



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 : Police individuelle Avenant

Ce formulaire est pour : personne à assurer 1 personne à assurer 2

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/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 _ _ / _ _ / _ _ _ _ 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

Assurance sans examen médical plus Temporaire Vie entière

Couverture existante de tous les produits de la catégorie de sans examen médical * (si applicable) _____ \$
Capital assuré demandé + _____ \$
 Couverture d'assurance totale (maximum permis : 250 000 \$) = _____ \$

Veuillez remplir le questionnaire médical 1 – 17.

* Temporaire sans examen plus; Temporaire sans examen; Vie entière sans examen plus; Vie entière sans examen; Temporaire sans examen – Immédiate; Temporaire sans examen – Différée; Vie entière sans examen – Immédiate; Vie entière sans examen – Différée; Protection Or; Protection Or Différée; Protection Or Plus; Protection Totale; InstaTerm; InstaTerm Différé.

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

Assurance sans examen médical Temporaire Vie entière

Couverture existante de tous les produits de la catégorie de sans examen médical * (si applicable) _____ \$
Capital assuré demandé + _____ \$
 Couverture d'assurance totale (maximum permis : 150 000 \$) = _____ \$

Veuillez remplir le questionnaire médical 1 – 8.

* Temporaire sans examen plus; Temporaire sans examen; Vie entière sans examen plus; Vie entière sans examen; Temporaire sans examen – Immédiate; Temporaire sans examen – Différée; Vie entière sans examen – Immédiate; Vie entière sans examen – Différée; Protection Or; Protection Or Différée; Protection Or Plus; Protection Totale; InstaTerm; InstaTerm Différé.

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 : Assurance sans examen médical

Avenant de garantie complémentaire :

Mort accidentelle - MA
(âge maximal de la personne à assurer est de 55 ans)* : _____ \$

Bénéfices d'assurance sur la vie des enfants : 10 000 \$ 20 000 \$
(âge maximal de la personne à assurer est de 60 ans)

Fracture accidentelle plus

(âge maximal de la personne à assurer est de 69 ans) :

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

l'assuré, enfant et conjoint

1 unité
 2 unités

*Le montant de l'avenant MA ne peut pas excéder le capital assuré initial.

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.

Formulaire de collecte de données : Assurance sans examen médical

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 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

**** Ces champs n'ont pas besoin d'être remplis pour le payeur.** Lien de parenté avec la personne à assurer ******

Formulaire de collecte de données : Assurance sans examen médical

G. DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ	
Questions 1-8 : Vie entière sans examen et Temporaire sans examen	
Questions 1-17 : Vie entière sans examen plus et Temporaire sans examen plus	
	Personne à assurer
1. 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
2. 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
3. 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
4. Au cours des trois (3) 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 pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou d'emphysème ayant nécessité l'administration d'oxygène ? c) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'hépatite B, d'hépatite C ou d'une cirrhose du foie ? d) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'un coma diabétique ou d'un coma hypoglycémique ? e) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'insuffisance cardiaque congestive ou de cardiomyopathie ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
5. Au cours des trois (3) dernières années : a) avez-vous subi une amputation causée par une maladie ? 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) d'un ou subi une chirurgie pour un anévrisme ? d) 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 ? e) avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou reçu une radiothérapie pour une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire) ? f) 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) ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
6. Au cours des deux (2) dernières années , avez-vous soumis une demande d'assurance vie individuelle qui a été refusée ou remise à plus tard par une compagnie autre qu'Assomption Vie ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
7. Êtes-vous au courant d'un signe ou d'un symptôme quelconque pour lequel vous n'avez pas encore consulté de médecin et/ou de médecin spécialiste, ni reçu de traitement, ou pour lequel vous avez consulté un médecin et/ou un médecin spécialiste sans avoir reçu de diagnostic ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Formulaire de collecte de données : Assurance sans examen médical

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

Non Oui

Taille		Poids	
pi/po	cm	lb	kg
4' 10"	147	188	85
4' 11"	150	193	88
5' 0"	152	199	90
5' 1"	155	204	93
5' 2"	157	212	96
5' 3"	160	218	99
5' 4"	163	223	101
5' 5"	165	228	104
5' 6"	168	235	107
5' 7"	170	240	109
5' 8"	173	246	112
5' 9"	175	254	115
5' 10"	178	259	118
5' 11"	180	265	120
6' 0"	183	272	124
6' 1"	185	280	127
6' 2"	188	286	130
6' 3"	191	294	134
6' 4"	193	301	137
6' 5"	196	307	140
6' 6"	198	315	143
6' 7"	201	323	147
6' 8"	203	329	150
6' 9"	206	338	154

9. Y a-t-il quelqu'un parmi vos parents biologiques (père, mère, frère, sœur), vivants ou décédés, ayant été diagnostiqué avant l'âge de 50 ans avec la chorée de Huntington ou la maladie polykystique des reins ?

