FICHE DE TRAVAIL LIA
POUR LES PRODUITS TARIFIÉS

REMPLIR POUR CHAQUE ASSURÉ

#_____

Assomption Vie

EFFACER

SÉLECTION DU PRODUIT

ASSURANCE PERMANENTE	ASSURANCE TEMPORAIRE
VIE ENTIÈRE NON PARTICIPANTE ☐ Payable à vie (Payable jusqu'à l'âge atteint de 100 ans) ☐ Payable sur 20 ans **Option de police** ☐ Individuelle ☐ Conjointe 1er décès ☐ Conjointe dernier décès **Capital assuré** _____ $ (Min. 10 000 $ âges 18 à 75 ans et 5 000 $ âges 76 à 80 ans - Max. 10 000 000 $)	**FLEXTERM (TEMPORAIRE NIVELÉE OU DÉCROISSANTE)** ☐ Nivelée ☐ Décroissante ☐ 10 ans ☐ 15 ans ☐ 20 ans ☐ 25 ans ☐ 30 ans ☐ 35 ans **Option de police** ☐ Individuelle ☐ Conjointe 1er décès **Capital assuré** (Min. 100 000 $ – Max. 10 000 000 $) _____ $
PARPLUS (PARTICIPANTE) ☐ Payable à vie (Payable jusqu'à l'âge atteint de 100 ans) ☐ Payable sur 20 ans **Option de police** ☐ Individuelle ☐ Conjointe 1er décès **Capital assuré** (Min. 5 000 $ – Max. 4 000 000 $) _____ $ **Options de dividendes** ☐ Payé comptant ☐ Réduction de primes ☐ Accumulation ☐ Bonification d'assurance libérée ☐ Optimiseur – garantie 15 ans ☐ Optimiseur – garantie jusqu'à l'âge atteint de 100 ans	

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 :

Pays de naissance :

Date de naissance : _____
AAAA / MM / JJ

Âge : _____ (au plus proche anniversaire)

Sexe :
☐ M
☐ F

Statut actuel de résidence au Canada :

☐ Citoyen canadien
☐ Résident permanent (immigrant reçu)
☐ Autre (préciser) _____

Si autre, indiquer la date d'arrivée au Canada : _____
AAAA / MM / JJ

Adresse : _____
Boîte postale | N° et nom de la rue | N° de l'appartement | Ville | Province | Code postal

Numéro de téléphone : domicile _____ travail _____

Courriel : _____

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de produits du tabac ou de la nicotine, y compris, sans s'y limiter, des cigarettes, gros cigares (plus de 12), cigarillos, marijuana ou cannabis mélangé avec du tabac, cigarettes électroniques, dispositifs de vapotage, gommes, timbres, tabac à mâcher, tabac à priser, noix de bétel, chicha ou pipe à eau (hookah)?

☐ Non ☐ Oui

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.

GARANTIES COMPLÉMENTAIRES

Avenants de garantie complémentaire pour Vie Entière Non Participante et ParPlus :

☐ RI basée sur un prêt (remboursement de prêt) _____ $ par mois (min. 300 $, max. 3 500 $ (1 500 $ si vous êtes en congé parental) 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 $ (1 500 $ si vous êtes en congé parental) ou au plus 1.5 % du capital assuré ou 75 % du revenu annuel d'emploi divisé par 12)

☐ Mort accidentelle (MA)* : _____ $

☐ 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)**

☐ Fracture accidentelle plus :

- ☐ l'assuré
- ☐ l'assuré et conjoint
- ☐ l'assuré et enfant
- ☐ l'assuré, enfant et conjoint

- ☐ 1 unité
- ☐ 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 MA ne peut pas être plus élevé que le capital assuré initial. La MA n'est pas disponible pour une police conjointe.*
***Si l'EP/EPD est pour le propriétaire ou le payeur, svp utiliser un formulaire séparé.*

COMBINAISON D'UNE ASSURANCE VIE ET D'UNE ASSURANCE MALADIES GRAVES

Lorsqu'une assurance vie et une assurance maladies graves sont demandées dans le cadre d'une même demande d'assurance sur une même personne à assurer, le formulaire de collecte de données relatif à l'assurance maladies graves doit également être rempli. Le formulaire de collecte de données Assurance Maladies Graves est disponible sur notre site Web Coin du conseiller.

