

AVIS**DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS**

Dans le but de protéger le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Assomption Vie est responsable de voir à ce qu'un dossier soit constitué et conservé selon les règles applicables, dans les bureaux d'Assomption Vie ou d'une tierce partie agissant en notre nom, au Canada ou ailleurs, un dossier dans lequel seront versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de règlement d'assurance. Ces renseignements que nous obtenons à votre sujet peuvent être de nature médicale ou porter sur vos habitudes de vie (dossier de conduite automobile, la pratique d'un sport dangereux, casier judiciaire, etc.). Lors de l'étude de votre demande d'assurance ou d'une réclamation, nous, nos fournisseurs de service ou nos réassureurs pourrons consulter tout dossier d'assurance en notre possession ou en possession d'autres assureurs ou réassureurs concernant toute autre demande d'assurance ou déclaration que vous auriez faite par le passé.

Aux fins de la sélection des risques et lors de l'étude d'une réclamation, nous pourrions retenir les services d'un enquêteur dans le but d'effectuer une enquête à votre sujet. Celle-ci peut porter sur votre réputation, votre santé, vos finances et votre style de vie. Au cours de cette enquête, des membres de votre famille, amis ou voisins pourraient être questionnés à votre sujet.

Nous pourrions aussi, pour fins de sélection médicale, retenir les services d'un médecin, d'un organisme paramédical ou d'une clinique dans le but de vous faire subir un examen médical, des radiographies, un électrocardiogramme, un prélèvement sanguin ou vous demander un échantillon d'urine ou de salive. Les analyses porteront sur la détermination de plusieurs anomalies possibles dont le diabète, les troubles hépatiques, troubles des reins, troubles du foie, maladie des os, désordre immunitaire, les infections causées par le virus du sida, ainsi que la présence de médicaments, de drogue ou de nicotine ou leurs métabolites et sur la détermination des taux de cholestérol et de lipides sanguins.

Lors de l'étude d'une réclamation, nous pourrions exiger une copie de votre dossier médical. Nous pourrions aussi exiger, lors de l'étude d'une réclamation de décès, une copie du rapport d'enquête policière, rapport du coroner ou tout autre renseignement pouvant nous permettre de déterminer les circonstances de votre décès.

Lors de l'étude de votre demande d'assurance ou aux fins de la sélection des risques, il se peut que vos renseignements personnels et médicaux soient divulgués à votre représentant en assurance lorsque ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions. Seuls les employés ou mandataires (dont tout réassureur, professionnel de la santé ou fournisseur de service) pour qui ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions ou à l'exécution de leur mandat auront accès à votre dossier. Si nécessaire, il se peut que vos renseignements personnels, incluant vos renseignements médicaux soient également partagés avec vos bénéficiaires ou représentant personnel à l'occasion d'une demande de prestation de décès.

Vos renseignements personnels peuvent être accessibles, utilisés et conservés de façon sécuritaire dans d'autres pays et peuvent être soumis à la législation de ces derniers. Il se peut que nous ayons à communiquer vos renseignements personnels à la demande d'une autorité gouvernementale ou à la suite d'une ordonnance d'un tribunal de ces pays.

Assomption Vie ne pourra communiquer vos renseignements personnels à des tiers sans votre consentement que si la loi ou une ordonnance d'un tribunal l'y oblige.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans votre dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante : ASSOMPTION VIE, a/s Sélection des risques, C.P. 160, Moncton NB E1C 8L1. Téléphone : 506-853-6040/1-800-455-7337 Télécopieur : 855-230-2500.

PRÉAVIS DU MIB, Inc. (MIB)

Les renseignements relatifs à votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, Assomption Vie ou ses réassureurs se réservent le droit d'en communiquer un rapport sommaire au MIB, organisme à but non lucratif formé de compagnies d'assurance vie qui fait l'échange de renseignements au nom de ses compagnies membres. Si vous faites une demande d'assurance vie ou d'assurance accidents et maladie auprès d'une autre compagnie membre du MIB ou si une demande de règlement lui est soumise, le MIB communiquera à cette compagnie, sur demande, les renseignements qu'il possède à votre sujet. À titre de société américaine, le MIB est assujéti aux lois américaines applicables, et vos renseignements personnels pourraient être divulgués conformément à ces lois.

