

**Version
Mai 2015**



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine

Guide de présélection
et proposition d'assurance

Soins de longue durée

Protection Temporelle

Guide de présélection

QUESTIONNAIRE

Pour déterminer si une personne à assurer est admissible à la garantie de soins de longue durée, elle doit être en mesure de répondre **NON** à toutes les questions ci-dessous.

	PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
	Oui	Non	Oui	Non
1. Recevez-vous présentement des prestations d'invalidité ou des indemnités pour accident du travail ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Recevez-vous présentement ou vous a-t-on recommandé de recevoir de l'aide à domicile ou dans un centre de réadaptation de jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous été traité par un médecin ou été avisé que vous aviez l'une des affections suivantes :				
a) Trouble du système immunitaire incluant le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), une affection liée au SIDA ou eu un résultat de test positif pour le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Paralytie, sclérose en plaques, dystrophie musculaire, maladie de Parkinson ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Maladie d'Alzheimer, sénilité, démence, perte chronique de mémoire, autre trouble cérébral ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou Gehrig) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Amputation de toute partie du corps à la suite d'une maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Insuffisance rénale, cirrhose ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Plus d'un accident vasculaire cérébral ou épisode d'ischémie cérébrale transitoire depuis 2 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Cancer propagé à partir du site original ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous un handicap qui vous limite dans l'accomplissement de l'une ou l'autre des activités suivantes : s'habiller, s'alimenter, marcher, se laver, aller aux toilettes, prendre ses médicaments prescrits, faire l'entretien ménager, se déplacer, faire ses courses, gérer ses finances personnelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour être admissible, une personne à assurer âgée de 70 ans ou plus doit avoir consulté un médecin au cours des 3 dernières années pour un examen médical complet comprenant un profil sanguin.

TABLE DE TAILLE ET POIDS

Vérifier, selon la table suivante, si la taille et le poids de la personne à assurer satisfont aux critères d'admissibilité. À défaut, la personne à assurer est non admissible. Cette table s'applique aussi bien aux hommes qu'aux femmes.

Le poids d'une personne à assurer doit avoir été stable pendant au moins 12 mois précédant la demande d'assurance.

IMPÉRIAL			MÉTRIQUE		
Taille (pi./po.)	Poids minimum (lb)	Poids maximum (lb)	Taille (cm)	Poids minimum (kg)	Poids maximum (kg)
4'10"	81	196	147	37	89
4'11"	84	203	150	38	92
5'00"	89	210	152	40	95
5'01"	94	217	155	43	98
5'02"	96	223	157	44	101
5'03"	98	230	160	44	104
5'04"	101	237	163	46	108
5'05"	104	243	165	47	110
5'06"	107	248	168	49	112
5'07"	111	253	170	50	115
5'08"	114	261	173	52	118
5'09"	117	269	175	53	122
5'10"	119	278	178	54	126
5'11"	122	290	180	55	132
6'00"	125	297	183	57	135
6'01"	128	305	185	58	138
6'02"	132	312	188	60	142
6'03"	136	320	191	62	145
6'04"	139	325	193	63	147
6'05"	143	330	196	65	150
6'06"	146	337	198	66	153

Guide de présélection

RISQUES INACCEPTABLES

Pour être admissible, la personne à assurer ne doit pas être atteinte de l'un ou l'autre des problèmes de santé mentionnés dans la liste suivante :

A

- Acromégalie
- Alcool, abus d'...
- Aldrich, syndrome d'...
- Alzheimer, maladie d'...
- Amnésie
- Amputation en raison d'une maladie ou amputation de plus d'un membre
- Amyotrophie spinale
- Anévrisme récurrent ou anévrismes multiples
- Anévrisme avec usage de tabac au cours des 24 derniers mois
- Angine avec antécédents de chirurgie cardiaque
- Angine intestinale
- Anomalie des chromosomes
- Apnée du sommeil avec narcolepsie ou avec usage de tabac au cours des 24 derniers mois
- Artérite à cellules géantes actives
- Arthrite sévère (avec limitations ou utilisation d'équipements ou si chirurgie recommandée)
- Asthme avec usage de tabac au cours des 24 derniers mois
- Ataxie (démarche instable)
- Ataxie de Friedreich
- Atrophie musculaire progressive
- Atrophie musculaire spinale

B

- Blastomycose
- Buerger, maladie de...

