

PROPOSITION POUR TRANSFORMATION D'ASSURANCE VIE TRADITIONNELLE

- de la police n° _____
- de l'avenant _____ sur la police n° _____ sur **Assuré 1** ci-dessous

(À l'usage du siège social seulement)
 N° de police _____
 N° du client _____

1. ASSURÉ
Assuré 1

- a) Nom _____
 prénom nom de famille nom à la naissance
- b) Adresse _____
 case postale n° et rue app. _____
 ville province/territoire code postal
- c) Date de naissance ____/____/____ d) Âge _____ e) Sexe M F
 jour mois année (au plus proche anniv.)
- f) N° de téléphone : domicile (_____) _____
 bureau (_____) _____
- g) Courriel _____

Assuré 2

- a) Nom _____
 prénom nom de famille nom à la naissance
- b) Adresse _____
 case postale n° et rue app. _____
 ville province/territoire code postal
- c) Date de naissance ____/____/____ d) Âge _____ e) Sexe M F
 jour mois année (au plus proche anniv.)
- f) N° de téléphone : domicile (_____) _____
 bureau (_____) _____
- g) Courriel _____

2. PROPRIÉTAIRE DE LA NOUVELLE POLICE

Veillez cocher le(s) propriétaire(s) et remplir les champs applicables.

- Assuré 1** : Numéro d'assurance sociale [____][____][____] (Obligatoire si le contrat génère un revenu d'intérêt ou gain imposable.)
- Assuré 2** : Numéro d'assurance sociale [____][____][____] (Obligatoire si le contrat génère un revenu d'intérêt ou gain imposable.)
- Autre** (Remplissez ce qui suit) a) Nom _____ b) Numéro d'assurance sociale [____][____][____]
 prénom nom de famille Obligatoire si le contrat génère un revenu d'intérêt ou gain imposable.)
- c) Adresse _____
 case postale n° et rue app. ville province code postal
- d) Date de naissance ____/____/____ e) N° de téléphone : domicile (_____) _____ bureau (_____) _____
 jour mois année
- (f) Courriel _____

3. BÉNÉFICIAIRE
Bénéficiaire(s) au décès de l'assuré 1
Bénéficiaires primaires de l'assuré 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 (S'applique seulement si tous les bénéficiaires primaires nommés ci-dessus décèdent avant l'assuré 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"/>		

Bénéficiaire(s) au décès de l'assuré 2
Bénéficiaires primaires de l'assuré 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 (S'applique seulement si tous les bénéficiaires primaires nommés ci-dessus décèdent avant l'assuré 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"/>		

* 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 vos droits en vertu du contrat et le consentement du bénéficiaire sera nécessaire pour des transactions futures telles les retraits et les changements de bénéficiaire.

4. ASSURANCE DEMANDÉE (Pour transformation d'assurance vie traditionnelle)

Les abréviations suivantes signifient : **MA** (mort accidentelle) **MAM** (mort accidentelle et mutilation)

Type de police : un choix seulement – individuelle ou conjointe premier décès

a) Police individuelle (Assuré 1)

ParPlus (police participante)	<u>Capital assuré initial</u>
Assurance de base vie entière	_____ \$
Assurance optimiseur (Si option de div. optimiseur)	_____ \$
Total	_____ \$

Pour ajout d'une garantie additionnelle

Voir le droit de transformation pour l'ajout des garanties additionnelles suivantes sans preuve d'assurabilité. (Cocher la(les) garantie(s) choisie(s) et indiquer le capital assuré MA/MAM, le cas échéant.)

- MAM ou MA _____ \$
- Exonération des primes en cas d'invalidité (Nouvelle police avec un assuré seulement)

b) Police conjointe premier décès (Assurés 1 et 2)

ParPlus (police participante)	<u>Capital assuré initial</u>
Assurance de base vie entière	_____ \$
Assurance optimiseur (Si option optimiseur)	_____ \$
Total	_____ \$

Pour ajout d'une garantie additionnelle

Voir le droit de transformation pour l'ajout de la garantie additionnelle suivante sans preuve d'assurabilité. (Cocher, le cas échéant.)

