



PROPOSITION

Protection Protection
OR OR *Différée*

 Assomption Vie

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, 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, 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 pourrions 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 dans 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, des reins ou du foie, une maladie des os, un 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 mesure 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 ou 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 les 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 votre 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, 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 ou 1-800-455- / Télécopieur : 1-855-230-2500

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.

REÇU D'ASSOMPTION VIE POUR PAIEMENT DE PRIME

Assomption Vie reconnaît avoir reçu la somme de _____ \$ avec la proposition Protection Or sur la vie de

Personne à assurer 1 _____ **Personne à assurer 2** _____.

L'acceptation de cette somme d'argent n'engage pas Assomption Vie à émettre un contrat d'assurance.

Fait à _____, ce _____ jour de _____, 20 _____

Signature du représentant x _____

3. BÉNÉFICIAIRE DE LA PERSONNE À ASSURER 1

Désignation de bénéficiaire primaire					Désignation de bénéficiaire subrogé (S'applique seulement si tous les bénéficiaires primaires ne sont pas à part égale aux bénéficiaires survivants)				
Prénom	Nom de famille	Âge	%*	Rév. / Irr.	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	Prénom	Nom de famille	Âge	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
				<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 mentionnés ci-dessus décèdent avant la personne à assurer.)					
Prénom	Nom de famille	Âge	%*	Rév. / Irr.	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Désignation d'un fiduciaire (optionnel)

Dans le cas d'un bénéficiaire mineur, veuillez désigner un fiduciaire : _____

Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire : _____

4. BÉNÉFICIAIRE DE LA PERSONNE À ASSURER 2

Désignation de bénéficiaire primaire					Désignation de bénéficiaire subrogé (S'applique seulement si tous les bénéficiaires primaires ne sont pas à part égale aux bénéficiaires survivants)				
Prénom	Nom de famille	Âge	%*	Rév. / Irr.	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	Prénom	Nom de famille	Âge	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>					
				<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 mentionnés ci-dessus décèdent avant la personne à assurer.)					
Prénom	Nom de famille	Âge	%*	Rév. / Irr.	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

Désignation d'un fiduciaire (optionnel)

Dans le cas d'un bénéficiaire mineur, veuillez désigner un fiduciaires : _____

Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire : _____

* Les prestations de décès seront payables à parts égales aux bénéficiaires primaires nommés ci-dessous qui survivent la personne à assurer, sauf si un pourcentage est précisé. Si la personne à assurer n'a aucun bénéficiaire primaire survivant, les prestations de décès seront versées à parts égales aux bénéficiaires en sous-ordre désignés ayant survécu la personne à assurer.

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

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 une 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.

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

La police ne confère aucun droit aux bénéficiaires subrogés avant le décès des bénéficiaires primaires.

5. DÉCLARATION SUR L'USAGE DU TABAC/DE LA NICOTINE

Au cours des douze 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 ?

Si la réponse est « Non », la classe de prime sera NON-FUMEUR. Si la réponse est « Oui », la classe de prime sera FUMEUR.

Personne à assurer 1 Oui Non

Personne à assurer 2 Oui Non

6. ASSURANCE DEMANDÉE

Si cette proposition est un ajout à une police en vigueur, le produit d'assurance-vie doit être le même que la police.

Personne à assurer 1

Protection Or Protection Or payable à vie Protection Or payable sur 20 ans (âge maximal : 80 ans) Avenant fracture accidentelle plus
Couverture existante de tous les produits Protection Or et du produit Protection Totale (si applicable) _____ \$
Capital assuré demandé + _____ \$
*Couverture d'assurance totale = _____ \$
Primes annuelles pour le capital assuré demandé _____ \$

* Maximum permis : 100 000 \$ pour une personne à assurer de 40 à 70 ans et 50 000 \$ pour personne à assurer de 71 à 85 ans

Si la couverture d'assurance totale est de **50 000 \$ ou moins**, veuillez remplir le questionnaire médical A.

Si la couverture d'assurance totale est de **50 001 \$ à 100 000 \$**, veuillez remplir le questionnaire médical B.

À noter : Si le montant de couverture existante n'est pas précisé correctement, le capital assuré demandé pourrait être réduit. Le questionnaire médical B pourrait être demandé lors du traitement de la proposition.

Protection Or Différée Protection Or Différée payable à vie Protection Or Différée payable sur 20 ans (âge maximal : 80 ans)
 Avenant fracture accidentelle plus
Couverture existante de tous les produits Protection Or et du produit Protection Totale (si applicable) _____ \$
Capital assuré demandé + _____ \$
Couverture d'assurance totale (maximum permis : 50 000 \$) = _____ \$
Primes annuelles pour le capital assuré demandé _____ \$

Veuillez remplir le questionnaire médical A.