C

- Cathéter à ballon gastrique
- Chaga, maladie de... (active)
- Cholangite sclérosante
- Chorée de Huntington
- Chirurgie en attente
- Cirrhose
- Confusion
- Crise cardiaque (antécédents de 2 crises)

D

- Déficience de l'Alpha-Antitrypsine
- Déficiants dans les AIVQ
- Démence
- Démyélinisation (maladie démyélinisante)
- Dépression actuelle
- Dérivation ventriculo-péritonéale
- Désordre du système immunitaire
- Dialyse (dialyse péritonéale, hémodialyse)
- Drogues (usage actuel)
- Dystrophie musculaire

F

- Facteur V Leiden
- Fibrose kystique
- Fibrose pulmonaire symptomatique

G

- Gammopathie monoclonale
- Gaucher, maladie de...
- Granulomatose de Wegener

H

- Hémiplégie
- Hémophilie
- Hépatite chronique, active, type A, B, type C, non-A, non-B ou auto-immune
- Hospitalisation présente ou prévue
- Hunter, syndrome de...
- Hurler, syndrome de...
- Hydrocéphalie
- Hypertension portale

L

- Lou Gehrig, maladie de...

M

- Macroglobulinémie de Waldenström
- Maladie d'Alzheimer
- Maladie de Parkinson
- Maladie de Von Hippel-Lindau
- Maladie de Whipple
- Maladie de Wilson
- Maladie mixte du tissu conjonctif
- Mélanome récidivant
- Mobilité, limitations de la...
- Myélite transverse aiguë ou autre
- Myélome multiple

N

- Neurofibromatose
- Neuropathie autonome

O

- Oslo-Weber-Rendu, maladie de...
- Oxygène, utilisation d'...

P

- Paraplégie
- Parkinson, maladie de...
- Perte de mémoire
- Plaies de lit
- Pneumonie interstitielle lymphoïde
- Psychonévrose
- Psychopathie
- Psychose
- Psychose de Korsakoff
- Polyarthrite noueuse

Q

- Quadriplégie

R

- Retard mental

S

- Sarcoidose active
- Sarcome de Kaposi
- Schizophrénie
- Sclérodémie active
- Sclérose en plaques
- Sclérose latérale amyotrophique
- Sclérose postéro-latérale
- Sénilité
- Shy-Drager, syndrome de...
- Syndrome cérébral organique
- Syndrome d'Aldrich
- Syndrome de Korsakoff
- Syndrome de Lesch-Nyhan
- Syndrome de Marfan
- Syndrome de Shy-Drager
- Syndrome d'immuno-déficience acquise (SIDA)
- Syndrome post-polio
- Syphilis stade IV

T

- Télangiectasie
- Tétraplégie
- Thromboangéite oblitérante (maladie de Buerger)

U

- Usage actuel de drogues
- Utilisation d'oxygène
- Utilisation d'une marchette

V

- Varices œsophagiennes
- Ventriculopéritonéostomie
- Vessie neurogène
- Virus de l'immunodéficience humaine positif (VIH+)

W

- Waldenström, macroglobulinémie de...
- Wegener, granulomatose de...
- Werincke-Korsakoff, syndrome de...
- Wiskott-Aldrich, syndrome de...

X

- Xeroderma pigmentosum

CATÉGORIES DE MÉDICAMENTS NON ADMISSIBLES

Tout médicament que prend la personne à assurer (qu'elle l'ait obtenu sur ordonnance ou en vente libre) est significatif et doit être divulgué dans la proposition. Nous vous indiquons ci-dessous le nom de **certaines catégories de médicaments qui sont pratiquement toujours non admissibles**, puisqu'elles indiquent que la personne à assurer est à risque, c'est-à-dire qu'elle souffre de problèmes de santé importants.

CATÉGORIES DE MÉDICAMENTS NON ADMISSIBLES

- Médicaments anti-démence
- Médicaments anti-néoplasme
- Médicaments anti-Parkinson
- Médicaments antipsychotiques
- Agents chimiothérapeutiques
- Médicaments injectables
- Médicaments antituberculeux
- Analgésiques à effet central
- Médicaments à infusion intraveineuse
- Analgésiques narcotiques ou analgésiques opiacés
- Médicaments stéroïdes à 5 mg / jour ou plus

Guide de présélection

MÉDICAMENTS NON ADMISSIBLES

La liste ci-dessous énumère certains des médicaments des catégories mentionnées précédemment. Celle-ci n'est pas exhaustive, car de nouveaux médicaments apparaissent continuellement sur le marché. De plus, certains médicaments sont approuvés pour de nouveaux usages et pourraient devenir non admissibles.