Sur réception d'un avis de votre part, le MIB fera le nécessaire pour vous fournir tous les renseignements contenus dans votre dossier. Vous pouvez communiquer avec le MIB en composant le 416-597-0590. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB, des correctifs pourraient être apportés conformément aux procédures prévues dans la loi fédérale américaine intitulée Fair Credit Reporting Act. L'adresse du MIB est la suivante : 330, avenue University, Bureau 501, Toronto ON M5G 1R7. Visitez le site Web du MIB au www.mib.com pour plus de renseignements à leur sujet.

Assomption Vie ou ses réassureurs pourront aussi communiquer des renseignements tirés de ses dossiers à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous avez soumis une proposition d'assurance vie ou d'assurance accidents et maladie ou une demande de règlement.

| | |
|--|--|
| Nom de l'assuré(e) _____ | Nom du(des) propriétaire(s) _____ |
| Proposition pour <input type="checkbox"/> remise en vigueur <input type="checkbox"/> livraison <input type="checkbox"/> changement de _____ à _____ <input type="checkbox"/> changement de classe fumeur à classe non-fumeur <input type="checkbox"/> autre changement _____ | |

Ne pas soumettre cette déclaration à Assomption Vie si vous avez répondu "oui" à une des questions 2 à 18 ci-dessous.