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

Personne à assurer 2

Protection Or Protection Or payable à vie Protection Or payable sur 20 ans (âge maximal : 80 ans) Avenant fracture accidentelle plus
Couverture existante de tous les produits Protection Or et du produit Protection Totale (si applicable) _____ \$
Capital assuré demandé + _____ \$
*Couverture d'assurance totale = _____ \$
Primes annuelles pour le capital assuré demandé _____ \$

*Maximum permis : 100 000 \$ pour une personne à assurer de 40 à 70 ans et 50 000 \$ pour personne à assurer de 71 à 85 ans

Si la couverture d'assurance totale est de **50 000 \$ ou moins**, veuillez remplir le questionnaire médical A.

Si la couverture d'assurance totale est de **50 001 \$ à 100 000 \$**, veuillez remplir le questionnaire médical B.

À noter : Si le montant de couverture existante n'est pas précisé correctement, le capital assuré demandé pourrait être réduit. Le questionnaire médical B pourrait être demandé lors du traitement de la proposition.

Protection Or Différée Protection Or Différée payable à vie Protection Or Différée payable sur 20 ans (âge maximal : 80 ans)
 Avenant fracture accidentelle plus
Couverture existante de tous les produits Protection Or et du produit Protection Totale (si applicable) _____ \$
Capital assuré demandé _____ \$
Couverture d'assurance totale (maximum permis : 50 000 \$) + _____ \$
Primes annuelles pour le capital assuré demandé = _____ \$

Veuillez remplir le questionnaire médical A.

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

7. PRIME ET MODE DE PAIEMENT

Ne remplissez pas les sections 7 et 8 si vous avez coché ✓ « AJOUT À LA POLICE/CONTRAT EN VIGUEUR » en page 3.

Mode de paiement (Indiquez la prime totale du contrat selon le mode de paiement de la prime)*:

Mensuel _____ \$ (Voir section 8 ci-dessous) Annuel _____ \$ Semestriel _____ \$ Trimestriel _____ \$

a) Somme versée avec la proposition _____ \$

b) Payeur : Personne à assurer 1 Personne à assurer 2 Propriétaire (autre tel que précisé dans la section 2) Autre (remplir ci-dessous)

Nom _____ Adresse _____

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

8. ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA) (seulement si DPA a été choisi dans la proposition)

Information bancaire

Si l'information bancaire n'a pas été fournie dans la proposition, prière de joindre un chèque avec la mention « NUL ».

Remplissez seulement si un spécimen de chèque n'est pas disponible, si le chèque n'est pas préimprimé ou s'il s'agit d'un compte d'épargne.

Nom de l'institution financière _____ Adresse _____

N° de succursale _____ N° de l'institution financière _____ N° de compte _____

Type de service Personnel – Si les fonds sont prélevés sur un compte bancaire personnel Entreprise – Si les fonds sont prélevés sur un compte bancaire d'entreprise

Caractéristiques des débits Cet accord de débit préautorisé est un accord variable.

- J'autorise Assomption Vie à débiter, en tout temps, les prélèvements réguliers sur mon compte selon mes instructions **telles qu'indiquées dans la proposition**.
- Si un débit préautorisé est retourné dû à une insuffisance de provisions au compte, Assomption Vie prélèvera du même compte bancaire, sans préavis, des frais de 25 \$.
- J'accepte que mon compte soit débité le _____ (1^{er} au 28^e jour du mois) ou le jour ouvrable suivant (sujet à modification)*.

* Le premier retrait au compte bancaire sera effectué le premier jour ouvrable suivant la date d'émission de la police et selon le délai 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.

- J'accepte que le premier DPA soit effectué dès la signature des présentes si toutes les conditions préalables de la note de couverture d'assurance provisoire conditionnelle sont remplies. Cochez si vous refusez.

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 écrit 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 www.cdnpay.ca.

Droits exclusifs Tous les montants transférés du compte préautorisé pour le paiement des primes sont pour le bénéfice exclusif du propriétaire de la police d'assurance.

**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.

AVIS AU PROPRIÉTAIRE DE LA POLICE D'ASSURANCE : Tout remboursement de primes, s'il y a lieu, sera crédité au compte bancaire à partir duquel les paiements de primes ont été effectués, à moins d'indication contraire dans la police.

