

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

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

Option de police :  Individuelle  Conjointe 1<sup>er</sup> décès

Ce formulaire est pour :

personne à assurer 1  personne à assurer 2 (Conjointe 1<sup>er</sup> décès)

personne à assurer # \_\_\_ (EP/EPD sur le propriétaire ☞ remplir sections A, H, I, J)  personne à assurer # \_\_\_ (EP/EPD sur le payeur ☞ remplir sections A, H, I, J)

### A. INFORMATION DE LA PERSONNE À ASSURER

Prénom	Adresse
Nom de famille	Ville
Nom de famille précédent	Province
Métier/profession * <i>* Vous devez préciser comme par exemple : « enseignant(e) à la retraite », « directeur général d'un restaurant », « consultant en ressources humaines ».</i>	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 JJ / MMM / AAAA (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)	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
Si autre, indiquer la date du statut JJ / MMM / AAAA	

### B. ASSURANCE DEMANDÉE

ParPlus payable 20 ans  ParPlus payable à vie Capital assuré (min. 5 000 \$ – max. 4 000 000 \$) \_\_\_\_\_ \$

Option de dividendes :  Payé comptant  Réduction de prime  Accumulation  Bonifications d'assurance libérée

Optimiseur – garantie de 15 ans

Avenants de garantie complémentaire : L'âge maximal pour tous ces avenants est de 55 ans.

RI basée sur un prêt (remboursement de prêt) \_\_\_\_\_ \$ par mois (min. 300 \$, max. 3 000 \$ sans dépasser 1 % du capital assuré ParPlus)

RI basée sur le revenu d'emploi (remplacement du revenu) \_\_\_\_\_ \$ par mois (min. 300 \$, max. 3 000 \$ sans dépasser 1 % du capital assuré ParPlus ou 75 % du revenu annuel d'emploi divisé par 12)

Avenant maladies graves ☞ Capital assuré (min. 10 000 \$ – max. 25 000 \$) \_\_\_\_\_ \$

Mort accidentelle et mutilation (MAM) \*\*: \_\_\_\_\_ \$  Bénéfice d'assurance sur la vie des enfants :  10 000 \$  20 000 \$

Exonération des primes en cas d'invalidité (EP) \*\*\*  Exonération des primes en cas de décès (EPD) \*\*\*

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

\*\*\* Si l'EP/EPD est pour le propriétaire ou le payeur, svp utiliser un formulaire séparé, remplir seulement les sections A, H, I, J et cocher seulement l'EP et/ou EPD sous la section « Assurance demandée ».

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) \_\_\_\_\_

## Formulaire de collecte de données : ParPlus

### C. AVENANTS D'ASSURANCE VIE FLEXTERM (max 5)

Assuré(e) # \_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
 Assuré(e) # \_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

### AVENANTS D'ASSURANCE VIE OPTION JEUNESSE (max 5)

Assuré(e) # \_\_\_ Nom \_\_\_\_\_  
 Assuré(e) # \_\_\_ Nom \_\_\_\_\_

↳ Veuillez compléter le Formulaire de collecte de données pour le produit choisi.

### D. 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

### E. 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.

### F. MÉDECIN DE FAMILLE

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

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

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

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

### G. 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 : ParPlus

### H. 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)

Indiquez la profession \_\_\_\_\_ Numéro d'assurance sociale | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_ | \_

Vérification de l'identité au moyen d'une pièce d'identité originale. Cochez  une case :

Certificat de naissance  Permis de conduire  Passeport  Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Numéro du document \_\_\_\_\_ Lieu de délivrance (province/pays) \_\_\_\_\_

#### 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 \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_ Tél. domicile \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_ / \_\_ / \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ Tél. bureau \_\_\_\_\_

JJ MMM AAAA (Exemple 01/JAN/2014)

Courriel \_\_\_\_\_

Copier l'adresse : Personne à assurer  1  2 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/2014)

Tél. bureau \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

Copier l'adresse : Personne à assurer  1  2 Lien de parenté avec la personne à assurer \* \_\_\_\_\_

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

#### Transaction pour le bénéficiaire d'un tiers

Est-ce que le(s) propriétaire(s) ont reçu une somme d'argent ou des instructions pour acheter cette assurance vie?  Oui  Non

Si « oui », est-ce que le(s) propriétaire(s) devront lui remettre une partie des valeurs de rachat de la police lors de la terminaison de l'assurance?  Oui  Non