| | Oui | Non | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|--------|--------|-------|-------|--------|--------|-------|-------|--|-------|----|----|----|-------|----|----|----|-------|----|----|----|--------|-----|-----|----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|--------|-----|-----|----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|----|--------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|----|--------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|-------|-----|-----|-----|--|--|
| 1. Au cours des douze (12) derniers mois , avez-vous fait usage de substances ou produits contenant du tabac, de la nicotine ou de la marijuana mélangée à de la nicotine ou fait usage de cigarettes électroniques? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Au cours des quatre-vingt-dix (90) derniers jours , avez-vous résidé, sur une base temporaire ou permanente, dans un établissement de soins prolongés ou un foyer de soins infirmiers, ou été hospitalisé(e) (admis dans un établissement hospitalier) ou confiné(e) au lit ou à un fauteuil? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Au cours des trois (3) dernières années : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) avez-vous subi une amputation causée par une maladie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'une maladie rénale chronique, ou avez-vous subi une dialyse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) avez-vous été diagnostiqué(e) d'un ou subi une chirurgie pour un anévrisme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou reçu une radiothérapie pour une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) 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"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| f) vous a-t-on prescrit un nouveau médicament ou un changement de dosage de votre médicament pour : angine, infarctus (crise cardiaque), leucémie ou cancer (autre que le carcinome basocellulaire)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. Au cours des trois (3) dernières années , vous a-t-on diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) pour : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou emphysème ayant nécessité l'administration d'oxygène? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) hépatite B, hépatite C ou cirrhose du foie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| c) coma diabétique ou coma hypoglycémique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| d) accident vasculaire cérébral (AVC)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| e) insuffisance cardiaque congestive ou cardiomyopathie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. Au cours des cinq (5) dernières années : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| a) avez-vous reçu une greffe de la moelle osseuse ou d'organe(s) (autre qu'une greffe de la cornée) ou vous a-t-on avisé(e) que votre condition en nécessitait une? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| b) vous a-t-on diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) ou avez-vous subi des traitements (incluant médicaments) pour la fibrose kystique, le VIH, le sida ou le syndrome pré-sida? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. Avez-vous déjà reçu un diagnostic ou subi des traitements (incluant médicaments) pour : sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), maladie d'Alzheimer ou démence? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. Un médecin vous a-t-il avisé(e) que vous étiez atteint(e) d'une maladie terminale incurable pour laquelle vous aviez moins de douze (12) mois à vivre? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. Êtes-vous au courant d'un signe ou 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"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. Votre poids dépasse-t-il celui correspondant à votre taille dans le tableau suivant? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; background-color: #e6f2ff;"> <thead> <tr> <th colspan="2">Taille</th> <th colspan="2">Poids</th> <th colspan="2">Taille</th> <th colspan="2">Poids</th> <th colspan="2">Taille</th> <th colspan="2">Poids</th> </tr> <tr> <th>pi/po</th> <th>cm</th> <th>lb</th> <th>kg</th> <th>pi/po</th> <th>cm</th> <th>lb</th> <th>kg</th> <th>pi/po</th> <th>cm</th> <th>lb</th> <th>kg</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>4' 10"</td> <td>147</td> <td>188</td> <td>85</td> <td>5' 6"</td> <td>168</td> <td>235</td> <td>107</td> <td>6' 2"</td> <td>188</td> <td>286</td> <td>130</td> </tr> <tr> <td>4' 11"</td> <td>150</td> <td>193</td> <td>88</td> <td>5' 7"</td> <td>170</td> <td>240</td> <td>109</td> <td>6' 3"</td> <td>191</td> <td>294</td> <td>134</td> </tr> <tr> <td>5' 0"</td> <td>152</td> <td>199</td> <td>90</td> <td>5' 8"</td> <td>173</td> <td>246</td> <td>112</td> <td>6' 4"</td> <td>193</td> <td>301</td> <td>137</td> </tr> <tr> <td>5' 1"</td> <td>155</td> <td>204</td> <td>93</td> <td>5' 9"</td> <td>175</td> <td>254</td> <td>115</td> <td>6' 5"</td> <td>196</td> <td>307</td> <td>140</td> </tr> <tr> <td>5' 2"</td> <td>157</td> <td>212</td> <td>96</td> <td>5' 10"</td> <td>178</td> <td>259</td> <td>118</td> <td>6' 6"</td> <td>198</td> <td>315</td> <td>143</td> </tr> <tr> <td>5' 3"</td> <td>160</td> <td>218</td> <td>99</td> <td>5' 11"</td> <td>180</td> <td>265</td> <td>120</td> <td>6' 7"</td> <td>201</td> <td>323</td> <td>147</td> </tr> <tr> <td>5' 4"</td> <td>163</td> <td>223</td> <td>101</td> <td>6' 0"</td> <td>183</td> <td>272</td> <td>124</td> <td>6' 8"</td> <td>203</td> <td>329</td> <td>150</td> </tr> <tr> <td>5' 5"</td> <td>165</td> <td>228</td> <td>104</td> <td>6' 1"</td> <td>185</td> <td>280</td> <td>127</td> <td>6' 9"</td> <td>206</td> <td>338</td> <td>154</td> </tr> </tbody> </table> | Taille | | Poids | | Taille | | Poids | | Taille | | Poids | | pi/po | cm | lb | kg | pi/po | cm | lb | kg | pi/po | cm | lb | kg | 4' 10" | 147 | 188 | 85 | 5' 6" | 168 | 235 | 107 | 6' 2" | 188 | 286 | 130 | 4' 11" | 150 | 193 | 88 | 5' 7" | 170 | 240 | 109 | 6' 3" | 191 | 294 | 134 | 5' 0" | 152 | 199 | 90 | 5' 8" | 173 | 246 | 112 | 6' 4" | 193 | 301 | 137 | 5' 1" | 155 | 204 | 93 | 5' 9" | 175 | 254 | 115 | 6' 5" | 196 | 307 | 140 | 5' 2" | 157 | 212 | 96 | 5' 10" | 178 | 259 | 118 | 6' 6" | 198 | 315 | 143 | 5' 3" | 160 | 218 | 99 | 5' 11" | 180 | 265 | 120 | 6' 7" | 201 | 323 | 147 | 5' 4" | 163 | 223 | 101 | 6' 0" | 183 | 272 | 124 | 6' 8" | 203 | 329 | 150 | 5' 5" | 165 | 228 | 104 | 6' 1" | 185 | 280 | 127 | 6' 9" | 206 | 338 | 154 | | |