9. DIRECTIVES SPÉCIALES

10. REMPLACEMENT D'ASSURANCE VIE INDIVIDUELLE

Personne à assurer 1 Cette proposition a-t-elle pour but de remplacer toute autre assurance-vie individuelle ? Oui Non
Si « Oui » remplir et joindre la déclaration de divulgation.

Si « Oui », est-ce que la police originale à remplacer est une police d'Assomption Vie ? Oui Non

Personne à assurer 2 Cette proposition a-t-elle pour but de remplacer toute autre assurance-vie individuelle ? Oui Non
Si « Oui » remplir et joindre la déclaration de divulgation.

Si « Oui », est-ce que la police originale à remplacer est une police d'Assomption Vie ? Oui Non

Si vous remplacez une assurance-vie individuelle d'Assomption Vie, un avis écrit signé par le propriétaire doit être envoyé à Assomption Vie afin de mettre fin à l'assurance existante.

11. DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

	Questionnaire A Protection Or / Protection Or Différée pour un total de couverture d'assurance de 50 000 \$ ou moins		Questionnaire B Protection Or pour un total de couverture d'assurance de 50 001 \$ à 100 000 \$	
	Personne à assurer 1	Personne à assurer 2	Personne à assurer 1	Personne à assurer 2
1. 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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<p>Si vous avez répondu «Oui» à la question 1, vous ne qualifiez malheureusement pas pour Protection Or, CEPENDANT, vous pourriez qualifier pour Protection Or Différé (voir au bas de la page 8 pour la description du produit) si vous répondez Non à toutes les questions ci-dessous.</p> <p>Ne soumettez pas la présente proposition à Assomption Vie si vous répondez «Oui» à l'une des questions ci-dessous.</p>		<p>Si vous avez répondu oui à la question 1, vous ne qualifiez malheureusement pas pour Protection Or, CEPENDANT, vous pourriez qualifier pour Protection Or Différée. Le total de couverture d'assurance maximum permis est de 50 000 \$. Vous devez donc réduire le montant de capital assuré demandé. Vous devrez ensuite répondre au questionnaire A au complet.</p>	
2. 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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. 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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. 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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Au cours des deux (2) dernières années , avez-vous subi une amputation causée par une maladie ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Au cours des deux (2) dernières années		Au cours des trois (3) dernières années	
6. 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"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

11. DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ (Suite)

	Questionnaire A Protection Or / Protection Or Différée pour un total de couverture d'assurance de 50 000 \$ ou moins		Questionnaire B Protection Or pour un total de couverture d'assurance de 50 000 \$ à 100 000 \$	
	Personne à assurer 1	Personne à assurer 2	Personne à assurer 1	Personne à assurer 2
	Au cours des deux (2) dernières années		Au cours des trois (3) dernières années	
<p>7. a) avez-vous été diagnostiqué(e) ou hospitalisé(e) en raison d'une maladie rénale chronique, ou avez-vous subi une dialyse ?</p> <p>b) 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>c) avez-vous été diagnostiqué(e), hospitalisé(e), ou reçu une radiothérapie pour une leucémie ou un cancer (autre que le carcinome basocellulaire) ?</p> <p>d) 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>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<p>Si vous avez répondu « Oui » à l'une des questions 6 & 7, vous ne qualifiez malheureusement pas pour Protection Or de plus de 50 000 \$, CEPENDANT, vous pourriez qualifier pour Protection Or d'une couverture 50 000 \$ et moins si vous répondez non aux questions 1 à 8 du questionnaire A.</p> <p>Vous devez donc réduire le montant de capital assuré demandé. Vous devrez ensuite répondre au questionnaire A au complet.</p>	
<p>8. Au cours des six (6) derniers mois :</p> <p>a) avez-vous été conseillé(e) de subir une biopsie qui n'a pas encore été effectuée ou qui a eu lieu, mais dont vous n'avez pas encore reçu les résultats ?</p> <p>b) avez-vous été dirigé(e) vers un spécialiste que vous n'avez pas encore vu, soit un oncologue (spécialiste du cancer), soit un néphrologue (spécialiste des reins), soit un cardiologue (spécialiste des maladies du cœur) ?</p> <p>c) avez-vous consulté un oncologue, un néphrologue ou un cardiologue et avez-vous été conseillé(e) de subir des tests, lesquels n'ont pas encore été effectués, ou avez-vous subi des tests pour lesquels vous n'avez pas encore reçu de résultats ?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Protection Or différée :

Lorsque la Protection Or différée est en vigueur, la prestation de décès est égale au remboursement des primes avec intérêt au taux annuel de 3% si la personne à assurer décède avant le deuxième anniversaire de la police ou de l'avenant visé (aucun remboursement de prime ne sera effectué si la prestation de décès accidentel est versée).