Non Oui

10. Avez-vous :

a) le diabète et été diagnostiqué(e) avec deux (2) ou plus des complications du diabète suivantes : protéinurie (protéines dans l'urine), neuropathie (engourdissement ou faiblesse des extrémités), maladie vasculaire périphérique (trouble de circulation) ou la rétinopathie (trouble de l'œil) ?

Non Oui

b) un trouble médical pour lequel vous êtes suivi(e) par un médecin spécialiste au moins tous les six (6) mois et pour lequel vous recevez des traitements (incluant des médicaments), ou pour lequel vous devez subir des tests réguliers au moins tous les six (6) mois ? (Médecin spécialiste ne comprend pas un médecin généraliste.)

11. Au cours des **cinq (5) dernières années** :

a) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'hémophilie, d'un coma diabétique ou d'un coma hypoglycémique ?

b) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'hépatite B, d'hépatite C, d'une cirrhose du foie, d'une maladie de Crohn, d'une pancréatite ou d'une colite ulcéreuse ?

c) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'un accident vasculaire cérébral (AVC) ?

d) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou d'emphysème ayant nécessité l'administration d'oxygène ?

Non Oui

12. Au cours des **cinq (5) dernières années** :

a) avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e) ou avez-vous débuté des traitements (incluant des médicaments) pour : convulsions, épilepsie, sclérose en plaques, maladie de Parkinson, dystrophie musculaire, maladie de Huntington, arthrite rhumatoïde, paralysie, insuffisance cardiaque congestive ou cardiomyopathie ?

b) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'une maladie rénale chronique, ou avez-vous subi une dialyse ?

Non Oui

Formulaire de collecte de données : Assurance sans examen médical

<p>c) 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>d) avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou reçu une radiothérapie pour une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire) ?</p> <p>e) 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>	
<p>13. Au cours des cinq (5) dernières années :</p> <p>a) avez-vous fait usage de drogue autre que sur ordonnance médicale et autre que la marijuana ?</p> <p>b) en raison d'abus d'alcool ou de drogue, un professionnel de la santé vous a-t-il conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou de drogue, ou avez-vous reçu des conseils ou subi des traitements (incluant des médicaments) pour l'abus d'alcool ou de drogue ?</p> <p>c) avez-vous été accusé(e) d'une infraction pour conduite sous l'effet de l'alcool ou de la drogue ou refusé de vous soumettre à un alcootest ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>14. Au cours des trois (3) dernières années, avez-vous été hospitalisé(e) pour l'une des conditions suivantes : souffle au cœur, douleur dans la poitrine, arythmie, asthme, bronchite chronique, sarcoïdose pulmonaire, tuberculose ou deux (2) ou plus accidents ischémiques transitoires (AIT ou mini AVC) ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>15. Au cours des douze (12) derniers mois :</p> <p>a) votre poids a-t-il fluctué de plus de 18,14 kg (40 lb) (autre qu'en raison d'une grossesse) ?</p> <p>b) avez-vous été hospitalisé(e), avez-vous dû cesser de travailler pour plus de six (6) mois, ou êtes-vous présentement en arrêt de travail pour l'une des conditions suivantes : dépression, tentative de suicide, trouble déficitaire de l'attention, trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, épuisement, anxiété chronique, fatigue chronique, trouble de l'alimentation, schizophrénie, dépression nerveuse ou trouble affectif, psychologique, nerveux ou du comportement ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>16. Au cours des trois (3) derniers mois, avez-vous requis un nouveau médicament pour hypertension ou une augmentation du dosage de tout médicament pour hypertension ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
<p>17. Dans les douze (12) prochains mois, vous attendez-vous à ou prévoyez-vous de :</p> <p>a) pratiquer un sport dangereux ou des activités dangereuses ou effectuer des envolées aériennes autrement que comme passager, pilote professionnel ou membre de l'équipage d'un vol commercial ou le faites-vous actuellement ?</p> <p>b) voyager hors de l'Amérique du Nord, des Caraïbes ou de l'Europe de l'Ouest pour plus de six (6) semaines ou plus de deux (2) fois par année ?</p>	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Formulaire de collecte de données : Assurance sans examen médical

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

