 \$ ou moins	Questionnaire B Protection Or pour un total de couverture d'assurance de 50 001 \$ à 100 000 \$
	Personne à assurer	Personne à assurer
1. Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous soumis une demande d'assurance vie individuelle ayant été refusée ou remise à plus tard par une compagnie autre qu'Assomption Vie?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Si vous avez répondu « Oui » à la question 1, vous ne qualifiez malheureusement pas pour Protection Or, CEPENDANT , vous pourriez qualifier pour Protection Or Différé (voir au bas de la page 5 pour la description du produit) si vous répondez Non à toutes les questions ci-dessous. Ne soumettez pas la présente proposition à Assomption Vie si vous répondez « Oui » à l'une des questions ci-dessous.	Si vous avez répondu oui à la question 1, vous ne qualifiez malheureusement pas pour Protection Or, CEPENDANT , vous pourriez qualifier pour Protection Or Différée. Le total de couverture d'assurance maximum permis est de 50 000 \$. Vous devez donc réduire le montant de capital assuré demandé. Vous devrez ensuite répondre au questionnaire A au complet.
2. Êtes-vous présentement hospitalisé(e) (admis(e) dans un hôpital), dans un établissement de soins prolongés ou un foyer de soins infirmiers, confiné(e) au lit ou à un fauteuil?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
3. 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) ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), la maladie d'Alzheimer ou la démence? c) été avisé(e) par un médecin que vous étiez atteint(e) d'une maladie terminale incurable pour laquelle vous aviez moins de douze (12) mois à vivre?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
4. Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
5. Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous subi une amputation causée par une maladie?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Au cours des deux (2) dernières années	Au cours des trois (3) dernières années
6. Avez-vous : a) été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'un accident vasculaire cérébral (AVC)? b) été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou d'emphysème ayant nécessité l'administration d'oxygène? c) été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'hépatite B, d'hépatite C ou d'une cirrhose du foie? d) été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'un coma diabétique ou d'un coma hypoglycémique?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Formulaire de collecte de données : Protection Or et Protection Or Différée

<p>e) été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'insuffisance cardiaque congestive ou de cardiomyopathie?</p>		
<p>7.</p> <p>a) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'une maladie rénale chronique, ou avez-vous subi une dialyse?</p> <p>b) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'une angine ou d'un infarctus (une crise cardiaque), ou avez-vous subi une angioplastie coronarienne (avec ou sans insertion d'une endoprothèse vasculaire) ou un pontage aorto-coronarien?</p> <p>c) avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou reçu une radiothérapie pour une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire)?</p> <p>d) vous a-t-on prescrit un nouveau médicament ou un changement de dosage de votre médicament pour une angine, un infarctus (crise cardiaque), une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire)?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
		<p>Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions 5, 6 & 7, vous ne qualifiez malheureusement pas pour Protection Or de plus de 50 000 \$, CEPENDANT, vous pourriez qualifier pour Protection Or d'une couverture 50 000 \$ et moins si vous répondez non aux questions 1 à 11 du questionnaire A.</p> <p>Vous devez donc réduire le montant de capital assuré demandé. Vous devrez ensuite répondre au questionnaire A au complet.</p>
<p>8. Au cours des six (6) derniers mois :</p> <p>a) avez-vous été conseillé(e) de subir une biopsie qui n'a pas encore été effectuée ou qui a eu lieu, mais dont vous n'avez pas encore reçu les résultats?</p> <p>b) avez-vous été dirigé(e) vers un spécialiste que vous n'avez pas encore vu, soit un oncologue (spécialiste du cancer), soit un néphrologue (spécialiste des reins), soit un cardiologue (spécialiste des maladies du cœur)?</p> <p>c) avez-vous consulté un oncologue, un néphrologue ou un cardiologue et avez-vous été conseillé(e) de subir des tests, lesquels n'ont pas encore été effectués, ou avez-vous subi des tests pour lesquels vous n'avez pas encore reçu de résultats?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Protection Or Différée:

Lorsque la Protection Or différée est en vigueur, la prestation de décès est égale au remboursement des primes avec intérêt au taux annuel de 3 % si l'assuré décède avant le deuxième anniversaire de la police ou de l'avenant visé (aucun remboursement de prime ne sera effectué si la prestation de décès accidentel est versée).

H. DIRECTIVES SPÉCIALES (Remplir seulement sur le formulaire pour la **personne à assurer 1**)

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/2011)

- Des restrictions administratives peuvent s'appliquer.

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/courtier) en lettres moulées

**CERTIFICAT D'ASSURANCE PROVISOIRE CONDITIONNELLE
POUR PROTECTION OR ET INSTATERM SEULEMENT**

NUMÉRO DE LA PROPOSITION ET DÉTAILS DES PERSONNES À ASSURER

Numéro de la proposition : _____

Les personnes à assurer ci-dessous se qualifient pour :

		Vie	Aucune
Personne à assurer 1	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne à assurer 2	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne à assurer 3	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. NOTE DE COUVERTURE D'ASSURANCE PROVISOIRE CONDITIONNELLE

Assomption Vie s'engage à assurer temporairement toute personne à assurer admissible à l'assurance provisoire conditionnelle à compter de la date de signature de la proposition, sous réserve des conditions préalables, limites et exclusions indiquées au présent document.