13. DÉCLARATION DES PERSONNES À ASSURER ET DES PROPRIÉTAIRES

- J'ai demandé que la proposition soit en français et je demande que tout autre document afférent soit aussi en français.
- J'atteste que tous les renseignements et réponses donnés dans la proposition et dans tout document s'y rapportant sont complets et exacts et je reconnais qu'ils constituent la base du contrat.
- Je reconnais que si j'ai répondu Oui à la question 1 de la section Déclaration d'assurabilité du questionnaire A et Non aux questions 2 à 8, je suis admissible pour la Protection Or différée seulement.
- (Pour toute personne à assurer ayant déclaré être non-fumeur dans la proposition) Je confirme qu'au cours des douze (12) derniers mois, je n'ai pas fait usage d'une forme quelconque de tabac, de produits contenant de la nicotine, de la marijuana mélangée à de la nicotine ou cigarettes électroniques.
- Je reconnais que toute déclaration fautive ou inexacte peut rendre la ou les garantie(s) d'assurance annulable au choix d'Assomption Vie dans les deux (2) ans suivant la date d'émission de la police, tout avenant, ou la date de la remise en vigueur, et que toute fraude ou toute déclaration inexacte sur l'usage du tabac ou de tout produit contenant de la nicotine, de la marijuana mélangée à de la nicotine ou de cigarettes électroniques entraîneront automatiquement la résiliation du contrat émis et aucune réclamation du capital assuré ne sera payable.
- Je comprends que les déclarations d'assurabilité pourront être remplies à l'occasion d'une entrevue téléphonique ou autre, laquelle pourra être enregistrée, et que l'acceptation par Assomption Vie de la proposition reposera, entre autres, sur ces déclarations.
- Je comprends qu'aucun représentant en assurance et aucune personne autre qu'Assomption Vie n'a le droit de modifier ou d'annuler toute question ou disposition de la proposition ou toute disposition du contrat, d'un avenant ou de tout autre document qui fait partie du contrat ni d'y renoncer.
- Je comprends que tout avis signifié à un représentant en assurance ou tous faits connus de lui ne constituent pas un avis signifié à Assomption Vie ni des faits connus d'Assomption Vie, sauf s'ils sont mis par écrit et intégrés à la proposition.
- Je comprends que la police et tout avenant entrent en vigueur à la plus éloignée des dates suivantes :
 - a) la date à laquelle la proposition est approuvée sans modification ou restriction par Assomption Vie,
 - b) la date d'émission indiquée à la page intitulée « Description de la police » du contrat d'assurance lorsque la proposition est approuvée sans modification ou restriction par Assomption Vie, ou
 - c) la date à laquelle la ou les personne(s) à assurer, selon le cas, signent une modification ou restriction à la proposition à la demande d'Assomption Vie,à condition qu'à cette date :
 - a) la première prime ait été payée du vivant de toutes les personnes à assurer,
 - b) il n'y ait eu aucun changement dans l'assurabilité de toute personne à assurer depuis la signature de la proposition, et
 - c) tous les renseignements et réponses donnés dans la proposition demeurent complets et exacts.
- Je reconnais et accepte qu'Assomption Vie n'assume aucune responsabilité du risque d'assurance avant que la police et tout avenant entrent en vigueur, sous réserve des limites et exclusions du contrat.
- J'accuse réception de l'Avis Dossier et renseignements personnels et du Préavis du MIB, Inc. (MIB).
- Dans le cas où la note de couverture d'assurance provisoire conditionnelle serait disponible pour la proposition soumise et que je satisfais à toutes les conditions préalables, j'en accuse réception et j'en accepte toutes les conditions et modalités.
- En cochant cette case, j'autorise Assomption Vie à utiliser mes renseignements personnels (autre que mes renseignements médicaux) afin de me communiquer des renseignements sur des produits et services additionnels qui pourraient m'intéresser.

AUTORISATION DES PERSONNES À ASSURER

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, 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 aux fins de la sélection des risques et de l'étude des réclamations. J'autorise aussi Assomption Vie à divulguer tous mes renseignements personnels et médicaux aux personnes et aux organismes identifiés dans le présent paragraphe aux fins de la sélection des risques et lors de l'étude des réclamations, y compris une réclamation de décès.

J'autorise Assomption Vie à divulguer tous les renseignements personnels et médicaux obtenus à mon sujet lors de l'étude de la demande d'assurance ou aux fins de sélection des risques à mon représentant en assurance, lorsque ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de ses fonctions.