- Exonération des primes en cas d'invalidité

c) Transformation partielle

Montant d'assurance temporaire à maintenir _____ \$

Directives spéciales : _____

5. OPTIONS DE DIVIDENDE POUR POLICE PARTICIPANTE

Options de dividendes : accumulation payé comptant réduction de prime

optimiseur - garantie 15 ans** optimiseur- garantie jusqu'à l'âge atteint de 100 ans**

** L'option Optimiseur est seulement disponible à l'achat. **Le capital assuré initial de l'assurance optimiseur est garanti pendant les 15 premières années de la police ou jusqu'à l'âge atteint de 100 ans ou l'âge atteint équivalent de 100 ans dans le cas d'une police conjointe selon la garantie choisie en vertu de l'option Optimiseur.** Si vous sélectionnez l'option Optimiseur, vous aurez tout de même la possibilité de changer cette option à l'une des trois autres options de dividendes.

6. PRIME ET MODE DE PAIEMENT

Envoyez une copie de la page de l'illustration pour le calcul des primes avec la présente proposition.

Mode de paiement et montant de la prime modale Cochez une case : débit préautorisé (DPA) chèque/payer comptant (siège social)

mensuel _____ \$ (DPA seulement) annuel _____ \$ semestriel _____ \$ trimestriel _____ \$

a) Somme versée avec la proposition _____ \$

b) Payeur (cochez une case) : Assuré 1 Assuré 2 Propriétaire (**Autre** tel que précisé dans la section 2) Personne nommée ci-dessous

Nom _____ Adresse _____

N° de téléphone : domicile (_____) _____ bureau (_____) _____

7. ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) DU PAYEUR

Information bancaire	Prière de joindre un chèque avec la mention « NUL » ou fournir l'information bancaire ci-dessous si un chèque n'est pas disponible.	
	Nom de l'institution financière _____	N° de succursale : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° de l'institution financière : <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> N° de compte : _____
	Adresse de l'institution financière _____	
Type de service	<input type="checkbox"/> Personnel – Si les fonds sont prélevés sur un compte bancaire personnel <input type="checkbox"/> Entreprise – Si les fonds sont prélevés sur un compte bancaire d'entreprise	
Caractéristiques des débits	Fréquence des débits : <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> annuelle Montant (\$) : _____ (sujet à modification.) 1. J'autorise Assomption Vie à débiter, en tout temps, les prélèvements réguliers sur mon compte selon mes instructions. 2. 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. 3. J'accepte que mon compte soit débité le _____ (1 ^{er} au 28 ^e jour du mois) ou le jour ouvrable suivant (sujet à modification).	
Cet accord de débit préautorisé est un accord <u>variable</u> .		
Renonciation	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 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 le 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.	
Date et signature (Si autre que les assurés ou propriétaires de la nouvelle police)	Date ____/____/____ jj / mm / aaaa	Signature du propriétaire de compte _____ 2 ^e signature (si applicable) _____

*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.

8. DIRECTIVES SPÉCIALES

9. AUTORISATION ET SIGNATURES

En signant la présente proposition, le(les) propriétaire(s) de la police ou de l'avenant transformé reconnaissent et acceptent que la transformation met fin à la police ou à l'avenant indiqué en page 1 même si seulement une partie du capital assuré est transformée, à moins d'avis contraire indiqué à la section 8 ci-dessus.

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

Signature des assurés
(Tuteur légal s'il y a lieu)

x _____
Assuré 1
x _____
Assuré 2

**Signature des propriétaires de la présente proposition (si autre que les assurés) et
Signature des propriétaires de la police ou de l'avenant transformé si différents**

x _____ Titre* _____
Nom : _____
x _____ Titre* _____
Nom : _____

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

Signature des bénéficiaires irrévocables de la police ou de l'avenant transformés, le cas échéant.

x _____ x _____
Nom : _____ Nom : _____

Nom du représentant 1 _____ Code _____ % Signature _____

Nom du représentant 2 _____ Code _____ % Signature _____

Total (doit être égal à 100 %) _____ %