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

Si vous avez répondu « Oui », veuillez fournir les informations suivantes :

Nom du médecin de famille : _____

Adresse du médecin de famille : _____

☐ Les informations relatives au médecin de famille ne sont pas disponibles pour le moment et seront fournies ultérieurement.

MODE DE PAIEMENT (REMPLIR 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 _____ (1er au 28e) 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 suivants la mise en vigueur de la police ? ☐ Non ☐ Oui

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Bénéficiaire 1	☐ Succession ☐ Propriétaire ☐ Autre (si sélectionné, veuillez fournir des détails ci-dessous)			
	Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	
	Numéro de téléphone	Date de naissance : _____ AAAA / MM / JJ	%*	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Bénéficiaire subrogé	Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	
	Numéro de téléphone	Date de naissance : _____ AAAA / MM / JJ	%*	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Bénéficiaire 2	Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	
	Numéro de téléphone	Date de naissance : _____ AAAA / MM / JJ	%*	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Bénéficiaire subrogé	Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	
	Numéro de téléphone	Date de naissance : _____ AAAA / MM / JJ	%*	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Bénéficiaire en sous-ordre (Si tous les bénéficiaires primaires et subrogés sont décédés.)	Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	
	Numéro de téléphone	Date de naissance : _____ AAAA / MM / JJ	%*	☐ Révocable ☐ Irrévocable
	Prénom	Nom de famille	Lien de parenté avec la personne à assurer (Au Québec, lien avec le propriétaire)	
	Numéro de téléphone	Date de naissance : _____ AAAA / MM / JJ	%*	☐ Révocable ☐ Irrévocable
Désignation d'un fiduciaire**	Prénom	Nom de famille	Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire :	

*Si un pourcentage n'est pas indiqué, les prestations de décès seront payables à parts égales aux bénéficiaires survivants de la personne à assurer. Si un % est indiqué et qu'un bénéficiaire subrogé a été désigné, les prestations de décès seront payables au bénéficiaire subrogé dans le cas où le bénéficiaire principal décède avant la personne à assurer. Si tous les bénéficiaires principaux ou subrogés sont décédés avant la personne à assurer, les prestations de décès seront divisées également entre tous les bénéficiaires en sous-ordre désignés encore vivants après le décès de la personne à assurer.

**Un fiduciaire doit être désigné pour tout bénéficiaire mineur. La désignation d'un fiduciaire ne s'applique pas au Québec.

RENSEIGNEMENTS DU PROPRIÉTAIRE/PAYEUR
(REMPLIR SEULEMENT SUR LA FICHE POUR LA PERSONNE À ASSURER 1)

Propriétaire :	☐ Personne à assurer 1	☐ Personne à assurer 2	☐ Autre ou personne morale (remplir ci-dessous)		
Copropriétaire :	☐ Personne à assurer 1	☐ Personne à assurer 2	☐ Autre (remplir ci-dessous)		
Payeur :	☐ Personne à assurer 1	☐ Personne à assurer 2	☐ Propriétaire	☐ Copropriétaire	☐ Autre (remplir ci-dessous)

Indiquez la profession	Numéro d'assurance sociale |___|___|___|___|___|___|___|___|___|

☐ Certificat de naissance ☐ Permis de conduire ☐ Passeport ☐ Autre (précisez) _____

Numéro du document _____ Lieu de délivrance (province/pays) _____

Données bancaires (Si possible, obtenir un chèque personnalisé portant la mention « NUL »)

Nom de l'institution financière

N° de l'institution financière	N° de la succursale	☐ épargne ☐ chèque

N° de compte

REMPLIR SI LE PROPRIÉTAIRE EST AUTRE / PAYEUR (SI DIFFÉRENT)

Cocher la boite si applicable et remplir seulement le prénom et nom de famille	☐ Voir le formulaire pour EP sur le propriétaire nommé ci-dessous.
Prénom :	Date de naissance : _____ AAAA / MM / JJ
Nom de famille :	

Adresse : _____
Boîte postale N° et nom de la rue N° de l'appartement Ville Province Code postal

Numéro de téléphone : domicile _____ travail _____

Courriel : _____

Copier l'adresse : Personne à assurer ☐ 1 ☐ 2	Lien de parenté avec la personne à assurer

REMPLIR SI LE PROPRIÉTAIRE EST UNE PERSONNE MORALE (CORPORATION, SOCIÉTÉ, ETC.)