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

J'autorise Assomption Vie à retenir les services d'un enquêteur au moment de la sélection des risques et lors de l'étude d'une réclamation. Cette enquête, lorsque nécessaire, peut porter sur l'obtention d'information sur ma santé, mes finances et mon style de vie.

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

Cette autorisation demeure en vigueur après mon décès.

Je reconnais qu'une reproduction de cette autorisation a la même validité que l'original.

SIGNATURES DES PERSONNES À ASSURER, PROPRIÉTAIRES ET PAYEURS

Fait à _____, ce _____ jour de _____, 20 _____

Signature des personnes à assurer _____ Signature des propriétaires* (si autre que les personnes à assurer) _____

1) x _____ x _____ Titre* _____

2) x _____ x _____ Titre* _____

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

Nom et signature des propriétaires du compte** (Pour accord de débit préautorisé)

Si deux signatures sont requises sur le compte bancaire, les deux propriétaires du compte doivent signer la présente autorisation.

Nom _____ Signature x _____ Titre** _____

Nom _____ Signature x _____ Titre** _____

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

14. DÉCLARATION DU REPRÉSENTANT

Est-ce que toutes personnes à assurer et propriétaires comprennent la langue dans laquelle la proposition est rédigée ? Oui Non

Si « non », remplir ce qui suit :

Je confirme :

1. parler couramment la langue de toutes les personnes à assurer et propriétaires (« assurés ») et avoir traduit correctement et complètement la proposition d'assurance, l'avis, la déclaration et l'autorisation dans cette langue et m'être assuré de leur compréhension.
2. avoir compris toutes les réponses des assurés et les avoir correctement traduites et transcrites dans la proposition d'assurance.

Oui Non

En cochant **OUI**, je confirme les déclarations précédentes et comprends qu'en cas de différend futur au sujet de la compréhension et de l'interprétation de la langue de la proposition d'assurance, de l'avis, de la déclaration ou de l'autorisation, je pourrais être tenu responsable envers Assomption Vie.

En cochant **NON**, je refuse d'assumer la responsabilité pour la traduction. Je comprends que le processus d'émission pourra être retardé afin de confirmer les réponses des personnes à assurer et propriétaires.

Si non, expliquez _____

Veillez cocher les cases applicables :

Vente en personne

L'identité et la date de naissance des propriétaires et des personnes à assurer ont été vérifiées par moi à l'aide d'une pièce d'identité originale.

Vente à distance (par téléphone, par internet ou par vidéoconférence)

Si le représentant n'était pas présent quand les propriétaires ou les personnes à assurer ont signé la proposition, le représentant atteste que l'identité et la date de naissance des propriétaires et des personnes à assurer ont été vérifiées comme suit :

par moi, lors d'une transaction préalable, lors de laquelle j'avais conservé des pièces justificatives ;

avec le consentement des propriétaires et des personnes à assurer, le représentant a obtenu une copie valide et non périmée d'une carte d'identité valable des propriétaires et des personnes à assurer avec une signature visible.

par un tiers. Veuillez faire remplir la section ci-dessous par le tiers :

Vérification de l'identité des propriétaires et des personnes à assurer par un tiers

Nom du tiers (en lettres moulées) _____
prénom nom de famille

Adresse du tiers _____
case postale n° et rue app. ville province/territoire code postal

N° de téléphone du tiers (_____) _____

Métier/profession du tiers _____

Lien avec les propriétaires _____

Lien avec les personnes à assurer si autre que les propriétaires _____

Date de la dernière consultation _____

Le représentant confirme avoir passé en revue avec les personnes à assurer et propriétaires la déclaration et autorisation et leur avoir expliqué son contenu.

Le représentant confirme avoir posé les questions énumérées dans la proposition aux personnes à assurer et aux propriétaires et fait en sorte que celles-ci soient comprises.

Le représentant confirme avoir vérifié la date de naissance des personnes à assurer et propriétaires.

Le représentant confirme avoir remis l'Avis Dossier et renseignements personnels et du Préavis du MIB, Inc.

Dans le cas d'une vente en personne, le représentant confirme avoir été témoin de la signature des personnes à assurer, des propriétaires et des payeurs.

Le représentant confirme également avoir remis et expliqué aux personnes à assurer et propriétaires une Déclaration de l'agent précisant son mode de rémunération et autres avantages financiers, le nom des assureurs qu'il représente, ainsi que tout conflit d'intérêt.

