

Formulaire de collecte de données : FlexTerm

D. AVENANTS D'ASSURANCE VIE FLEXTERM (max 5)	AVENANTS D'ASSURANCE VIE OPTION JEUNESSE (max 5)
Assuré(e) # ___ Nom _____	Assuré(e) # ___ Nom _____
Assuré(e) # ___ Nom _____	Assuré(e) # ___ Nom _____
Assuré(e) # ___ Nom _____	Assuré(e) # ___ Nom _____
Assuré(e) # ___ Nom _____	Assuré(e) # ___ Nom _____
Assuré(e) # ___ Nom _____	Assuré(e) # ___ Nom _____

↳ **Veillez compléter le Formulaire de collecte de données pour le produit choisi.**

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 : FlexTerm

- 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)? Non Oui
- g) diabète, troubles des glandes (autre que l'hypothyroïdie contrôlée) ou ganglions lymphatiques, ou d'infections inexplicables? Non Oui
- h) SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), para-sida, anticorps anti-sida ou tout autre trouble du système immunitaire? Non Oui
3. 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? Non Oui
4. 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). Non Oui
5. 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). Non Oui
6. 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). Non Oui
7. 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? Non Oui
8. 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). Non Oui
9. 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). Non Oui
10. 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). Non Oui
11. 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? Non Oui
12. 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? Non Oui
13. 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. Non Oui
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

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

Formulaire de collecte de données : FlexTerm

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^e 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	b) avez-vous demandé ou reçu une prestation d'invalidité ou une compensation en raison d'une blessure, maladie ou invalidité?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
b) avez-vous demandé ou reçu une prestation d'invalidité ou une compensation en raison d'une blessure, maladie ou invalidité?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Information du prêt (Remplir 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 \$.

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.

Formulaire de collecte de données : FlexTerm

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 : FlexTerm

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.

