



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 Totale)

**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 _ _ / _ _ / _ _ _ _ (Exemple : 01/JAN/2014)
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 _ _ / _ _ / _ _ _ _ JJ MM AAAA	<i>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?</i>  Fumeur : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

**B. ASSURANCE DEMANDÉE**

Protection Totale \_\_\_\_\_ \$

Capital assuré (5 000 \$ à 30 000 \$ - 4 questions de sélection) ou (30 001 \$ à 50 000 \$ - 7 questions de sélection)

**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<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup>) 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.

## Formulaire de collecte de données : Protection Totale

### 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 _____	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.

### 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 _____	<input type="checkbox"/> épargne	<input type="checkbox"/> 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 _____

## Formulaire de collecte de données : Protection Totale

### Remplir si le propriétaire est Autre

Cocher si applicable et remplir seulement le prénom et nom de famille.	Adresse
<input type="checkbox"/> Voir le formulaire pour EP sur le propriétaire nommé ci-dessous.	Ville
Prénom	Province
Nom de famille	Code postal
Date de naissance _ _ / _ _ / _ _ _ _ JJ      MMM      AAAA      (Exemple 01/JAN/2014)	Tél. domicile
	Tél. bureau
Copier l'adresse : Personne à assurer <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Voir le formulaire pour EP sur le payeur nommé ci-dessous.	Ville
Prénom	Province
Nom de famille	Code postal
Date de naissance ** _ _ / _ _ / _ _ _ _ JJ      MMM      AAAA      (Exemple 01/JAN/2014)	Tél. domicile
	Tél. bureau
Copier l'adresse : Personne à assurer <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> Courriel
** Ces champs n'ont pas besoin d'être remplis pour le payeur.	Lien de parenté avec la personne à assurer **

## G. 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

<b>1.</b>	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
<b>2.</b>	Avez-vous déjà 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>3.</b>	Au cours des deux (2) dernières années : a) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'un accident vasculaire cérébral (AVC)? b) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'une maladie rénale chronique, ou avez-vous subi une dialyse? c) avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou reçu une radiothérapie pour une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire)? d) vous a-t-on prescrit un nouveau médicament ou un changement de dosage de votre médicament pour une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

### Questions additionnelles pour capital assuré excédent 30 000 \$

<b>4.</b>	Avez-vous déjà : a) 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? b) 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
<b>5.</b>	Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) pour maladie cardiaque?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<b>6.</b>	Au cours des deux (2) dernières années, 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

## Formulaire de collecte de données : Protection Totale

### 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/2014)

– 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