#### Vérification du propriétaire et du copropriétaire au moyen d'un document original

<b>Propriétaire (indiqué ci-dessus)</b>	<b>Copropriétaire (indiqué ci-dessus)</b>
<b>NAS:</b> _____	<b>NAS:</b> _____
Pièce d'identité: _____	Pièce d'identité: _____
Numéro de référence: _____	Numéro de référence: _____
Lieu de délivrance - Province: _____ Pays: _____	Lieu de délivrance - Province: _____ Pays: _____

## Formulaire de collecte de données : ParPlus

<b>I. DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ</b>	
<b>1.</b>	Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous présenté une demande d'assurance vie, d'assurance maladies graves, d'assurance invalidité ou de remise en vigueur qui a été refusée, remise à plus tard ou modifiée (avec surprime ou exclusion)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
<b>2.</b>	Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous subi des tests (autres que des tests de routine dont les résultats se sont avérés négatifs), reçu des traitements ou eu connaissance d'un signe quelconque de :
a)	cancer ou tumeur? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
b)	convulsions, épilepsie, céphalées récurrentes et sévères, paralysie, accident vasculaire cérébral (AVC), sclérose en plaques, maladie de Parkinson, dystrophie musculaire, maladie de Huntington, maladie d'Alzheimer, démence ou tout trouble cérébral ou neurologique, fatigue chronique, anxiété, dépression, idées suicidaires, tentative de suicide ou autre trouble mental ou maladie nerveuse? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
c)	souffle au coeur, hypertension artérielle, palpitations, douleur dans la poitrine, maladie cardiaque, ou tout autre trouble du coeur, des vaisseaux sanguins ou du sang, y compris un taux anormal de cholestérol? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
d)	apnée du sommeil, trouble respiratoire ou des poumons, troubles de l'estomac, du foie, du pancréas ou des intestins, y compris l'hépatite B ou C, ou diarrhée chronique? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
e)	troubles des reins, de l'uretère, de la vessie (autre qu'une infection urinaire non compliquée), des seins, de la prostate, des organes génitaux ou reproducteurs, y compris toute infection transmise sexuellement? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
f)	troubles musculaires, des os, du dos, du cou, ou des articulations, y compris la fibromyalgie et l'arthrite, affection des yeux (autre que le port de verres correcteurs), affection de la peau (autre que l'acné ou l'eczéma)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
g)	diabète, troubles des glandes (autre que l'hypothyroïdie contrôlée) ou ganglions lymphatiques, ou d'infections inexplicables? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
h)	SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), para-sida, anticorps anti-sida ou tout autre trouble du système immunitaire? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
<b>3.</b>	Êtes-vous au courant d'un signe ou symptôme quelconque pour lequel vous n'avez pas encore consulté de médecin et/ou de spécialiste, ni reçu de traitement, ou pour lequel vous avez consulté un médecin et/ou un spécialiste sans avoir reçu de diagnostic? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
<b>4.</b>	Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été reconnu(e) coupable de conduite avec facultés affaiblies? Si OUI, remplir et joindre le questionnaire afférent à la conduite automobile (4018). <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
<b>5.</b>	Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été 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? Si OUI, remplir et joindre le questionnaire afférent à l'activité criminelle (5336). <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
<b>6.</b>	Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous fait usage d'une forme quelconque de drogue (y compris, sans s'y limiter, la marijuana, la cocaïne, le LSD, les amphétamines ou les narcotiques non prescrits) ou avez-vous reçu des conseils ou des traitements pour abus d'alcool ou de drogue? Si OUI, remplir et joindre le questionnaire afférent : drogue (3887), alcool (3876). <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
<b>7.</b>	Au cours des cinq (5) dernières années, avez-vous été hospitalisé(e), reçu des traitements ou été avisé(e) d'en recevoir pour toute maladie ou tout trouble, autre que malaises ou chirurgie mineure ou grossesse? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
<b>8.</b>	Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous commis plus de trois (3) infractions aux lois ou règlements en matière de circulation routière? Si OUI, remplir et joindre le questionnaire afférent à la conduite automobile (4018). <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
<b>9.</b>	Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous pratiqué un sport dangereux ou des activités dangereuses ou projeté-vous de le faire, ou avez-vous effectué ou l'intention d'effectuer des envolées aériennes autrement que comme passager? Si OUI, remplir et joindre le questionnaire afférent : plongée sous-marine (3908), loisirs et sports dangereux (4884) ou aviation (3880). <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
<b>10.</b>	Avez-vous résidé hors du Canada dans les douze (12) derniers mois ou attendez-vous ou prévoyez-vous voyager hors de l'Amérique du Nord, des Caraïbes ou de l'Europe de l'Ouest dans les douze (12) prochains mois? Si OUI, préciser le pays, la date, la durée et s'il y a lieu, le but du voyage ou remplir et joindre le questionnaire afférent sur le voyage et la résidence à l'étranger (3893). <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
<b>11.</b>	Y a-t-il deux (2) membres ou plus parmi vos parents biologiques (père, mère, frère, sœur), vivants ou décédés, ayant été diagnostiqués avant l'âge de 60 ans avec la même affection parmi les suivantes : diabète, cancer, accident vasculaire cérébral (AVC), troubles cardiaques, trouble mental ayant nécessité l'hospitalisation ou qui se seraient suicidés? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
<b>12.</b>	Y a-t-il quelqu'un parmi vos parents biologiques (père, mère, frère, sœur), vivants ou décédés, ayant été diagnostiqué avant l'âge de 60 ans avec l'une des affections suivantes : chorée de Huntington, maladie polykystique des reins ou toute maladie héréditaire autre que celles déjà mentionnées à la question 11? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>
<b>13.</b>	Votre poids a-t-il fluctué de plus de 9,08 kg (20 lb) depuis un (1) an? Si OUI, veuillez indiquer votre taille et poids actuel, votre poids d'il y a un (1) an, le montant du gain ou de la perte et la raison du gain ou de la perte. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui</span>