Nom de la personne morale

Nom des administrateurs	
Nom	Nom
Nom	Nom

Nom des personnes autorisées à signer au nom de la personne morale avec leur titre	
Nom	Titre
Nom	Titre

N° d'enregistrement

Adresse : _____
Boîte postale N° et nom de la rue N° de l'appartement Ville Province Code postal

Numéro de téléphone : _____

TRANSACTION POUR LE BÉNÉFICE D'UN TIERS (SEULEMENT NÉCESSAIRE POUR VIE ENTIÈRE NON PARTICIPANTE ET PARPLUS)			
Est-ce que le(s) propriétaire(s) ont reçu une somme d'argent ou des instructions pour acheter cette assurance vie ? ☐ Oui ☐ Non Si « oui », est-ce que le(s) propriétaire(s) devront lui remettre une partie des valeurs de rachat de la police lors de la terminaison de l'assurance ? ☐ Oui ☐ Non			
Vérification du propriétaire et du copropriétaire au moyen d'un document original			
Propriétaire (indiqué ci-dessus)		**Copropriétaire** (indiqué ci-dessus)	
NAS :		**NAS :**	
Pièce d'identité :		Pièce d'identité :	
Numéro de référence :		Numéro de référence :	
Lieu de délivrance - Province :	Pays :	Lieu de délivrance - Province :	Pays :

NOTES

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ

SECTION A - ÉVALUATION MÉDICALE

1. Quel est votre taille et votre poids ?
Taille _____ **Poids** _____

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

		NON	OUI
2.	Au cours des 12 derniers mois, votre poids a-t-il fluctué de plus de 9,08 kg (20 lb) autre qu'en raison d'une grossesse ?	☐	☐
3.	Êtes-vous au courant de signes, symptômes ou tests médicaux anormaux pour lesquels : (Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les symptômes d'un rhume ou d'une grippe, les résultats d'un suivi de routine sans nouveaux symptômes ou ceux d'une visite prénatale de routine.)		
	a) Vous n'avez pas encore consulté de médecin ou vous avez consulté un médecin sans avoir reçu de diagnostic ?	☐	☐
	b) Vous faites présentement l'objet d'une investigation ?	☐	☐
	c) Vous avez une consultation en cours avec un médecin spécialiste ? (Une consultation en cours n'inclut pas un suivi de routine, et un médecin spécialiste n'inclut pas un médecin généraliste).	☐	☐
	d) Vous avez consulté un médecin spécialiste sans avoir reçu de diagnostic ?	☐	☐
	e) Vous êtes actuellement en attente d'une intervention chirurgicale ?	☐	☐
4.	Avez-vous déjà été avisé par un médecin que vous étiez atteint(e) d'une maladie terminale pour laquelle vous recevez présentement des soins palliatifs ou des soins en fin de vie, ou avez discuté de ce type de soins avec un professionnel de la santé ?	☐	☐
5.	Avez-vous déjà reçu un diagnostic en raison :		
	Système immunitaire et maladies infectieuses a) Du Sida (syndrome d'immunodéficience acquise) ou testé positif au VIH (le virus qui cause le Sida) ?	☐	☐
	b) De lupus érythémateux disséminé (LED) ou d'un autre trouble immunologique (tel que la sclérodermie, la morphée ou le syndrome CREST) ?	☐	☐
	c) De troubles infectieux (tels que la maladie de Lyme, les infections sexuellement transmissibles ou les infections inexpliquées) ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les cas de COVID-19 non compliqués et entièrement guéris.	☐	☐
	Système nerveux d) De la maladie de Huntington, de la sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig), de la maladie d'Alzheimer ou de la démence ?	☐	☐
	Système cardiovasculaire e) De cardiomyopathie ou d'insuffisance cardiaque congestive ?	☐	☐
	Système gastro-intestinal f) D'une cirrhose du foie, d'une pancréatite chronique, ou 2 épisodes ou plus de pancréatite aiguë ?	☐	☐
	Système respiratoire g) De la fibrose kystique ?	☐	☐

