

## 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 dans Lia, la plateforme de vente électronique d'Assomption Vie.**

Ce formulaire est pour :

personne à assurer 1     personne à assurer 2 (*Avenant Protection Vitale*)

### A. INFORMATION DE LA PERSONNE À ASSURER

Prénom	Adresse
Nom de famille	Ville
Nom de famille précédent	Province
Province de naissance	Code postal
Pays de naissance	Tél. domicile _ _ - _ - _ - _ - _ - _ -    Tél. bureau _ _ - _ - _ - _ - _ - _ -
Statut actuel de résidence au Canada :	<input checked="" type="checkbox"/> Courriel
<input type="checkbox"/> Citoyen canadien	Date de naissance    _ _ / _ _ / _ _ _ _    (Exemple : 01/JAN/2014)
<input type="checkbox"/> Résident permanent (immigrant reçu)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
L'assurance maladies graves est seulement disponible aux citoyens canadiens ou résidents permanents.	

*Au cours des douzes (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 :     Non     Oui

### B. ASSURANCE DEMANDÉE

**Protection Vitale**     15 ans     20 ans     25 ans     Jusqu'à 75 ans     Jusqu'à 75 ans - payable 20 ans  
 Capital assuré (min. 10 000 \$ – max. 100 000 \$) \_\_\_\_\_ \$

Avenants de garantie complémentaire :

- Remboursement de primes au décès  
 Remboursement de primes flexibles

### C. MODE 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<sup>er</sup> au 28<sup>e</sup>) jour du mois

### D. REMPLACEMENT

L'assurance demandée a-t-elle pour but de remplacer toute autre assurance 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.

### E. 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) : \_\_\_\_\_

## Formulaire de collecte de données : Protection Vitale

**F. BÉNÉFICIAIRE** : La prestation d'assurance maladies graves sera versée à l'assuré. La prestation de l'avenant Remboursement de primes flexible, si ce dernier est sélectionné, sera versée au propriétaire de la police. Pour désigner un autre bénéficiaire pour ces prestations, veuillez remplir le formulaire « Changement de bénéficiaire – Protection Vitale ».

**BÉNÉFICIAIRE AU DÉCÈS DE LA PERSONNE À ASSURER** (Remplir seulement sur le formulaire pour la **personne à assurer 1 et 2**)

La désignation de bénéficiaire ci-dessous est applicable à l'avenant Remboursement des primes au décès seulement.

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.

### G. RENSEIGNEMENTS DU PROPRIÉTAIRE/PAYEUR (Remplir seulement sur le formulaire pour la **personne à assurer 1**)

Propriétaire :	<input type="checkbox"/> Personne à assurer 1	<input type="checkbox"/> Personne à assurer 2	<input type="checkbox"/> Autre ou personne morale (remplir ci-dessous)
Copropriétaire :	<input type="checkbox"/> Personne à assurer 1	<input type="checkbox"/> Personne à assurer 2	<input type="checkbox"/> Autre (remplir ci-dessous)
Payeur :	<input type="checkbox"/> Personne à assurer 1	<input type="checkbox"/> Personne à assurer 2	<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Copropriétaire <input type="checkbox"/> Autre (remplir ci-dessous)

**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	<input type="checkbox"/> épargne	<input type="checkbox"/> chèque
N° de compte			

**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

## Formulaire de collecte de données : Protection Vitale

### 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
JJ    MMM    AAAA    (Exemple 01/JAN/2014)	Tél. bureau
Copier l'adresse : Personne à assurer <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> Courriel
	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
JJ    MMM    AAAA    (Exemple 01/JAN/2014)	Tél. bureau
Copier l'adresse : Personne à assurer <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input checked="" type="checkbox"/> Courriel
** Ces champs n'ont pas besoin d'être remplis pour le payeur.	Lien de parenté avec la personne à assurer **

## H. 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)?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
	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

## Formulaire de collecte de données : Protection Vitale

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).  Non  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).  Non  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?  Non  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?  Non  Oui
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.  Non  Oui
14. Votre poids dépasse-t-il celui correspondant à votre taille dans le tableau suivant?  Non  Oui

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

15. Avez-vous déjà subi des tests, reçu des traitements ou eu connaissance d'un signe quelconque de :
- a) cancer, leucémie, lymphome, tumeur, kyste, nodule ou toute autre masse anormale?  Non  Oui
- b) hépatite B ou C, ou polypes du côlon?  Non  Oui
- c) troubles des seins ou écoulement inhabituel des seins ou autres changements physiques (autre qu'une chirurgie pour des raisons esthétiques)?  Non  Oui
- d) accident ischémique transitoire (AIT)?  Non  Oui
16. Autre que ce qui a déjà été déclaré, au cours des deux (2) dernières années, avez-vous eu tout autre maladie, trouble, ou résultats de test anormaux qui n'ont pas encore été divulgués?  Non  Oui

### I. RÉPONSE AFFIRMATIVE (pour section H)

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.

## Formulaire de collecte de données : Protection Vitale

### J. 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/2014)
- 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
	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
	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
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	
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
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	

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.