## Formulaire de collecte de données : ParPlus

14. Votre poids dépasse-t-il celui correspondant à votre taille dans le tableau suivant?

Non  Oui

Taille		Poids		Taille		Poids		Taille		Poids	
pi/po	cm	lb	kg	pi/po	cm	lb	kg	pi/po	cm	lb	kg
4' 10"	147	158	72	5' 6"	168	205	93	6' 2"	188	256	116
4' 11"	150	163	74	5' 7"	170	210	95	6' 3"	191	264	120
5' 0"	152	169	77	5' 8"	173	216	98	6' 4"	193	271	123
5' 1"	155	174	79	5' 9"	175	224	102	6' 5"	196	277	126
5' 2"	157	182	83	5' 10"	178	229	104	6' 6"	198	285	129
5' 3"	160	188	85	5' 11"	180	235	107	6' 7"	201	293	133
5' 4"	163	193	88	6' 0"	183	242	110	6' 8"	203	299	136
5' 5"	165	198	90	6' 1"	185	250	114	6' 9"	206	308	140

Répondre à la question ci-dessous si le capital assuré dépasse 249 999 \$.

15. Avez-vous de l'assurance vie en vigueur pour un montant supérieur à vingt (20) fois votre salaire annuel?

Non  Oui

### J. AVENANTS - Répondre aux questions ci-dessous si l'un des avenants suivants est choisi.

#### Exonération des primes en cas d'invalidité

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

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

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

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

#### RI basée sur un prêt ou RI basée sur le revenu d'emploi

Un « oui » à l'une des deux premières questions ci-dessous rend la personne à assurer non admissible à la rente d'invalidité.

Êtes-vous présentement sans emploi?  Non  Oui

En totalisant les heures de travail au cours des **trois (3) derniers mois**, avez-vous travaillé en moyenne moins de vingt (20) heures par semaine?  Non  Oui

Au cours des trois (3) dernières années :

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

#### Information du prêt (Remplir à la suivante seulement si RI basée sur un prêt est choisi)

- La période d'amortissement initiale du prêt doit être d'au moins 15 ans.
- La durée restante du prêt doit être d'au moins 5 ans, sinon ce prêt n'est pas admissible pour la rente d'invalidité.
- La date prévue du début d'un prêt hypothécaire immobilier peut être différée jusqu'à six mois de la date de la demande.
- La marge de crédit personnelle doit avoir une limite de crédit d'au moins 20 000 \$.

## Formulaire de collecte de données : ParPlus

Description du prêt	Période d'amortissement initiale	Prêt hypothécaire immobilier différé	Institution financière	Montant initial du prêt ou limite de marge de crédit	Durée restante du prêt	Durée d'expiration du prêt
	15 ans ou plus?	Si différé, cochez et indiquez la date prévue du début du prêt		Approx.	Ans Mois	ou MM AAAA
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Différé _____ JJ/MMM/AAAA				
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Différé _____ JJ/MMM/AAAA				
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Différé _____ JJ/MMM/AAAA				

### K. RÉPONSE AFFIRMATIVE (pour section H et I)

Pour toute réponse affirmative, donnez tous les détails incluant le nom de la personne à assurer, le numéro de la question et le nom du médecin et de l'hôpital concernés.