A	C (suite)	F	I	M	P	S	V
<ul style="list-style-type: none"> Adriamycin Agrylin Akineton Alferon Alkeran Antabuse Aptivus Arava Aricept Artane AZT 	<ul style="list-style-type: none"> CeeNU Cerefolin Cerubidine Chrysothérapie Clorazil Cogentin Cognex Cytosar-U Cytoxan 	<ul style="list-style-type: none"> Femara Forteo Foscavir FUDR 	<ul style="list-style-type: none"> Ifex Imuran (sauf si pour colite ulcéreuse) Insuline ≥ 41 unités/jour Interferon Intron 	<ul style="list-style-type: none"> Matulane Megace Mellaril Meridia Mesoridazine Mestionon Methadone Mitomycine Moban Moditen Molindone Myleran 	<ul style="list-style-type: none"> Parlodel Permitil Platinol Pramipexole Prednisone ≥ 6 mg/jour Priftin Procyclidine Prokine Proleukin Prolixin Prostigmin 	<ul style="list-style-type: none"> Serentil Seroquel Sinemet Stelazine Symadine Symmetrel 	<ul style="list-style-type: none"> Velban Viadur Videx VePesid
	D	G	K			T	W
B	<ul style="list-style-type: none"> Dacarbazine (DTIC) Dantrium Donepezil Dopar Dostinex Doxil 	<ul style="list-style-type: none"> Galantamine Geodon Gerimal Gleevec Gold Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> Kemadrin 	L		<ul style="list-style-type: none"> Tace Tacrine Tarceva Tasmar Teslac Thioplex Thorazine Timespan Toposar Trelstar Tridural Trihexane Trilafon Tysabri 	<ul style="list-style-type: none"> Wellcovorin Wellferon
	E	H		N	R		X
C	<ul style="list-style-type: none"> Eldepryl Enbrel Ergamisol Ergoloid Mesylate Etoposide Eulexin Exelon 	<ul style="list-style-type: none"> Haldol Haloperidol Herceptin Humira Hydergine Hydrea 	<ul style="list-style-type: none"> L-Dopa Lanvis Laradopa Lasix ≥ 80 mg/jour Leukeran Leukine Levadopa Levsin Lioresal Loxitane Lysodren 	<ul style="list-style-type: none"> Natreacor Navane Neosar Neupogen Nilandron Niloric Nipent Novantrone 	<ul style="list-style-type: none"> Razadyne Rebetron Regonol Remicaid Reminyl Retrovir Rilutek Risperidal Rispéridone Rituxan Rivastigmine Roferon Rubex 	<ul style="list-style-type: none"> Xeloda Xenical 	
				O			Z
				<ul style="list-style-type: none"> Oxycodone Oxycontin 			<ul style="list-style-type: none"> Zanosar Zyprexa

MÉDICAMENTS SIGNIFICATIFS*

Habituellement, les personnes à assurer qui prennent les médicaments ci-dessous sont non admissibles. Néanmoins, compte tenu du dosage, de la fréquence et des raisons pour lesquelles les médicaments sont pris, la proposition d'assurance pourrait être acceptée.

<ul style="list-style-type: none"> Anesthésie péridurale Arimidex Bumex – selon le dosage Chrysothérapie 	<ul style="list-style-type: none"> Fareston Injections de cortisone Insuline – selon le dosage Lasix – selon le dosage 	<ul style="list-style-type: none"> Lupron Lyrica Méthotrexate (Folex) Mirapex 	<ul style="list-style-type: none"> Neurontin Nitroglycérine / timbre de nitroglycérine Plaquenil 	<ul style="list-style-type: none"> Purinethol Requip Stéroïdes – selon le dosage Zoladex
--	--	---	---	--

Si la personne à assurer prend régulièrement des narcotiques, elle ne sera pas admissible. Néanmoins, l'étude de la proposition sera effectuée si la personne à assurer en prend moins de 2 fois par semaine ou si elle souffre de douleurs chroniques. Voici quelques exemples de narcotiques :

<ul style="list-style-type: none"> Codéine Darvocet 	<ul style="list-style-type: none"> Darvon Empracet 	<ul style="list-style-type: none"> Hydrocodone Oxycontin 	<ul style="list-style-type: none"> Percocet Percodan 	<ul style="list-style-type: none"> Propacet Tylox 	<ul style="list-style-type: none"> Tylenol 2, 3, 4 Vicodin
---	--	--	--	---	--

* Ces listes ne sont pas exhaustives.

NOTE POUR LE CONSEILLER EN VUE D'OBTENIR L'OPINION DE SÉLECTION SUR LA POSSIBILITÉ D'OBTENIR UNE COUVERTURE LIMITÉE

Nom du médicament :	Diagnostic précis justifiant cette prescription :
_____	_____
Dosage et fréquence :	_____
_____	_____
Depuis quand :	_____
_____	_____
Date du dernier changement dans le dosage et la fréquence :	_____
_____	_____

Remplir la proposition d'assurance uniquement si la personne à assurer est admissible.