Pour une vente au Nouveau-Brunswick : Au cours des douze (12) derniers mois, le représentant confirme avoir vendu au moins trois (3) polices d'assurance dont la personne à assurer n'était pas lui-même ou un membre de sa famille immédiate (conjoint, père, mère, beau-père, belle-mère, fils, fille, beau-fils, belle-fille, soeur, frère, grand-père, grand-mère, petit-fils, petite-fille). (Si vous n'êtes pas en mesure de faire cette déclaration, prière d'indiquer en cochant dans la case appropriée, si la personne à assurer à la présente proposition (est) ou (n'est pas) vous ou un membre de votre famille immédiate.)

Signature du représentant x _____ Nom du représentant _____
(en lettres moulées)

Code du représentant _____ N° de téléphone du représentant _____

Nom de l'agence/du cabinet _____
(en lettres moulées)

Partage de commission : (Prière d'écrire les noms en lettres moulées)

Nom du représentant 1 _____ Code _____ % Signature _____

Nom du représentant 2 _____ Code _____ % Signature _____

Nom du représentant 3 _____ Code _____ % Signature _____

Total (doit être égal à 100 %) _____ %

Précisez le nom de l'agent de service _____

Nom de l'agence/cabinet _____ Code _____

TAUX ET VALEUR DE RACHAT

Payable à vie

Prime annuelle par 1 000 \$ (Âge au plus proche anniversaire)
 Âge à l'émission : 40 - 70
 = Max. capital assuré 100 000 \$
 Âge à l'émission : 71 - 85
 = Max. capital assuré 50 000 \$

Âge	Non-fumeur		Fumeur	
	M	F	M	F
40	24,49	19,06	33,98	26,98
41	24,49	19,06	33,98	27,14
42	24,49	19,06	33,98	27,30
43	24,49	19,06	33,98	27,46
44	24,49	19,06	33,98	27,62
45	24,49	19,06	33,98	27,78
46	24,90	20,07	35,72	29,20
47	25,31	21,08	37,46	30,62
48	25,72	22,09	39,20	32,04
49	26,13	23,10	40,94	33,46
50	26,52	24,13	42,68	34,88
51	27,90	25,09	45,14	36,32
52	29,28	26,05	47,60	37,76
53	30,66	27,01	50,06	39,20
54	32,04	27,97	52,52	40,64
55	33,44	28,91	54,98	42,10
56	35,37	30,06	58,53	43,37
57	37,30	31,21	62,08	44,64
58	39,23	32,36	65,63	45,91
59	41,16	33,51	69,18	47,18
60	43,07	34,67	72,73	48,43
61	46,84	37,27	79,03	51,91
62	50,61	39,87	85,33	55,39
63	54,38	42,47	91,63	58,87
64	58,15	45,07	97,93	62,35
65	61,91	47,66	104,25	65,84
66	67,02	50,97	111,86	69,97
67	72,13	54,28	119,47	74,10
68	77,24	57,59	127,08	78,23
69	82,35	60,90	134,69	82,36
70	87,48	64,19	142,30	86,49
71	94,94	69,10	151,75	92,72
72	102,40	74,01	161,20	98,95
73	109,86	78,92	170,65	105,18
74	117,32	83,83	180,10	111,41
75	124,78	88,74	189,54	117,63
76	136,73	96,89	200,12	129,54
77	148,68	105,04	210,70	141,45
78	160,63	113,19	221,28	153,36
79	172,58	121,34	231,86	165,27
80	184,55	129,49	242,45	177,19
81	222,14	152,25	277,14	205,12
82	259,73	175,01	311,83	233,05
83	297,32	197,77	346,52	260,98
84	334,91	220,53	381,21	288,91
85	372,51	243,30	415,89	316,83

Payable sur 20 ans

Prime annuelle par 1 000 \$ (Âge au plus proche anniversaire)
 Âge à l'émission : 40 - 70
 = Max. capital assuré 100 000 \$
 Âge à l'émission : 71 - 80
 = Max. capital assuré 50 000 \$

