

PROPOSITION POUR TRANSFORMATION D'ASSURANCE VIE SIMPLIFIÉE

- de la police n° _____
- Si plus d'une couverture est en vigueur sur la police ci-dessus, couverture à transformer : _____

1. ASSURÉ

Assuré 1

Assuré 2

- a) Nom _____
prénom nom de famille nom à la naissance
- b) Adresse _____
case postale n° et rue app.
- c) Date de naissance ____/____/____ d) Sexe M F
jour mois année
- e) Téléphone domicile (____) _____
bureau (____) _____
- f) Courriel _____

2. PROPRIÉTAIRE DE LA NOUVELLE POLICE

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

Assuré 1 : Numéro d'assurance sociale ____/____/____ (Obligatoire si le contrat génère un revenu d'intérêt ou gain imposable.)

Assuré 2 : Numéro d'assurance sociale ____/____/____ (Obligatoire si le contrat génère un revenu d'intérêt ou gain imposable.)

Autre (Remplir ce qui suit) :

- a) Nom _____ b) Numéro d'assurance sociale ____/____/____
prénom nom de famille nom à la naissance (Obligatoire si le contrat génère un revenu d'intérêt ou gain imposable.)
- c) Adresse _____ ville province/territoire code postal
case postale n° et rue app.
- d) Date de naissance ____/____/____ e) Téléphone domicile (____) _____
jour mois année bureau (____) _____
- f) Courriel _____

3. BÉNÉFICIAIRE

Les prestations de décès seront payables à parts égales aux bénéficiaires primaires nommés ci-dessous qui survivent à l'Assuré, sauf si un pourcentage est précisé* (Le total doit être égal à 100%). Si l'Assuré n'a aucun bénéficiaire primaire survivant, les prestations de décès seront versées à parts égales aux bénéficiaires en sous-ordre désignés ayant survécu à l'Assuré.

ASSURÉ 1

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE PRIMAIRE

Prénom	Nom de famille	Âge	%*	Rév. / Irr.	Lien de parenté avec l'assuré (Au Québec, lien avec le propriétaire)
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE EN SOUS-ORDRE (S'applique seulement si tous les bénéficiaires primaires nommés ci-dessus décèdent avant l'assuré 1.)

Prénom	Nom de famille	Âge	%*	Rév. / Irr.	Lien de parenté avec l'assuré (Au Québec, lien avec le propriétaire)
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

ASSURÉ 2

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE PRIMAIRE

Prénom	Nom de famille	Âge	%*	Rév. / Irr.	Lien de parenté avec l'assuré (Au Québec, lien avec le propriétaire)
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE EN SOUS-ORDRE (S'applique seulement si tous les bénéficiaires primaires nommés ci-dessus décèdent avant l'assuré 2.)

Prénom	Nom de famille	Âge	%*	Rév. / Irr.	Lien de parenté avec l'assuré (Au Québec, lien avec le propriétaire)
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Rév. (Révocable) ou Irr. (Irrévocable) : À moins d'indication contraire ou que cela ne soit pas permis par la loi, toute désignation de bénéficiaire est révocable. Si un bénéficiaire est désigné à titre irrévocable, soyez avisé que son consentement sera requis lors de toute demande qui pourrait affecter ses droits, incluant la désignation d'un nouveau bénéficiaire.

Au Québec, la désignation du conjoint en vertu d'un mariage ou d'une union civile du propriétaire à titre de bénéficiaire est automatiquement irrévocable, à moins d'indication contraire.

La police ne confère aucun droit aux bénéficiaires en sous-ordre avant le décès des bénéficiaires primaires.

4. ASSURANCE DEMANDÉE

Assuré 1	Assuré 2
<input type="checkbox"/> Montant d'assurance temporaire à maintenir* _____ \$	<input type="checkbox"/> Montant d'assurance temporaire à maintenir* _____ \$
<input type="checkbox"/> Montant d'assurance à convertir _____ \$	<input type="checkbox"/> Montant d'assurance à convertir _____ \$
<input type="checkbox"/> Vie entière sans examen plus (âge maximal 70 ans)	<input type="checkbox"/> Vie entière sans examen plus (âge maximal 70 ans)
<input type="checkbox"/> Protection Or (si 71 ans et plus – montant maximal : 50, 000\$)	<input type="checkbox"/> Protection Or (si 71 ans et plus – montant maximal : 50, 000\$)

* Si seulement une partie du capital assuré de la police ou de l'avenant indiqué à la page 1 est transformée, vous pouvez choisir de maintenir la police en vigueur pour le capital assuré restant seulement s'il n'est pas inférieur au montant minimal exigé par nous pour la police.