**Version
Mai 2015**



La Capitale

Assurances et
gestion du patrimoine

Proposition d'assurance

Soins de longue durée

Protection Temporelle

DIRECTIVES À L'INTENTION DU CONSEILLER

- Écrire lisiblement en lettres moulées avec un crayon à l'encre.
- Cette proposition doit être remplie en présence du preneur et de la personne à assurer.
- Cette proposition doit être utilisée pour :
 - La soumission d'une demande d'assurance de soins de longue durée;
 - Un ajout à un contrat en vigueur.
- Lorsqu'il y a plus de 2 personnes à assurer :
 - Remplir une ou des propositions supplémentaires;
 - Remplacer le numéro de proposition de chaque proposition supplémentaire par celui de la première proposition;
 - Soumettre toutes les propositions ensemble.
- Des propositions distinctes doivent être remplies si plus d'un contrat doit être émis.
- Les chèques, le cas échéant, doivent être faits à l'ordre de La Capitale assurances et gestion du patrimoine et tirés sur un compte en dollars canadiens ouvert auprès d'une institution financière canadienne.
- Toutes les signatures appropriées doivent être apposées.
- Toute correction ou tout changement apporté à la proposition doit être paraphé par le preneur ou par la personne à assurer selon le cas.
- Remettre au preneur :
 - Les avis et préavis (section 14);
 - Le certificat conditionnel de protection provisoire s'il a été émis (section 13).
- Toutes les pages de la proposition doivent être retournées à l'exception des pages qui doivent être remises au preneur.

DOCUMENTS À JOINDRE À LA PROPOSITION SELON LA SITUATION

En tout temps

- Guide de présélection
- Exposé signé par le preneur

Remplacement

- Préavis de remplacement
- Formulaire de résiliation-rachat s'il s'agit d'un remplacement interne

Mode de paiement des primes par débits préautorisés (DPA)

- Accord de débits préautorisés (DPA) (section 8)
- Spécimen de chèque ou coordonnées bancaires. **Si les renseignements sur le compte bancaire ne sont pas fournis, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.**

Mode de paiement des primes annuel

- Chèque à l'ordre de La Capitale assurances et gestion du patrimoine. **Si le chèque est remis à la livraison de la police, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.**

1 RENSEIGNEMENTS DE BASE

- 1.1 Langue de correspondance: Français Anglais
- 1.2 Indiquer s'il s'agit: d'une nouvelle proposition OU d'un ajout au contrat portant le numéro: _____
- 1.3 Cette proposition doit-elle être émise au même moment qu'une autre proposition? Oui Non
Si oui, indiquer le numéro de cette autre proposition: _____

1.4 ORIGINE DE LA PROPOSITION

- Remplacement externe [Remplir et joindre le préavis de remplacement.](#)
- Remplacement interne Numéro(s) de contrat(s) à remplacer: _____
[Remplir et joindre le préavis de remplacement et le formulaire de résiliation-rachat disponible dans le logiciel d'illustration.](#)

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

2.1 IDENTIFICATION DE LA PERSONNE À ASSURER

PERSONNE À ASSURER 1

Nom _____ Prénom _____ Nom à la naissance (si différent) _____

Sexe: Masculin Féminin Date de naissance: _____
Année Mois Jour NAS Profession _____

État civil _____ Lieu de naissance: _____
Province Pays _____

Résident canadien permanent: Oui Non Au Canada depuis: _____

Adresse (n°, rue, appartement) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Pays _____ Adresse courriel _____

Ind. rég. Téléphone résidence Ind. rég. Téléphone travail (poste) Ind. rég. Téléphone cellulaire

PERSONNE À ASSURER 2

Nom _____ Prénom _____ Nom à la naissance (si différent) _____

Sexe: Masculin Féminin Date de naissance: _____
Année Mois Jour NAS Profession _____

État civil _____ Lieu de naissance: _____
Province Pays _____

Résident canadien permanent: Oui Non Au Canada depuis: _____

Adresse (n°, rue, appartement) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Pays _____ Adresse courriel _____

Ind. rég. Téléphone résidence Ind. rég. Téléphone travail (poste) Ind. rég. Téléphone cellulaire

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (suite)

2.2 IDENTIFICATION DU PRENEUR

- La personne à assurer 1 est le preneur
- La personne à assurer 2 est le preneur
- La personne à assurer 1 et la personne à assurer 2 sont respectivement le preneur 1 et le preneur 2
- Autre [Fournir tous les renseignements des sections 2.2 à 2.6.](#)

Passer à la section 2.3
«Vérification de l'identité
du preneur».