Âge	Non-fumeur		Fumeur	
	M	F	M	F
40	37,10	33,26	51,48	45,63
41	37,10	33,26	51,48	45,63
42	37,10	33,26	51,48	45,63
43	37,10	33,26	51,48	45,63
44	37,10	33,26	51,48	45,63
45	37,10	33,26	51,48	45,63
46	37,78	33,92	52,60	46,51
47	38,46	34,58	53,72	47,39
48	39,14	35,24	54,84	48,27
49	39,82	35,90	55,96	49,15
50	40,52	36,56	57,06	50,03
51	41,62	37,49	58,90	51,17
52	42,72	38,42	60,74	52,31
53	43,82	39,35	62,58	53,45
54	44,92	40,28	64,42	54,59
55	46,01	41,21	66,28	55,72
56	47,95	42,70	69,61	57,41
57	49,89	44,19	72,94	59,10
58	51,83	45,68	76,27	60,79
59	53,77	47,17	79,60	62,48
60	55,73	48,65	82,95	64,16
61	59,25	51,06	89,45	67,22
62	62,77	53,47	95,95	70,28
63	66,29	55,88	102,45	73,34
64	69,81	58,29	108,95	76,40
65	73,35	60,72	115,43	79,47
66	78,01	63,63	123,15	82,74
67	82,67	66,54	130,87	86,01
68	87,33	69,45	138,59	89,28
69	91,99	72,36	146,31	92,55
70	96,63	75,25	154,02	95,83
71	103,96	79,92	163,44	100,73
72	111,29	84,59	172,86	105,63
73	118,62	89,26	182,28	110,53
74	125,95	93,93	191,70	115,43
75	133,29	98,58	201,11	120,35
76	143,54	104,76	209,38	131,72
77	153,79	110,94	217,65	143,09
78	164,04	117,12	225,92	154,46
79	174,29	123,30	234,19	165,83
80	184,55	129,49	242,45	177,19

Frais annuels pour Protection Or et Protection Or différée

Frais annuels de police : 60 \$
 Frais annuels pour l'avenant du conjoint : 30 \$
 Prime annuelle minimale : 150 \$ par personne à assurer

Valeur de rachat par 1 000 \$*

Homme et femme

Âge atteint**	Valeur	Âge atteint**	Valeur
45	16	73	118
46	18	74	127
47	19	75	137
48	20	76	146
49	22	77	155
50	23	78	164
51	25	79	173
52	26	80	182
53	27	81	191
54	29	82	200
55	32	83	209
56	34	84	223
57	36	85	237
58	38	86	258
59	40	87	279
60	42	88	300
61	47	89	321
62	52	90	380
63	57	91	404
64	62	92	427
65	67	93	450
66	71	94	474
67	76	95	497
68	81	96	679
69	86	97	719
70	91	98	819
71	100	99	919
72	109	100	1000

*N.B. Pour tous les âges à l'émission, les valeurs de rachat (VR) débutent après 5 ans.

Elles sont ajustées de la façon suivante :
 durée 5 ans : 20 % durée 8 ans : 80 %
 durée 6 ans : 40 % durée 9 ans et + : 100 %
 durée 7 ans : 60 %

Exemple : Âge à l'émission : 60

VR avant 5 ans = 0
 VR durée 5 ans = 20 % x 67 = 13
 VR durée 6 ans = 40 % x 71 = 28
 VR durée 7 ans = 60 % x 76 = 46
 VR durée 8 ans = 80 % x 81 = 65
 VR durée 9 ans = 86
 VR durée 20 ans = 182

** Âge atteint à l'anniversaire de la police ou de l'avenant

Calcul de la prime payable

Taux de prime
 x {Capital assuré / 1 000}
 + Frais annuels
 x Fréquence du paiement*
 = Prime payable

*Annuel = 1 *Semestriel = 0,53
 *Trimestriel = 0,27 *Mensuel = 0,09

À remettre aux propriétaires

CERTIFICAT D'ASSURANCE PROVISOIRE CONDITIONNELLE POUR PROTECTION OR SEULEMENT

NUMÉRO DE LA PROPOSITION ET DÉTAILS DES PERSONNES À ASSURER

Numéro de la proposition : _____

Les personnes à assurer ci-dessous se qualifient pour :

	Vie	Aucune
Personne à assurer 1 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Personne à assurer 2 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1. NOTE DE COUVERTURE D'ASSURANCE PROVISOIRE CONDITIONNELLE

Assomption Vie s'engage à assurer temporairement toute personne à assurer admissible à l'assurance provisoire conditionnelle à compter de la date de signature de la proposition, sous réserve des conditions préalables, limites et exclusions indiquées au présent document.

CONDITIONS PRÉALABLES

- La personne à assurer doit être résidente canadienne et être âgée de moins de 66 ans (à l'anniversaire de naissance le plus rapproché de la date de signature de la proposition).
- La personne à assurer a répondu NON à toutes les questions, de la déclaration d'assurabilité, sur la proposition indiquée ci-dessus.
- Au moins 1/12^e de la prime annuelle du contrat d'assurance a été payé au moment de la signature de la déclaration et autorisation pour la proposition d'assurance. La prime est réputée être payée, pour les paiements par débits préautorisés (DPA), si Assomption Vie est autorisée à prélever la prime du compte bancaire le jour même de la signature de la proposition. Pour les paiements de prime par chèque, la prime est réputée être payée si le chèque peut être encaissé le jour même de la signature de la proposition.