| Taille | | Poids | | Taille | | Poids | | Taille | | Poids | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| pi/po | cm | lb | kg | pi/po | cm | lb | kg | pi/po | cm | lb | kg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4' 10" | 147 | 188 | 85 | 5' 6" | 168 | 235 | 107 | 6' 2" | 188 | 286 | 130 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4' 11" | 150 | 193 | 88 | 5' 7" | 170 | 240 | 109 | 6' 3" | 191 | 294 | 134 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5' 0" | 152 | 199 | 90 | 5' 8" | 173 | 246 | 112 | 6' 4" | 193 | 301 | 137 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5' 1" | 155 | 204 | 93 | 5' 9" | 175 | 254 | 115 | 6' 5" | 196 | 307 | 140 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5' 2" | 157 | 212 | 96 | 5' 10" | 178 | 259 | 118 | 6' 6" | 198 | 315 | 143 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5' 3" | 160 | 218 | 99 | 5' 11" | 180 | 265 | 120 | 6' 7" | 201 | 323 | 147 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5' 4" | 163 | 223 | 101 | 6' 0" | 183 | 272 | 124 | 6' 8" | 203 | 329 | 150 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5' 5" | 165 | 228 | 104 | 6' 1" | 185 | 280 | 127 | 6' 9" | 206 | 338 | 154 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 11. Au cours des douze (12) derniers mois : | | |
| a) votre poids a-t-il fluctué de plus de 18,14 kg (40 lb) (autre qu'en raison d'une grossesse)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) vous a-t-on hospitalisé(e), avez-vous dû cesser de travailler pour plus de six (6) mois, ou êtes-vous actuellement 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Au cours des deux (2) dernières années , avez-vous soumis une demande d'assurance vie individuelle ayant été refusée ou remise à plus tard par une compagnie autre qu'Assomption Vie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Au cours des trois (3) dernières années , vous a-t-on hospitalisé(e) pour : accident ischémique transitoire (AIT ou mini AVC), souffle au cœur, douleur dans la poitrine, arythmie, asthme, bronchite chronique, sarcoïdose pulmonaire, tuberculose ou diabète? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Au cours des cinq (5) dernières années : | | |
| a) vous a-t-on diagnostiqué(e) ou avez-vous débuté un traitement pour : convulsions, épilepsie, sclérose en plaques, maladie cardiaque, maladie de Parkinson, dystrophie musculaire, maladie de Huntington, arthrite rhumatoïde ou paralysie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'une maladie rénale chronique, ou avez-vous subi une dialyse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) avez-vous été diagnostiqué(e) d'un ou subi une chirurgie pour un anévrisme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou reçu une radiothérapie pour une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) 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 ou un pontage aorto-coronarien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) vous a-t-on prescrit un nouveau médicament ou un changement de dosage de votre médicament pour : angine, infarctus (crise cardiaque), leucémie ou cancer (autre que le carcinome basocellulaire)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'hémophilie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Au cours des cinq (5) dernières années : | | |
| a) vous a-t-on diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) pour : hépatite B, hépatite C, cirrhose du foie, maladie de Crohn, pancréatite, ulcère ou colite ulcéreuse? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) vous a-t-on diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) pour un accident vasculaire cérébral (AVC)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) avez-vous nécessité l'administration d'oxygène pour tout trouble respiratoire chronique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) avez-vous fait usage de drogue autre que sur ordonnance médicale et autre que la marijuana? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) 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 un traitement pour l'abus d'alcool ou de drogue? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) avez-vous été accusé d'une infraction pour conduite sous l'effet de l'alcool ou de la drogue ou refusé de vous soumettre à un alcootest? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Dans les douze (12) prochains mois , vous attendez-vous ou prévoyez-vous : | | |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 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? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. 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)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) un trouble médical pour lequel vous êtes suivi par un médecin spécialiste au moins tous les six (6) mois et pour lequel vous recevez un traitement ou un médicament, ou pour lequel vous devez subir des tests réguliers au moins tous les six (6) mois? (Médecin spécialiste ne comprend pas un médecin généraliste.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. Antécédents médicaux de la famille biologique : | | |
| a) y a-t-il deux (2) membres ou plus parmi vos parents biologiques (père, mère, frère, soeur), vivants ou décédés, ayant été diagnostiqués avant l'âge de 60 ans avec la même affection parmi les suivantes : diabète de type 1, cancer, accident vasculaire cérébral (AVC), troubles cardiaques, trouble mental ayant nécessité l'hospitalisation ou qui se seraient suicidés? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) y a-t-il quelqu'un parmi vos parents biologiques (père, mère, frère, soeur), 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 18a)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