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ (SUITE)		NON	OUI
6.	Au cours des 10 dernières années, avez-vous reçu un diagnostic, été hospitalisé, reçu un traitement (y compris un traitement avec des médicaments prescrits) ou eu connaissance de signes quelconques pour :		
	Système nerveux a) De convulsions, de crises, d'épilepsie, de céphalées récurrentes ou graves, de la sclérose en plaques, de la maladie de Parkinson, de tremblements, de perte de mémoire, de paralysie, d'engourdissement ou de faiblesse ?	☐	☐
	b) De trouble ou lésion cérébrale, de retard de développement ou autre trouble neurologique (tel qu'un trouble du spectre de l'autisme ou le syndrome de Down) ?	☐	☐
	Système cardiovasculaire c) D'un accident vasculaire cérébral (AVC), d'un accident ischémique transitoire (AIT ou mini-AVC), d'un souffle au cœur, d'hypertension artérielle, d'un taux de cholestérol anormal, de palpitations, d'arythmie (rythme cardiaque irrégulier tel que fibrillation/flutter auriculaire, tachycardie, bradycardie, tachycardie supraventriculaire, fibrillation ventriculaire, battements ectopiques), de douleurs thoraciques, d'une angine, d'une crise cardiaque (infarctus du myocarde), d'une maladie cardiaque ou tout autre trouble du cœur ?	☐	☐
	Système gastro-intestinal d) De troubles de l'estomac (tels que reflux gastro-œsophagien ou ulcère), du foie, du pancréas, de la vésicule biliaire ou de l'intestin (tels que polypes du côlon, maladie de Crohn, colite ulcéreuse ou saignement rectal), d'une hépatite B ou C, ou de diarrhée chronique ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les détails de vos hémorroïdes ou calculs biliaires lorsque le diagnostic a été confirmé par votre médecin. Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur les troubles gastro-intestinaux (3894).	☐	☐
	Système respiratoire e) De l'apnée du sommeil ou de troubles respiratoires ou pulmonaires (tels que l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), l'emphysème ou la sarcoïdose) ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur les troubles respiratoires (3907).	☐	☐
	Système musculosquelettique f) De troubles ou blessures des muscles, des os, du dos, du cou ou des articulations (comme la fibromyalgie, l'arthrite, l'ostéoporose, les troubles du genou, le syndrome du canal carpien ou la dystrophie musculaire) ? Vous devez nous indiquer la présence d'une arthrite rhumatoïde si celle-ci n'a pas déjà été déclarée. Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur les troubles musculosquelettiques (5450).	☐	☐
	Système génito-urinaire g) De troubles des reins (tels que des calculs, une maladie rénale chronique, une maladie polykystique des reins ou une glomérulonéphrite), de l'uretère, de la vessie (tels que des calculs, du sang dans les urines ou une analyse d'urine anormale), de la prostate ou des organes génitaux ou reproductifs ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les détails d'une infection urinaire non compliquée lorsque le diagnostic a été confirmé par votre médecin.	☐	☐
	Tumeur et cancer h) De la leucémie, d'un cancer, d'un lymphome, d'un mélanome, d'une tumeur, d'un kyste, d'une masse, d'un nodule ou de toute autre cellule ou croissance anormale ? Si vous ne l'avez pas déjà déclaré dans cette proposition, vous devez nous indiquer les détails de toute masse ou kyste anormal au niveau du sein, de tout écoulement anormal au niveau du sein ou de tout changement d'apparence, de toute imagerie mammaire anormale ou de tout test PAP anormal.	☐	☐
	Système endocrinien i) De diabète, de prédiabète, d'intolérance au glucose ou de troubles des glandes, du système endocrinien ou des ganglions lymphatiques ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les détails d'une hypothyroïdie contrôlée.	☐	☐
	Santé mentale j) De troubles de l'adaptation, de l'anxiété, de dépression, de troubles bipolaires, de stress post-traumatique, de schizophrénie, de troubles de l'alimentation, de troubles de l'attention, de fatigue chronique, de pensées ou tentatives suicidaires ou de tout autre trouble psychologique, émotionnel ou de santé mentale ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur les troubles psychologiques ou nerveux (3900).	☐	☐
	Système circulatoire k) De troubles des vaisseaux sanguins (tels qu'une maladie vasculaire périphérique ou un anévrisme) ou du sang (tels qu'un caillot sanguin, une anémie ou un trouble de la coagulation) ?	☐	☐
	Yeux, oreilles, nez, gorge et peau l) De troubles des yeux (tels qu'une névrite optique, une cécité ou un glaucome, autres que des verres correcteurs), des oreilles (tels qu'une surdité totale ou partielle), du nez, de la bouche, de la gorge ou de la peau ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les détails de votre acné ou eczéma.	☐	☐
Question 7 est SEULEMENT pour les assurés âgés de 50 ans ou moins.			
7.	Y a-t-il quelqu'un parmi votre famille biologique (père, mère, frère, sœur), vivant ou décédé, ayant reçu un diagnostic avant l'âge de 60 ans pour l'une des conditions suivantes : diabète, cancer, accident vasculaire cérébral, maladie cardiaque, maladie de Huntington, maladie polykystique des reins, maladie d'Alzheimer, maladie du motoneurone, maladie de Parkinson, ou toute autre maladie héréditaire ?	☐	☐

DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ (SUITE)		NON	OUI
Questions 8 et 9 sont SEULEMENT pour les assurés âgés de: *18 à 45 ans pour un capital assuré de 500 000$ à 2 000 000$.* *46 à 50 ans pour un capital assuré de 250 000$ à 999 999$.* *51 à 55 ans pour un capital assuré de 250 000$ à 499 999$.* *56 à 60 ans pour un capital assuré de 250 000$ à 300 000$.*			
8.	Autre que ce qui a déjà été déclaré dans cette proposition, avez-vous déjà reçu un diagnostic en raison :		
	a) De la leucémie, d'un cancer (autre que le carcinome basocellulaire), d'un lymphome, d'un mélanome ou d'une tumeur ?	☐	☐
	b) D'une angine, d'une crise cardiaque (infarctus du myocarde), d'une maladie cardiaque telle qu'un souffle au cœur, des palpitations, d'une arythmie (rythme cardiaque irrégulier) ou d'autre trouble cardiaque ?	☐	☐
	c) D'un accident vasculaire cérébral (AVC) ou d'un accident ischémique transitoire (AIT ou mini-AVC) ?	☐	☐
	d) De glomérulonéphrite ou de maladie des tissus conjonctifs ?	☐	☐
9.	Autre que ce qui a déjà été déclaré dans cette proposition, au cours des 2 dernières années, avez-vous eu d'autres maladies, troubles ou résultats d'examens anormaux qui n'ont pas encore été divulgués ?	☐	☐
SECTION B - ÉVALUATION DU MODE DE VIE			
10.	Au cours des 2 dernières années, avez-vous consommé du cannabis (comme la marijuana ou le haschisch) plus de 3 fois par semaine ?	☐	☐
11.	Au cours des 10 dernières années, avez-vous consommé d'autres drogues ou médicaments sur ordonnance qui ne vous ont pas été prescrits tels que la cocaïne, le LSD, les amphétamines, les hallucinogènes, les narcotiques, les barbituriques ou les stéroïdes anabolisants ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les médicaments obtenus en vente libre. Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur la consommation de drogues (3887).	☐	☐
12.	Avez-vous déjà été conseillé(e) par un professionnel de la santé de cesser ou de réduire votre consommation d'alcool ou de drogues, ou avez-vous reçu des conseils ou des traitements (y compris un traitement avec des médicaments prescrits) pour abus d'alcool ou de drogues ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur la consommation de drogues et d'alcool (6559).	☐	☐
13.	Au cours des 10 dernières années, avez-vous été incarcéré(e), placé(e) en détention à domicile, en probation ou reconnu(e) coupable d'un acte criminel ou êtes-vous présentement accusé(e) d'un acte criminel pour lequel aucun verdict n'a encore été rendu ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire relatif à l'activité criminelle (5336).	☐	☐
14.	Au cours des 5 dernières années, avez-vous été accusé(e) ou condamné(e) d'une infraction pour conduite sous l'effet de l'alcool ou de la drogue ou refusé de vous soumettre à un alcootest ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur le dossier de conduite (4018).	☐	☐
15.	Au cours des 2 dernières années, avez-vous reçu plus de 3 contraventions pour des infractions au code de la route, ou votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur le dossier de conduite (4018).	☐	☐
16.	Au cours des 2 dernières années, avez-vous pratiqué une activité ou un sport dangereux ou effectué des vols autres qu'en tant que passager payant ou prévoyez-vous de participer dans de tels sports, activités ou vols ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur les activités et sports dangereux (6817).	☐	☐
17.	Avez-vous résidé en dehors du Canada au cours des 12 derniers mois, ou prévoyez-vous ou envisagez-vous de voyager ou de résider en dehors de l'Amérique du Nord, des Caraïbes (à l'exception d'Haïti) ou de l'Europe de l'Ouest au cours des 12 prochains mois ? Si OUI, remplir et joindre le Questionnaire sur les voyages et la résidence à l'étranger (3893).	☐	☐
SECTION C - AUTRE INFORMATION			
18.	Au cours des 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) ? Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les détails de votre assurance maladie et assurance dentaire.	☐	☐
Question 19 est SEULEMENT pour les assurés âgés de: *18 à 60 ans pour un capital assuré de 500 000$ à 3 000 000$.* *61 à 69 ans pour un capital assuré de 250 000$ à 3 000 000$.* *70 à 80 ans pour un capital assuré de 250 000$ à 2 000 000$.*			
19.	Est-ce que le montant total d'assurance vie demandée et en vigueur est supérieur à 20 fois votre salaire annuel ?	☐	☐

