

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 : Individuelle

Ce formulaire est pour : personne à assurer 1

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

A. INFORMATION DE LA PERSONNE À ASSURER

Prénom	Adresse	
Nom de famille	Ville	
Nom de famille précédent	Province	
Métier/profession <input type="checkbox"/> Préscolaire <input type="checkbox"/> Étudiant <input type="checkbox"/> Autre : _____	Code postal	
Nom de l'employeur	Tél. domicile _____ - _____ - _____ Tél. bureau _____ - _____ - _____	
Revenu annuel	<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		

B. ASSURANCE DEMANDÉE

ParPlus Junior 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 :

Option Jeunesse - Sum Insured: 35 000 \$ 52 500 \$ 70 000 \$ 87 500 \$ 105 000 \$ 122 500 \$ 140 000 \$ 157 500 \$ 175 000 \$

Mort accidentelle et mutilation (MAM)*: _____ \$

Exonération des primes en cas de décès (EPD) ** sur Propriétaire

Exonération des primes en cas de décès (EPD) ** sur Payeur

Exonération des primes en cas d'invalidité (EP) ** sur Propriétaire

Exonération des primes en cas d'invalidité (EP) ** sur Payeur

* Le montant de l'avenant MAM ne peut pas être plus élevé que le capital assuré initial.

** Si l'EP/EPD est pour le propriétaire ou le payeur, svp utiliser un formulaire séparé pour Personne à assurer de 18 ans et plus (ParPlus pour adulte), remplir seulement les sections A, G, H, I et cocher seulement l'EP et/ou EPD sous la section « Assurance demandée ».

C. MÉTHODE 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. 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 _____

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

Formulaire de collecte de données : ParPlus Junior

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 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.

H. RENSEIGNEMENTS SUR LE 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 _____

4799-00F-OCT17

Formulaire de collecte de données : ParPlus Junior

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
<input type="checkbox"/> Voir le formulaire pour EP sur le propriétaire nommé ci-dessous.		Ville
Prénom	Province	
Nom de famille	Code postal	
Date de naissance	Tél. domicile	Tél. bureau
JJ MMM AAAA (Exemple 01/JAN/2011)	<input checked="" type="checkbox"/> Courriel	
Copier l'adresse : Personne à assurer <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> Voir le formulaire pour EP sur le payeur nommé ci-dessous.		Ville
Prénom	Province	
Nom de famille	Code postal	
Date de naissance *	Tél. domicile	Tél. bureau
JJ MMM AAAA (Exemple 01/JAN/2011)	<input checked="" type="checkbox"/> Courriel	
Copier l'adresse : Personne à assurer <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		Lien de parenté avec la personne à assurer *

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

Transaction pour le bénéfice 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) devra 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

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

I. DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

1. 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)? Non Oui
2. 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? Non Oui
 - 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? Non Oui
 - c) souffle au cœur, hypertension artérielle, palpitations, douleur dans la poitrine, maladie cardiaque, ou tout autre trouble du cœur, des vaisseaux sanguins ou du sang, y compris un taux anormal de cholestérol? Non Oui
 - 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? Non Oui

Formulaire de collecte de données : ParPlus Junior

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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
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)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
g)	diabète, troubles des glandes (autre que l'hypothyroïdie contrôlée) ou ganglions lymphatiques, ou d'infections inexplicables?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
h)	SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), para-sida, anticorps anti-sida ou tout autre trouble du système immunitaire?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
9.	Au cours des deux (2) dernières années, avez-vous pratiqué un sport dangereux ou des activités dangereuses ou projetez-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).	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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).	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
13.	Votre poids a-t-il diminué de plus de 10 % depuis 1 an? Si OUI, veuillez indiquer votre taille et poids actuel, votre poids d'il y a un (1) an, le montant de la perte et la raison de la perte.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
14.	Votre poids dépasse-t-il celui correspondant à votre taille dans le tableau suivant?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
15.	En ce qui concerne la personne à assurer, est-ce qu'un parent ou un frère ou une sœur âgé de 17 ans ou moins a fait une demande d'assurance vie ou est assuré pour un montant inférieur à la présente demande d'assurance? Si OUI, préciser le membre de la famille, le montant d'assurance vie en vigueur ou proposé et la raison.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
16.	Est-ce que la personne à assurer habite avec une personne autre qu'un parent biologique ou adoptif? Si OUI, préciser.	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
17.	Avez-vous de l'assurance vie en vigueur pour un montant supérieur à 100 000 \$?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

Formulaire de collecte de données : ParPlus Junior

Âge en mois	Taille				Poids			
	po		cm		lb		kg	
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.
15 jrs-1 mois	19	24	48	61	5	14	2	6
2	20	26	51	66	6	17	3	8
3	21	28	53	71	8	20	4	9
4	22	29	56	74	9	22	4	10
5	23	31	58	79	10	25	5	11
6 - 8	23	33	61	84	11	29	5	13
9 - 11	24	35	64	89	13	32	6	15
12 - 14	26	37	66	94	14	35	6	16
15 - 17	27	38	69	97	16	38	7	17
18 - 20	28	40	71	102	18	44	8	20
21 - 23	29	42	74	107	19	50	9	23

Âge actuel 2 à 4 ans					
Taille		Poids			
pi/po	cm	lb		kg	
		Min.	Max.	Min.	Max.
2' 6"	76	19	39	9	18
2' 7"	79	19	41	9	19
2' 8"	81	20	43	9	20
2' 9"	84	20	45	9	20
2' 10"	86	21	47	10	21
2' 11"	89	22	50	10	23
3' 0"	91	24	53	11	24
3' 1"	94	25	56	11	25
3' 2"	97	26	59	12	27
3' 3"	99	27	62	12	28
3' 4"	102	29	65	13	30
3' 5"	104	30	67	14	30
3' 6"	107	31	69	14	31
3' 7"	109	32	71	15	32

Âge actuel 5 à 8 ans					
Taille		Poids			
pi/po	cm	lb		kg	
		Min.	Max.	Min.	Max.
3' 2"	97	27	60	12	27
3' 3"	99	29	63	13	29
3' 4"	102	30	66	14	30
3' 5"	104	32	69	15	31
3' 6"	107	34	73	15	33
3' 7"	109	36	76	16	35
3' 8"	112	38	79	17	36
3' 9"	114	40	82	18	37
3' 10"	117	42	85	19	39
3' 11"	119	44	89	20	40
4' 0"	122	46	92	21	42
4' 1"	124	48	95	22	43
4' 2"	127	50	99	23	45
4' 3"	130	52	102	24	46
4' 4"	132	54	106	25	48
4' 5"	135	56	109	25	49
4' 6"	137	58	113	26	51
4' 7"	140	60	116	27	53
4' 8"	142	62	120	28	54

Âge actuel 9 à 11 ans					
Taille		Poids			
pi/po	cm	lb		kg	
		Min.	Max.	Min.	Max.
3' 8"	112	35	77	16	35
3' 9"	114	37	81	17	37
3' 10"	117	40	85	18	39
3' 11"	119	42	89	19	40
4' 0"	122	45	93	20	42
4' 1"	124	47	97	21	44
4' 2"	127	50	102	23	46
4' 3"	130	52	106	24	48
4' 4"	132	55	110	25	50
4' 5"	135	57	114	26	52
4' 6"	137	60	118	27	54
4' 7"	140	62	123	28	56
4' 8"	142	65	127	30	58
4' 9"	145	67	131	30	59
4' 10"	147	70	135	32	61
4' 11"	150	72	139	33	63
5' 0"	152	75	144	34	65
5' 1"	155	77	148	35	67
5' 2"	157	80	152	36	69
5' 3"	160	83	157	38	71

Âge actuel 12 à 14 ans					
Taille		Poids			
pi/po	cm	lb		kg	
		Min.	Max.	Min.	Max.
4' 4"	132	54	112	25	51
4' 5"	135	57	117	26	53
4' 6"	137	60	122	27	55
4' 7"	140	63	127	29	58
4' 8"	142	66	132	30	60
4' 9"	145	69	137	31	62
4' 10"	147	72	142	33	64
4' 11"	150	75	147	34	67
5' 0"	152	78	152	35	69
5' 1"	155	81	157	37	71
5' 2"	157	84	162	38	74
5' 3"	160	87	167	39	76
5' 4"	163	91	172	41	78
5' 5"	165	94	177	43	80
5' 6"	168	97	183	44	83
5' 7"	170	100	188	45	85
5' 8"	173	103	193	47	88
5' 9"	175	106	198	48	90
5' 10"	178	109	203	49	92
5' 11"	180	113	208	51	94
6' 0"	183	117	213	53	97
6' 1"	185	120	219	54	99

Âge actuel – 15 ans et plus											
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

Formulaire de collecte de données : ParPlus Junior

J. RÉPONSE AFFIRMATIVE (pour section 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.

K. 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)
 - 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.