AUTORISATION POUR DEMANDE DE REMISE EN VIGUEUR, LIVRAISON ET CHANGEMENT

Je demande à Assomption Vie de remettre en vigueur le contrat et/ou d'y apporter les changements susmentionnés. Il est convenu que tous les renseignements fournis se rapportant à cette déclaration d'assurabilité constitueront les données nécessaires pour l'acceptation par Assomption Vie. Il est également convenu que la remise en vigueur et/ou la demande de changement à cette déclaration entreront en vigueur à compter de la date d'acceptation d'Assomption Vie à condition que les montants en souffrance et les autres primes ou dettes exigibles aient été payés et qu'Assomption Vie considère que les clauses d'admissibilité relatives à la santé sont satisfaites.

Je reconnais que toute remise en vigueur de la police et de tout avenant aura pour effet de faire recommencer à zéro le délai de deux ans au cours duquel Assomption Vie peut demander la nullité du contrat en cas de suicide de l'assuré ou pour fausse déclaration. Si au cours de ce délai de deux ans suivant la date de la remise en vigueur l'assuré se suicide ou si toute déclaration comprise dans la présente déclaration d'assurabilité s'avère fausse ou qu'il y a omission de faits essentiels à l'assurance, la remise en vigueur de la police ou de l'avenant sera nulle et tout changement pourra ainsi être annulé par Assomption Vie.

J'autorise tout médecin, professionnel de la santé, hôpital, clinique ou autre établissement à caractère médical ou paramédical, ainsi que toute compagnie d'assurance, le MIB, Inc. (MIB), agence de crédit, et tout autre organisme, institution ou personne qui possèdent des dossiers ou renseignements sur moi-même ou mon état de santé à les échanger avec Assomption Vie ou ses réassureurs lors de l'étude des réclamations.

J'autorise Assomption Vie à retenir les services d'un enquêteur dans le but d'effectuer une enquête à mon sujet lors d'une étude de réclamation. Je comprends que cette enquête peut porter sur ma réputation, ma santé, mes finances et mon style de vie.

Lors de l'étude d'une réclamation, j'autorise tout coroner, force policière et toute autre agence possédant des renseignements relatifs à mon décès à les communiquer à Assomption Vie et ses réassureurs.

J'accuse réception de l'Avis pour Dossier et renseignements personnels et du Préavis du MIB et en accepte toutes les conditions et modalités.

J'autorise Assomption Vie, ou ses réassureurs, à soumettre au MIB un bref rapport au sujet des renseignements personnels sur ma santé.

UNE REPRODUCTION DE LA PRÉSENTE AUTORISATION A LA MÊME VALIDITÉ QUE L'ORIGINAL

Fait à _____, ce _____ jour de _____ 20 _____

Signature de l'assuré(e) _____

Signature du propriétaire* _____ Titre _____

(si autre que l'assuré(e))

Signature du représentant _____

Code d'agent _____

Signature du propriétaire* _____ Titre _____

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