AVENANTS (Répondre aux questions ci-dessous si l'un des avenants suivants est choisi.)

EXONÉRATION DES PRIMES EN CAS D'INVALIDITÉ

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.

☐ J'ai lu la déclaration ci-dessus et affirme que le propriétaire comprend les conditions.

Déclaration d'assurabilité		NON	OUI
1. Au cours des **trois (3) dernières années** :			
	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 ?	☐	☐

RI BASÉE SUR UN PRÊT OU RI BASÉE SUR LE REVENU D'EMPLOI

Déterminer l'admissibilité - pour être admissible, l'assuré doit répondre "**oui**" aux trois questions suivantes.		NON	OUI
1.	est-ce que vous travaillez présentement (ou présentement en congé parental) ?	☐	☐
2.	est-ce que vous travaillez (ou travailliez précédant votre congé parental, si applicable) au moins vingt (20) heures par semaine ?	☐	☐
3.	est-ce que vous travaillez (ou travailliez précédant votre congé parental, si applicable) au moins huit (8) mois par année ?	☐	☐

Déclaration d'assurabilité		NON	OUI
1. Au cours des **trois (3) dernières années** :			
	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 spécialistes ?	☐	☐

RÉPONSE AFFIRMATIVE (remplir pour la section DÉCLARATION D'ASSURABILITÉ)

Pour toute réponse affirmative, veuillez donner des informations supplémentaires :

numéro de la question	explication	nom du médecin	hôpital

BÉNÉFICE D'ASSURANCE SUR LA VIE DES ENFANTS (BAE)

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 pour BÉNÉFICE D'ASSURANCE SUR LA VIE DES ENFANTS)

Pour toute réponse affirmative, veuillez donner des informations supplémentaires :

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

DIRECTIVES SPÉCIALES

☐ 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 (AAAA/MM/JJ) : _____ /_____ /_____ (Exemple : 2026/01/13)

- 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

Veuillez 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 _____