PRENEUR 1 (si différent de la personne à assurer 1 ou 2)

Nom _____ Prénom _____
État civil _____ Sexe: Masculin Féminin
Lien avec la personne à assurer 1 _____ Lien avec la personne à assurer 2 _____
Date de naissance: _____
Année Mois Jour NAS
Profession _____
Adresse (n°, rue, appartement) _____
Ville _____ Province _____
Pays _____ Code postal _____
Ind. rég. Téléphone résidence _____ Ind. rég. Téléphone travail _____ (poste) _____
Ind. rég. Téléphone cellulaire _____ Adresse courriel _____

PRENEUR 2 (si différent de la personne à assurer 1 ou 2)

Nom _____ Prénom _____
État civil _____ Sexe: Masculin Féminin
Lien avec la personne à assurer 1 _____ Lien avec la personne à assurer 2 _____
Date de naissance: _____
Année Mois Jour NAS
Profession _____
Adresse (n°, rue, appartement) _____
Ville _____ Province _____
Pays _____ Code postal _____
Ind. rég. Téléphone résidence _____ Ind. rég. Téléphone travail _____ (poste) _____
Ind. rég. Téléphone cellulaire _____ Adresse courriel _____

2.3 VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU PRENEUR [Remplir cette section en tout temps pour chaque preneur.](#)

La carte d'assurance maladie ne peut pas être utilisée dans les provinces suivantes : Ontario, Manitoba et Île-du-Prince-Édouard. Au Québec, on ne peut pas exiger la carte d'assurance maladie aux fins d'identification, mais si le preneur choisit de la présenter, elle est acceptée.

PRENEUR 1

Pièce d'identité [Seul le document original doit être consulté.](#)

- Certificat de naissance Permis de conduire
- Passeport Carte d'assurance maladie

Numéro du document : _____

Province ou pays de délivrance : _____

PRENEUR 2

Pièce d'identité [Seul le document original doit être consulté.](#)

- Certificat de naissance Permis de conduire
- Passeport Carte d'assurance maladie

Numéro du document : _____

Province ou pays de délivrance : _____

2.4 PRENEUR SUBROGÉ

Preneurs multiples (sauf au Québec) – S'il y a plus d'un preneur, le type de propriété sera :

[Si aucun choix n'est indiqué, le contrat sera établi pour tous les preneurs avec droit de survie.](#)

- Droit de survie : Si un preneur décède alors que le contrat est en vigueur, son intérêt sera transféré au preneur survivant.
- Propriété commune : Si un preneur décède alors que le contrat est en vigueur, son intérêt sera transféré à ses ayants droit à moins qu'il n'ait désigné un preneur subrogé auquel cas son intérêt sera transféré à ce preneur subrogé.

Preneurs multiples (au Québec) – Si un preneur décède alors que le contrat est en vigueur, son intérêt sera transféré à ses ayants droit à moins qu'il n'ait désigné un preneur subrogé auquel cas son intérêt sera transféré à ce preneur subrogé.

PRENEUR SUBROGÉ DU PRENEUR 1

Nom _____ Prénom _____
État civil _____ Sexe: Masculin Féminin
Lien avec le preneur 1 _____
Date de naissance: _____
Année Mois Jour

PRENEUR SUBROGÉ DU PRENEUR 2

Nom _____ Prénom _____
État civil _____ Sexe: Masculin Féminin
Lien avec le preneur 2 _____
Date de naissance: _____
Année Mois Jour

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (suite)

2.5 DÉTERMINATION QUANT AUX TIERS

PRENEUR 1

Est-ce que le preneur 1 agit suivant les directives d'une autre personne (tiers)? Oui Non

Si oui, fournir les renseignements suivants sur le tiers :

Nom _____ Prénom _____

Lien avec le preneur 1 _____ Profession ou activité principale _____

Date de naissance:

Année	Mois	Jour			

Adresse (n°, rue, appartement) _____

Ville _____ Province _____

Pays _____ Code postal _____

Si le tiers est une entreprise: _____
Numéro d'entreprise _____

_____ Lieu de constitution

PRENEUR 2

Est-ce que le preneur 2 agit suivant les directives d'une autre personne (tiers)? Oui Non

Si oui, fournir les renseignements suivants sur le tiers :

Nom _____ Prénom _____

Lien avec le preneur 2 _____ Profession ou activité principale _____

Date de naissance:

Année	Mois	Jour			

Adresse (n°, rue, appartement) _____

Ville _____ Province _____

Pays _____ Code postal _____

Si le tiers est une entreprise: _____
Numéro d'entreprise _____

_____ Lieu de constitution

2.6 RENSEIGNEMENTS FINANCIERS

	PERSONNE À ASSURER 1	PERSONNE À ASSURER 2
Nom de l'employeur	_____	_____
Adresse de l'employeur (n°, rue, ville, province, code postal)	_____	_____
Revenu annuel brut gagné (y compris le salaire, les commissions et les bonis)	_____ \$	_____ \$
Autres revenus	_____ \$	_____ \$
Source des autres revenus	_____	_____
Actif total (biens immobiliers, capitaux propres dans une entreprise, actions, obligations, etc.)	_____ \$	_____ \$
Passif total (hypothèque, emprunts, etc.)	_____ \$	_____ \$

3 CHOIX DES GARANTIES

SOINS DE LONGUE DURÉE: Joindre l'exposé signé par le preneur

PERSONNE À ASSURER 1

2 ans 3 ans 5 ans À vie

Prestation mensuelle: _____ \$

Les deux options peuvent être choisies:

Option plus Option d'indexation

PERSONNE À ASSURER 2

2 ans 3 ans 5 ans À vie

Prestation mensuelle: _____ \$

Les deux options peuvent être choisies:

Option plus Option d'indexation

4 RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE POUR L'OPTION PLUS (Remboursement des primes au décès)

Absence de désignation de bénéficiaire: En l'absence de désignation de bénéficiaire, la prestation prévue sera payable au preneur, s'il est en vie, ou à sa succession.

Bénéficiaire révocable/irrévocable: La désignation de bénéficiaire est révocable à moins d'indication contraire. Au Québec, toutefois, si le preneur désigne la personne à laquelle il est marié ou uni civilement comme bénéficiaire, cette désignation est réputée irrévocable à moins que le preneur n'ait indiqué qu'il souhaite qu'elle soit RÉVOCABLE.

La désignation d'un bénéficiaire irrévocable entraîne des conséquences importantes. Notamment, le consentement de celui-ci sera nécessaire pour le remplacer ou pour effectuer certaines modifications ou transactions. Il est à noter qu'un bénéficiaire irrévocable mineur ne peut consentir à une modification ou à une transaction et ni les parents ni le tuteur ne peuvent signer à cette fin au nom de ce bénéficiaire irrévocable mineur.

Bénéficiaire mineur: À l'extérieur du Québec, si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est recommandé de nommer un fiduciaire. En nommant un fiduciaire, la prestation sera payable au fiduciaire qui la détiendra en fiducie pour le bénéficiaire mineur jusqu'à ce que celui-ci atteigne sa majorité (sans objet au Québec). Au Québec, c'est le tuteur du bénéficiaire mineur qui recevra la prestation payable à moins qu'une fiducie officielle n'ait été créée.

Bénéficiaire subsidiaire: Si le bénéficiaire précède l'assuré, la prestation prévue sera payable au bénéficiaire subsidiaire.

PERSONNE À ASSURER 1

BÉNÉFICIAIRE

Nom	Prénom	Date de naissance			Lien avec l'assuré (au Québec lien avec le preneur)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %
		Année	Mois	Jour		Révocable	Irrévocable	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE

_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

PERSONNE À ASSURER 2

BÉNÉFICIAIRE

Nom	Prénom	Date de naissance			Lien avec l'assuré (au Québec lien avec le preneur)	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %
		Année	Mois	Jour		Révocable	Irrévocable	
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE

_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

5 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

5.1 AUTRES ASSURANCES EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE

PERSONNE À ASSURER 1

Détenez-vous présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**), d'assurance maladies graves (**MG**), d'assurance de soins de longue durée (**SLD**) ou d'assurance invalidité (**AI**) ou avez-vous une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non
Si oui, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

VIE	MG	SLD	AI	Capital assuré	Décès accidentel	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)			Personnelle/ D'affaires		Est-ce que l'assurance demandée remplacera ce contrat d'assurance?
							Année	Mois	À l'étude	P	A	Joindre au besoin le préavis de remplacement.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PERSONNE À ASSURER 2

Détenez-vous présentement un contrat d'assurance vie (**VIE**), d'assurance maladies graves (**MG**), d'assurance de soins de longue durée (**SLD**) ou d'assurance invalidité (**AI**) ou avez-vous une proposition d'assurance à l'étude pour un de ces types d'assurance? Oui Non
Si oui, fournir les renseignements sur ces contrats ou propositions.