Si les conditions préalables ci-dessus ne sont pas remplies, la note de couverture ne prend pas effet.

Si une des personnes à assurer ne remplit pas toutes les conditions préalables, la note de couverture s'appliquera seulement pour les personnes à assurer qui remplissent les conditions préalables.

Aucun représentant n'a l'autorité de changer ou de supprimer la réponse à toute question posée pour obtenir l'assurance provisoire conditionnelle ni de garantir l'assurabilité.

LIMITES

La présente note de couverture n'est pas valide et sera réputée nulle et sans effet, comme si elle n'avait jamais été en vigueur, si pour une raison quelconque l'institution bancaire refuse d'honorer le prélèvement de la prime (par chèque ou par débits préautorisés) au moment où Assomption Vie tente de prélever la prime, à n'importe quel moment à compter de la date autorisée.

Aucune prestation n'est payable en vertu de la présente note de couverture s'il y a omission d'un fait essentiel, fausse représentation ou fraude à l'égard des questions applicables pour obtenir l'assurance provisoire conditionnelle.

TERMINAISON

La présente note de couverture d'assurance provisoire conditionnelle prend fin à la première des dates suivantes :

- la date à laquelle le contrat d'assurance demandé dans la proposition entre en vigueur ;
- la date à laquelle un avis est expédié au propriétaire du contrat pour l'aviser que l'assurance provisoire est annulée pour quelque raison que ce soit ou que la proposition est refusée ;
- la date à laquelle le propriétaire nommé dans la proposition d'assurance retire la proposition d'assurance ;
- 30 jours suivant la date de signature de la proposition portant le même numéro que celui de la présente note de couverture ;
- la date de décès de l'une des personnes à assurer.

À NOTER : Si vous ne recevez pas le contrat ou un remboursement de la somme payée dans les 30 jours de la date de signature de la proposition, veuillez en aviser Assomption Vie au 770 rue Main / C.P. 160, Moncton NB E1C 8L1 en donnant votre nom, le montant et la date du paiement ainsi que le nom du représentant.

2. DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À L'ASSURANCE VIE PROVISOIRE CONDITIONNELLE

MONTANT D'ASSURANCE VIE PROVISOIRE (MAXIMUM 100 000\$ POUR PROTECTION OR)

Le montant maximal d'assurance vie provisoire payable au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) en vertu de la proposition d'assurance vie provisoire et combiné à toute autre convention ou note de couverture, entente ou tout engagement similaire en vigueur avec Assomption Vie est égal au moins élevé des montants suivants :

2. DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES À L'ASSURANCE VIE PROVISOIRE CONDITIONNELLE (Suite)

- La somme cumulative de tout montant d'assurance vie demandé en vertu de la proposition portant le même numéro que la présente note de couverture, ainsi que tout autre montant d'assurance vie additionnel demandé en vertu d'une convention ou note de couverture, entente ou engagement similaire en vigueur avec Assomption Vie, par personne à assurer ;

La somme cumulative ne comprend pas le montant de toute couverture demandée sur la proposition pour les garanties et avenants suivants : Bénéfice d'assurance sur la vie des enfants (BAE) et Protection Or Différée.

- Dans le cas où la proposition portant le même numéro que la présente vise à remplacer une police existante, la différence entre tout montant demandé en vertu de la proposition portant le même numéro que la présente note de couverture et le montant d'assurance vie de toute police existante à être remplacée ;
- 250 000 \$.

EXCLUSIONS

Aucune prestation n'est payable si le décès est le résultat :

- a) d'un suicide, d'une tentative de suicide ou de blessures que la personne à assurer s'est infligée, qu'elle soit alors saine d'esprit ou non ;
- b) de la commission ou la tentative de commission d'un acte criminel par la personne à assurer ;
- c) de la conduite d'un véhicule à moteur alors que la personne à assurer est sous l'influence de drogues illicites ou non prescrites ;
- d) de la conduite d'un véhicule à moteur par la personne à assurer alors que la quantité d'alcool dans son sang est supérieure à 80 milligrammes par 100 millilitres de sang (0,08) ou excède toute autre limite inférieure imposée par la loi ;
- e) d'un cancer ou d'une tumeur bénigne du cerveau.



coindurep.ca

Assurance individuelle • Assurance collective • Placements et retraite

Téléphone : 1-800-455-7337 • www.assomption.ca

C.P. 160 / 770, rue Main, Moncton (N.-B.) E1C 8L1

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie