

**FICHE DE TRAVAIL LIA
POUR LES PRODUITS TARIFIÉS**
REMPHIR POUR CHAQUE ASSURÉ
ASSURÉ #_ _ _ _



SELECTION DU PRODUIT	
ASSURANCE PERMANENTE	ASSURANCE TEMPORAIRE
<p>ESSENTIEL VIE ENTIÈRE</p> <p><input type="checkbox"/> Payable à vie <input type="checkbox"/> Payable sur 20 ans <input type="checkbox"/> Payable jusqu'à l'âge 65</p> <p>Option de police</p> <p><input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Conjointe 1^{er} décès <input type="checkbox"/> Conjointe dernier décès</p> <p>Capital assuré (Min. 10 000\$ Max. 4 000 000\$) _____ \$</p>	<p>FLEXTERM (TEMPORAIRE NIVELÉE)</p> <p><input type="checkbox"/> 10 ans <input type="checkbox"/> 15 ans <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans <input type="checkbox"/> 30 ans <input type="checkbox"/> 35 ans</p> <p>Option de police</p> <p><input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Conjointe 1^{er} décès</p> <p>Capital assuré (Min. 50 000\$ – Max. 4 000 000\$) _____ \$</p>
<p>PARPLUS (PARTICIPANTE)</p> <p><input type="checkbox"/> Payable à vie <input type="checkbox"/> Payable sur 20 ans</p> <p>Option de police</p> <p><input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Conjointe 1^{er} décès</p> <p>Capital assuré (Min. 5 000\$ – Max. 4 000 000\$) _____ \$</p> <p>Options de dividendes</p> <p><input type="checkbox"/> Payé comptant <input type="checkbox"/> Réduction de primes <input type="checkbox"/> Accumulation <input type="checkbox"/> Bonification d'assurance libérée <input type="checkbox"/> Optimiseur garantie 15 ans</p>	<p>FLEXOPTIONS (TEMPORAIRE DÉCROISSANTE)</p> <p><input type="checkbox"/> 15 ans <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans</p> <p>Option de police</p> <p><input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Conjointe 1^{er} décès</p> <p>Capital assuré (Min. 50 000\$ – Max. 4 000 000\$) _____ \$</p>

INFORMATION DE LA PERSONNE À ASSURER		
Prénom :	Nom de famille :	Nom de famille précédent :
Métier/profession :	Nom de l'employeur :	Revenu annuel (d'emploi) :
Province de naissance :	Statut actuel de résidence au Canada :	
Pays de naissance :	<input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent (immigrant reçu) <input type="checkbox"/> Autre (préciser) _____	
Date de naissance : _____ JJ / MMM / AAAA	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Si autre, indiquer la date du statut : _____ JJ / MMM / AAAA
Adresse : _____ Boîte postale N° et nom de la rue N° de l'appartement Ville Province Code postale		
Numéro de téléphone : domicile _____ travail _____ Courriel : _____		
Au cours des douze (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

AVENANTS DE GARANTIE COMPLÉMENTAIRE

ASSURANCE PERMANENTE

Avenants de garantie complémentaire pour Essential Vie Entière et ParPlus :

- RI basée sur un prêt (remboursement de prêt) _____ \$ par mois (min. 300\$, max. 3 500\$ ou au plus 1.5% du capital assuré)
- RI basée sur le revenu d'emploi (remplacement du revenu) _____ \$ par mois (min. 300\$, max. 3 500\$ ou au plus 1.5% du capital assuré ou 75% du revenu annuel d'emploi divisé par 12)
- Avenant maladies graves - Capital assuré (min. 10 000\$ – max. 25 000\$) _____ \$
- Mort accidentelle et mutilation (MAM) ** : _____ \$
- Bénéfice d'assurance sur la vie des enfants : 10 000\$ 20 000\$
- Exonération des primes en cas d'invalidité (EP) **
- Exonération des primes en cas de décès (EPD) **

<input type="checkbox"/> Fracture accidentelle plus : <input type="checkbox"/> l'assuré <input type="checkbox"/> l'assuré et conjoint <input type="checkbox"/> l'assuré et enfant <input type="checkbox"/> l'assuré, enfant et conjoint <input type="checkbox"/> 1 unité <input type="checkbox"/> 2 unités	Nom du conjoint de l'assuré :	
	Nom complet des enfants de l'assuré :	
	1)	4)
	2)	5)
	3)	6)

ASSURANCE TEMPORAIRE

Avenants de garantie complémentaire pour FlexTerm et FlexOptions :

- RI basée sur un prêt (remboursement de prêt) _____ \$ par mois (min. 300\$, max. 3 500\$ ou au plus 1.5% du capital assuré)
- RI basée sur le revenu d'emploi (remplacement du revenu) _____ \$ par mois (min. 300\$, max. 3 500\$ ou au plus 1.5% du capital assuré ou 75% du revenu annuel d'emploi divisé par 12)
- Avenant maladies graves - Capital assuré (min. 10 000\$ – max. 25 000\$) _____ \$
- Bénéfice d'assurance sur la vie des enfants (disponible pour FlexTerm seulement) : 10 000\$ 20 000\$
- Exonération des primes en cas d'invalidité (EP) **
- Exonération des primes en cas de décès (EPD) **

<input type="checkbox"/> Fracture accidentelle plus : <input type="checkbox"/> l'assuré <input type="checkbox"/> l'assuré et conjoint <input type="checkbox"/> l'assuré et enfant <input type="checkbox"/> l'assuré, enfant et conjoint <input type="checkbox"/> 1 unité <input type="checkbox"/> 2 unités	Nom du conjoint de l'assuré :	
	Nom complet des enfants de l'assuré :	
	1)	4)
	2)	5)
	3)	6)

** Le montant de l'avenant MAM ne peut pas être plus élevé que le capital assuré initial. La MAM n'est pas disponible pour une police conjointe.

*** Si l'EP est pour le propriétaire ou le payeur, svp utiliser un formulaire séparé.

Avenants d'assurance vie disponible sur une personne autre que l'assuré	Produit tarifé choisi			
	Essentiel Vie Entière	ParPlus	FlexTerm	FlexOptions
Essentiel Vie Entière	Oui (max. 5)	Non	Non	Non
Assurance sans examen médical - vie entière	Oui (max. 5)	Non	Non	Non
Assurance sans examen médical - temporaire	Oui (max. 5)	Non	Oui (max. 2)	Non
Protection Or	Oui (max. 5)	Non	Non	Non
Protection Totale	Oui (max. 5)	Non	Non	Non
FlexTerm	Oui (max. 5)	Oui (max. 5)	Oui (max. 5)	Non
Option Jeunesse	Oui (max. 5)	Oui (max. 5)	Oui (max. 5)	Non

Ceci n'est pas une proposition. Ne pas soumettre.

Les renseignements dans ce document ne sont valides qu'une fois téléchargés dans Lia, la plateforme de vente électronique d'Assomption Vie.

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.

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 (Optionnel): _____

Adresse du médecin de famille (Optionnel): _____

MODE DE PAIEMENT (REPLIR SEULEMENT SUR LA FICHE POUR LA PERSONNE À ASSURER 1)

- Mensuelle (DPA)
- Annuelle (DPA)
- Annuelle
- Semestrielle
- Trimestrielle

Date régulière du débit préautorisé (DPA):

- coïncide avec le jour d'approbation de la proposition par Assomption Vie
- le _____ (1^{er} au 28^e) jour du mois

Le payeur a-t-il été avisé qu'en choisissant un jour de DPA spécifique, deux primes pourraient alors être prises dans le 30 jours suivant la mise en vigueur de la police? Non Oui

BÉNÉFICIAIRE AU DÉCÈS DE LA PERSONNE À ASSURER (REPLIR SEULEMENT SUR LA FICHE 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	
				<input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/> Révocable	
				<input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/> Révocable	
Subrogé (Remplace le bénéficiaire primaire s'il décède avant la personne à assurer)					
En sous-ordre (Au décès de tous les bénéficiaires primaires et subrogés)				<input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/> Révocable	
				<input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/> Révocable	
Facultatif					Lien de parenté avec le bénéficiaire
Assigner un fiduciaire					

*Si un % est indiqué, le total doit être égale à 100%.

**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.

Ceci n'est pas une proposition. Ne pas soumettre.

Les renseignements dans ce document ne sont valides qu'une fois téléchargés dans Lia, la plateforme de vente électronique d'Assomption Vie.

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ		NON	OUI
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)?		
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?		
	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?		
	c) souffle au coeur, hypertension artérielle, palpitations, douleur dans la poitrine, maladie cardiaque, ou tout autre trouble du coeur, des vaisseaux sanguins ou du sang, y compris un taux anormal de cholestérol?		
	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?		
	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?		
	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)?		
	g) diabète, troubles des glandes (autre que l'hypothyroïdie contrôlée) ou ganglions lymphatiques, ou d'infections inexplicables?		
	h) SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), para-sida, anticorps anti-sida ou tout autre trouble du système immunitaire?		
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?		
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).		
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).		
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).		
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?		
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).		
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).		
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).		
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?		
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 elles déjà mentionnées à la question 11?		
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.		

Ceci n'est pas une proposition. Ne pas soumettre.

Les renseignements dans ce document ne sont valides qu'une fois téléchargés dans Lia, la plateforme de vente électronique d'Assomption Vie.

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ (suite)											NON	OUI	
14. Votre poids dépasse-t-il celui correspondant à votre taille dans le tableau suivant ?													
Taille		Poid		Taille		Poid		Taille		Poid			
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 ?													

AVENANTS (Répondre aux questions ci-dessous si l'un des avenants suivants est choisi.)											NON	OUI
<p>EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ</p> <p>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 60e anniversaire de naissance de l'assuré. Le propriétaire ne peut pas être une personne morale.</p> <p><input type="checkbox"/> J'ai lu la déclaration ci-dessus et affirme que le propriétaire comprend les conditions.</p>												
<p>Au cours des trois (3) dernières années :</p>												
a. vous êtes-vous absenté(e) du travail en raison d'une blessure ou d'une maladie pendant plus de trente (30) jours consécutifs ?												
b. avez-vous demandé ou reçu une prestation d'invalidité ou une compensation en raison d'une blessure, maladie ou invalidité ?												
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 ?												
<p>RI BASÉE SUR UN PRÊT OU RI BASÉE SUR LE REVENU D'EMPLOI</p> <p>Un « oui » à l'une des deux premières questions ci-dessous rend la personne à assurer non admissible à la rente d'invalidité.</p>												
Êtes-vous présentement sans emploi ?												
En totalisant les heures de travail au cours des huit (8) derniers mois, avez-vous travaillé en moyenne moins de vingt (20) heures par semaine ?												
<p>Au cours des trois (3) dernières années :</p>												
a. vous êtes-vous absenté(e) du travail en raison d'une blessure ou d'une maladie pendant plus de trente (30) jours consécutifs ?												
b. avez-vous demandé ou reçu une prestation d'invalidité ou une compensation en raison d'une blessure, maladie ou invalidité ?												
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 ?												

RÉPONSE AFFIRMATIVE (remplir pour la section DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ)			
<p>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.</p>			
nom de la personne à assurer	numéro de la question	nom du médecin	hôpital

BÉNÉFICE D'ASSURANCE SUR LA VIE DES ENFANTS (BAE) seulement disponible pour FlexTerm

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)					

		NON	OUI
1.	L'un des enfants à assurer est-il né prématurément ou avec une malformation ou maladie quelconque ?		
2.	L'un des enfants à assurer a-t-il été hospitalisé ou a-t-il subi une opération chirurgicale ?		
3.	L'un des enfants à assurer prend-il actuellement un médicament quelconque ou suit-il un régime spécial ou un traitement quelconque ?		
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 ?		
5.	La présente assurance doit-elle remplacer une autre assurance-vie sur l'un des enfants à assurer ?		
6.	A-t-on soumis une proposition d'assurance-vie à une autre compagnie au cours des 12 mois ?		

RÉPONSE AFFIRMATIVE (pour la section for BÉNÉFICE D'ASSURANCE SUR LA VIE DES ENFANTS)

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.

nom de l'enfant à assurer	numéro de la question	nom du médecin	hôpital

DIRECTIVES SPÉCIALES (remplir seulement sur la fiche 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/2018)

- 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 _____

Ceci n'est pas une proposition. Ne pas soumettre.

Les renseignements dans ce document ne sont valides qu'une fois téléchargés dans Lia, la plateforme de vente électronique d'Assomption Vie.

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	
		NON	OUI	NON	OUI	NON	OUI
Maladies graves et assurance vie	Assurance vie	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 ?					
		a. Avez-vous déjà présenté une demande d'assurance vie qui a été refusée, annulée, modifiée (surprimée ou avec exclusion) ou remise à plus tard ?					
		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) ?					
		b. 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) ?					
		c. 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 ?					
Maladies graves		d. 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 ?					

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.

Ceci n'est pas une proposition. Ne pas soumettre.

Les renseignements dans ce document ne sont valides qu'une fois téléchargés dans Lia, la plateforme de vente électronique d'Assomption Vie.