5. PRIME ET MODE DE PAIEMENT

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

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

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

a) Somme versée avec la proposition _____ \$

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

Nom _____ Adresse _____

Téléphone: domicile (____) _____ bureau (____) _____

*Les primes d'assurance peuvent être assujetties à la taxe de vente provinciale (TVP)

6. ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Information bancaire	Prière de joindre un chèque avec la mention «NUL» ou fournir votre information bancaire ci-dessous si un chèque n'est pas disponible.	
	Nom de l'institution financière _____	N° de succursale : _____ - _____ - _____ - _____
	Adresse de l'institution financière _____	N° de l'institution financière : _____ - _____ - _____
		N° de compte : _____
Type de Service	<input type="checkbox"/> Personnel – Si les fonds sont prélevés sur un compte bancaire personnel <input type="checkbox"/> Entreprise – Si les fonds sont prélevés sur un compte bancaire d'entreprise	
Caractéristiques des débits	Fréquence des débits <input type="checkbox"/> mensuelle <input type="checkbox"/> trimestrielle <input type="checkbox"/> semestrielle <input type="checkbox"/> annuelle Montant _____ \$ (sujet à modification) 1. J'autorise Assomption Vie à débiter, en tout temps, les prélèvements réguliers sur mon compte selon mes instructions. 2. Si un débit préautorisé est retourné dû à une <u>insuffisance de provisions au compte</u> , Assomption Vie prélèvera du même compte bancaire, sans préavis, des frais de 25 \$. 3. J'accepte que mon compte soit débité le _____ (1 ^{er} au 28 ^e jour du mois) ou le jour ouvrable suivant (sujet à modification). 4. Le premier retrait du compte bancaire sera effectué le premier jour ouvrable suivant la date d'émission de la police et selon le délai de traitement de votre institution financière. La date de retrait suivante respectera l'entente de DPA. Notez que deux primes pourraient alors être prises dans le même mois.	
Renonciation	Je renonce au droit de recevoir un avis de 10 jours dans le cas d'une augmentation ou diminution du montant du débit préautorisé ou d'un changement de la date du débit.*	
Annulation	Assomption Vie annulera cet accord de débit préautorisé sur réception d'un avis d'annulation d'au moins 10 jours avant la date d'annulation demandée. Contactez votre institution financière à propos de vos droits concernant l'annulation d'un DPA. (Un formulaire d'annulation standard est disponible à www.cdnpay.ca .)	
Mode de paiement	L'annulation de cet accord de débit préautorisé n'affectera en aucune façon l'accord en vigueur entre vous et Assomption Vie pourvu que le paiement soit soumis d'une autre manière.	
Recours et remboursement	Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez le www.cdnpay.ca .	
Droits exclusif	Tous les montants transférés du compte préautorisé pour le paiement des primes sont pour le bénéfice exclusif du propriétaire de la police d'assurance.	
Date et signature (Si autre que les assurés ou propriétaires de la nouvelle police)	Date ____/____/____ jour mois année	Signature du propriétaire du compte _____
	Date ____/____/____ jour mois année	2 ^e signature (si applicable) _____

*Assomption Vie n'augmentera pas votre débit préautorisé et ne changera pas votre date de débit après l'entrée en vigueur de votre contrat sans vous en aviser.

8. INSTRUCTIONS SPÉCIALES

9. AUTORISATION ET SIGNATURES

Je soussigné(e) déclare que tous les renseignements fournis dans la présente sont, au meilleur de ma connaissance, vrais et j'autorise la Compagnie à effectuer tous les changements demandés.

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

Fait à _____, ce _____ jour de _____ 20 _____

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

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

Assuré 1 _____ Propriétaire 1 _____ Titre* _____

Assuré 2 _____ Propriétaire 2 _____ Titre* _____

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

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

Nom :	_____	Nom :	_____
Nom du représentant 1	_____	Code	_____ % Signature _____
Nom du représentant 2	_____	Code	_____ % Signature _____
		Total (doit être égal à 100 %)	_____ %