---



---



---

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

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

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

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

1. L'un des enfants à assurer est-il né prématurément ou avec une malformation ou maladie quelconque?  Non  Oui

---

2. L'un des enfants à assurer a-t-il été hospitalisé ou a-t-il subi une opération chirurgicale?  Non  Oui

---

3. L'un des enfants à assurer prend-il actuellement un médicament quelconque ou suit-il un régime spécial ou un traitement quelconque?  Non  Oui

---

4. A-t-on déjà refusé une assurance à l'un des enfants à assurer ou l'a-t-on accordée avec une surprime ou une modification?  Non  Oui

---

5. La présente assurance doit-elle remplacer une autre assurance-vie sur l'un des enfants à assurer?  Non  Oui

---

6. A-t-on soumis une proposition d'assurance-vie à une autre compagnie au cours des 12 mois?  Non  Oui

### M. RÉPONSE AFFIRMATIVE (pour section L)

Pour toute réponse affirmative, donnez tous les détails incluant le nom de l'enfant à assurer, le numéro de la question et le nom du médecin et de l'hôpital concernés.

---



---



---

## Formulaire de collecte de données : ParPlus

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

#### **IMPORTANT – Message au représentant**

##### **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

**QUESTIONS POUR OBTENIR LA NOTE DE COUVERTURE D'ASSURANCE TEMPORAIRE CONDITIONNELLE**

**SEULEMENT POUR LES PRODUITS FLEXOPTIONS, FLEXTERM, OPTION JEUNESSE, PARPLUS, PARPLUS JUNIOR, PROTECTION VITALE ET L'AVENANT MALADIES GRAVES**

Les questions qui figurent à l'intérieur des parenthèses ci-dessous doivent être répondues afin d'être admissible à l'assurance temporaire conditionnelle appropriée.

		Personne à assurer 1	Personne à assurer 2	Personne à assurer 3	
Maladies graves et assurance vie	Assurance vie	a) Au cours des dix (10) dernières années, avez-vous reçu un diagnostic, traitement ou eu connaissance d'un signe quelconque de : accident vasculaire cérébral (AVC), trouble cardiaque, tumeur ou cancer, infection par VIH ou SIDA?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
		b) Avez-vous déjà présenté une demande d'assurance vie qui a été refusée, annulée, modifiée (surprimée ou avec exclusion) ou remise à plus tard?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
		c) Au cours des trois (3) derniers mois, avez-vous été avisé(e) de subir une intervention chirurgicale ou des analyses ou épreuves diagnostiques qui n'ont pas encore été effectuées (pour une raison autre que des problèmes dentaires, une grossesse ou un accouchement)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
		d) Êtes-vous actuellement hospitalisé(e) ou, au cours des trois (3) derniers mois, avez-vous été admis(e) ou vous a-t-on conseillé d'être admis(e) dans un établissement médical (sauf en cas d'accouchement)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	Maladies graves	e) Avez-vous déjà reçu un diagnostic de ou traitement pour ou eu connaissance d'un signe quelconque de : fibrose kystique, trouble cardiaque ou des vaisseaux sanguins, douleurs à la poitrine, accident ischémique transitoire (AIT), accident vasculaire cérébral (AVC), tumeur ou cancer, diabète, maladie chronique du foie, du poumon, ou du rein, infection par VIH ou SIDA, paralysie ou cécité?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
		f) Avez-vous déjà présenté une demande d'assurance vie ou d'assurance maladies graves qui a été refusée, annulée, modifiée (surprimée ou avec exclusion) ou remise à plus tard?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

L'admissibilité à l'assurance temporaire conditionnelle est assujettie aux conditions suivantes :

- Si la personne à assurer a demandé de **l'assurance vie seulement** : répondre aux **questions a) à d) ci-dessus**.  
Si la réponse à l'une de ces questions est OUI ou si l'une de celles-ci n'est pas répondue, la personne à assurer ne sera pas admissible à l'assurance vie temporaire conditionnelle.
- Si la personne à assurer a demandé de **l'assurance vie et l'avenant maladies graves** : répondre aux **questions a) à f) ci-dessus**.  
Si la réponse à l'une de ces questions est OUI ou si l'une de celles-ci n'est pas répondue, la personne à assurer ne sera pas admissible à l'assurance vie temporaire conditionnelle et à l'assurance maladies graves temporaire conditionnelle. **Toutefois**, si la réponse aux **questions a) à d)** est NON et que la réponse aux **questions e) et/ou f)** est OUI, la personne à assurer sera admissible à l'assurance vie temporaire conditionnelle, mais ne sera pas admissible à l'assurance maladies graves temporaire conditionnelle.
- Si la personne à assurer a demandé de **l'assurance maladies graves Protection Vitale** : répondre aux **questions c) à f) ci-dessus**. Si la réponse à l'une de ces questions est OUI ou si l'une de celles-ci n'est pas répondue, la personne à assurer ne sera pas admissible à l'assurance maladies graves temporaire conditionnelle.