CONDITIONS PRÉALABLES

- La personne à assurer doit être résidente canadienne et être âgée de moins de 66 ans (à l'anniversaire de naissance le plus rapproché de la date de signature de la proposition).
- La personne à assurer a répondu NON à toutes les questions, de la déclaration d'assurabilité, sur la proposition indiquée ci-dessus.
- Au moins 1/12^e de la prime annuelle du contrat d'assurance a été payé au moment de la signature de la déclaration et autorisation pour la proposition d'assurance en ligne. La prime est réputée être payée, pour les paiements par débits préautorisés (DPA), si Assomption Vie est autorisée à prélever la prime du compte bancaire le jour même de la signature de la proposition. Pour les paiements de prime par chèque, la prime est réputée être payée si le chèque peut être encaissé le jour même de la signature de la proposition.

Si les conditions préalables ci-dessus ne sont pas remplies, la note de couverture ne prend pas effet.

Si une des personnes à assurer ne remplit pas toutes les conditions préalables, la note de couverture s'appliquera seulement pour les personnes à assurer qui remplissent les conditions préalables.

Aucun représentant n'a l'autorité de changer ou de supprimer la réponse à toute question posée pour obtenir l'assurance provisoire conditionnelle ni de garantir l'assurabilité.

LIMITES

La présente note de couverture n'est pas valide et sera réputée nulle et sans effet, comme si elle n'avait jamais été en vigueur, si pour une raison quelconque l'institution bancaire refuse d'honorer le prélèvement de la prime (par chèque ou par débits préautorisés) au moment où Assomption Vie tente de prélever la prime, à n'importe quel moment à compter de la date autorisée.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente note de couverture s'il y a omission d'un fait essentiel, fausse représentation ou fraude à l'égard des questions applicables pour obtenir l'assurance provisoire conditionnelle.

TERMINAISON

La présente note de couverture d'assurance provisoire conditionnelle prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le contrat d'assurance demandé dans la proposition entre en vigueur;
- la date à laquelle un avis est expédié au propriétaire du contrat pour l'aviser que l'assurance provisoire est annulée pour quelque raison que ce soit ou que la proposition est refusée;
- la date à laquelle le propriétaire nommé dans la proposition d'assurance retire la proposition d'assurance;
- 30 jours suivant la date de signature de la proposition portant le même numéro que celui de la présente note de couverture;
- la date de décès de l'une des personnes à assurer.

À NOTER : Si vous ne recevez pas le contrat ou un remboursement de la somme payée dans les 30 jours de la date de signature de la proposition, veuillez en aviser Assomption Vie au 770 rue Main / C.P. 160, Moncton NB E1C 8L1 en donnant votre nom, le montant et la date du paiement ainsi que le nom du représentant

2. DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À L'ASSURANCE VIE PROVISOIRE CONDITIONNELLE

MONTANT D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE (MAXIMUM 100 000 \$ POUR PROTECTION OR ET 150 000 \$ POUR INSTATERM)

Le montant maximal d'assurance vie provisoire payable au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en vertu de la proposition d'assurance vie provisoire et combiné à toute autre convention ou note de couverture, entente ou tout engagement similaire en vigueur avec Assomption Vie est égal au moins élevé des montants suivants :

- La somme cumulative de tout montant d'assurance vie demandé en vertu de la proposition portant le même numéro que la présente note de couverture, ainsi que tout autre montant d'assurance vie additionnel demandé en vertu d'une convention ou note de couverture, entente ou engagement similaire en vigueur avec Assomption Vie, par personne à assurer;

La somme cumulative ne comprend pas le montant de toute couverture demandée sur la proposition pour les garanties et avenants suivants : Bénéfice d'assurance sur la vie des enfants (BAE), Protection Or Différée et InstaTerm Différé.

- Dans le cas où la proposition portant le même numéro que la présente vise à remplacer une police existante, la différence entre tout montant demandé en vertu de la proposition portant le même numéro que la présente note de couverture et le montant d'assurance vie de toute police existante à être remplacée;
- 250 000 \$.

EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable si le décès est le résultat :

- a) d'un suicide, d'une tentative de suicide ou de blessures que la personne à assurer s'est infligée, qu'elle soit alors saine d'esprit ou non;
- b) de la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel par la personne à assurer;
- c) de la conduite d'un véhicule à moteur alors que la personne à assurer est sous l'influence de drogues illicites ou non prescrites;
- d) de la conduite d'un véhicule à moteur par la personne à assurer alors que la quantité d'alcool dans son sang est supérieure à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang (0,08) ou excède toute autre limite inférieure imposée par la loi;
- e) d'un cancer ou d'une tumeur bénigne du cerveau.