VIE	MG	SLD	AI	Capital assuré	Décès accidentel	Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)			Personnelle/ D'affaires		Est-ce que l'assurance demandée remplacera ce contrat d'assurance?
							Année	Mois	À l'étude	P	A	Joindre au besoin le préavis de remplacement.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____ \$	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

5.2 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

PERSONNE À ASSURER 1

Avez-vous déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**), d'assurance maladies graves (**MG**) ou d'assurance invalidité (**AI**) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	AI	Nom de la compagnie	Décision	Raison
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

PERSONNE À ASSURER 2

Avez-vous déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**), d'assurance maladies graves (**MG**) ou d'assurance invalidité (**AI**) qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime? Oui Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	AI	Nom de la compagnie	Décision	Raison
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

5 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (suite)

5.3 USAGE DE TABAC

PERSONNE À ASSURER 1

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou fait usage de toute autre forme de tabac, de marijuana ou d'un substitut tels que la gomme, le timbre cutané (*patch*) ou la cigarette électronique ? Oui Non **Si oui :**

Type	Quantité	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si vous avez cessé de fumer dans les 12 derniers mois, indiquer la date de cessation :

_____	_____	_____	_____
Année		Mois	

PERSONNE À ASSURER 2

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe ou fait usage de toute autre forme de tabac, de marijuana ou d'un substitut tels que la gomme, le timbre cutané (*patch*) ou la cigarette électronique ? Oui Non **Si oui :**

Type	Quantité	Fréquence
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si vous avez cessé de fumer dans les 12 derniers mois, indiquer la date de cessation :

_____	_____	_____	_____
Année		Mois	

Cocher OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative, fournir des précisions ou remplir le questionnaire demandé disponible dans le logiciel d'illustration.

BOISSONS ALCOOLIQUES

- 5.4 Consommez-vous des boissons alcooliques ? **Si oui**, indiquer la quantité hebdomadaire actuelle (nombre de verres de bière, vin ou spiritueux). _____
- 5.5 Au cours des 5 dernières années, votre consommation d'alcool a-t-elle changé ? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif à la consommation de boissons alcooliques.

PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

USAGE DE DROGUES OU D'OPIACÉS

- 5.6 Faites-vous ou avez-vous fait usage de drogues ou d'opiacés, de stupéfiants tels que cocaïne, LSD, barbituriques, amphétamines ou autres substances similaires ? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif à l'usage de drogues ou d'opiacés.

6 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

6.1 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Cocher OUI ou NON. Pour chaque réponse affirmative :

- Encercler la maladie, l'affection ou la situation concernée.
- Fournir des précisions à la section 6.2 « Renseignements supplémentaires » ou remplir le questionnaire demandé disponible dans le logiciel d'illustration.

- 6.1.1 Avez-vous déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes pour l'une ou l'autre des maladies énumérées ci-dessous ?
- a) SYSTÈME CARDIOVASCULAIRE : Tension artérielle élevée, taux de cholestérol ou de triglycérides élevé, douleur à la poitrine, palpitations, rythme cardiaque irrégulier, souffle au cœur, rhumatisme articulaire aigu, crise cardiaque, accident vasculaire cérébral, anévrisme ou autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins ?
- b) SYSTÈME RESPIRATOIRE : Asthme, emphyseme, essoufflement, bronchite chronique, apnée du sommeil, autre trouble respiratoire ou pulmonaire ? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif aux troubles respiratoires.
- c) SYSTÈME GASTRO-INTESTINAL :
- c1. Hépatite, cirrhose du foie, pancréatite ou trouble du foie ?
- c2. Colite ulcéreuse, maladie de Crohn, hémorragie, trouble de l'œsophage, de l'estomac, de la vésicule biliaire ou des intestins ? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif aux maladies intestinales.
- d) SYSTÈME GÉNITO-URINAIRE : Anomalies dans l'urine, trouble des reins, de la vessie, de la prostate, des organes génitaux, maladies sexuellement transmissibles ou Pap test anormal ?
- e) SYSTÈME ENDOCRINIEN :
- e1. Trouble de la thyroïde ou autre affection glandulaire ?
- e2. Diabète ? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif au diabète.
- f) SYSTÈME MUSCULO-SQUELETTIQUE :
- f1. Douleur ou trouble du dos ou du cou ? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif aux troubles du dos ou du cou.
- f2. Arthrite, goutte, bursite, tendinite, entorse ou autre trouble des muscles, des ligaments, des os ou des articulations ? **Si oui**, remplir le questionnaire relatif aux troubles musculo-squelettiques.

PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
Oui	Non	Oui	Non
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

	PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
	Oui	Non	Oui	Non
6.1 ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX (suite)				
6.1.1 g) SYSTÈME NERVEUX : Épilepsie, paralysie, sclérose en plaques, coma, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, étourdissements, pertes d'équilibre, névrite optique, vue brouillée, engourdissements, fourmillements ou tout autre trouble neurologique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) SANTÉ MENTALE : Dépression, épuisement professionnel, trouble d'adaptation, anxiété, fatigue/surmenage ou tout autre trouble psychologique, psychiatrique ou mental ? Si oui , remplir le questionnaire relatif aux troubles psychologiques.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) SYSTÈME IMMUNITAIRE : Lupus, parasida (ARS), SIDA ou test permettant de vérifier la possibilité d'une exposition au SIDA ou au VIH (virus de l'immunodéficience humaine) ou tout autre trouble du système immunitaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) GÉNÉRAL :				
j1. Anémie ou autre maladie du sang, leucémie, trouble des ganglions, cancer, tumeur, kyste, polype, nodule, maladie ou lésion anormale de la peau, affection des yeux, des oreilles, des seins incluant masses ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j2. Autre désordre physique ou mental non mentionné à la question 6.1.1 a) à j1 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.2 Avez-vous déjà reçu un traitement ou vous a-t-on conseillé de suivre un traitement ou de consulter un médecin concernant votre consommation de drogue ou d'alcool ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.3 Au cours des 5 dernières années,				
a) Avez-vous passé un électrocardiogramme, une radiographie, une tomographie (CT scan), une imagerie par résonance magnétique (IRM), des tests sanguins, des examens de contrôle, de dépistage ou des tests diagnostiques ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Avez-vous été admis comme patient dans un hôpital ou une clinique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.4 Au cours des 5 dernières années, avez-vous été invalide ou absent du travail pour une période de 4 semaines consécutives ou plus en raison de maladie ou de blessure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.5 Au cours des 2 dernières années, avez-vous subi une mammographie ou une échographie des seins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.6 Avez-vous déjà consulté ou vous a-t-on conseillé de consulter un médecin ou un spécialiste ou de suivre un traitement à la suite d'une anomalie découverte lors d'une échographie, d'une biopsie ou d'une mammographie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.7 Prenez-vous des médicaments ? Si oui , préciser lesquels.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.8 Présentez-vous des symptômes ou des signes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.9 Devez-vous consulter un médecin ou un spécialiste, suivre un traitement, subir une opération, des examens de contrôle ou des tests diagnostiques qui n'ont pas encore été effectués ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.10 Avez-vous déjà eu des complications durant une grossesse ou au moment d'un accouchement (diabète gestationnel, prééclampsie, césarienne, dépression post-partum, etc.) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.1.11 a) Êtes-vous enceinte ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Si oui , quelle est la date prévue de l'accouchement ?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Année	Mois	Année	Mois

6.2 RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire datée et dûment signée.

Question n°	Nom de la personne à assurer	Diagnostic, date du diagnostic, dates des consultations, raison, résultats, hospitalisations, chirurgies, noms et adresses des médecins ou hôpitaux consultés

6 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (suite)

6.3 TAILLE ET POIDS

PERSONNE À ASSURER 1

Taille: _____ cm pi/po Poids: _____ kg lb

Au cours des douze derniers mois, votre poids a-t-il diminué de 4,5 kg (10 lb) ou plus? Oui Non

Si oui, quel est le poids perdu? _____ kg lb

Raison de la perte de poids: _____

PERSONNE À ASSURER 2

Taille: _____ cm pi/po Poids: _____ kg lb

Au cours des douze derniers mois, votre poids a-t-il diminué de 4,5 kg (10 lb) ou plus? Oui Non

Si oui, quel est le poids perdu? _____ kg lb

Raison de la perte de poids: _____

6.4 MÉDECINS

6.4.1 Médecin personnel

PERSONNE À ASSURER 1

Nom du médecin personnel

Adresse

Ind. rég.

Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation

Année

Mois

Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

PERSONNE À ASSURER 2

Nom du médecin personnel

Adresse

Ind. rég.

Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation

Année

Mois

Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

6.4.2 Dernier médecin consulté

PERSONNE À ASSURER 1

Nom du dernier médecin consulté, si différent

Adresse

Ind. rég.

Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation

Année

Mois

Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

PERSONNE À ASSURER 2

Nom du dernier médecin consulté, si différent

Adresse

Ind. rég.

Téléphone

Date de la dernière consultation

Raison de la dernière consultation

Année

Mois

Jour

Résultats et état actuel (consultations ou traitements recommandés)

6.5 ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

Est-ce qu'un des membres de la famille (vivant ou décédé) de la personne à assurer, soit père, mère, frère, sœur, a déjà souffert de maladie cardiaque ou vasculaire, d'hypertension artérielle, de traumatisme vasculaire cérébral, cancer, diabète, maladie polykystique des reins, sclérose en plaques, maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, chorée de Huntington, sclérose latérale amyotrophique ou de toute autre maladie héréditaire? **Si oui**, fournir les renseignements requis ci-dessous.

PERSONNE
À ASSURER 1

Oui

Non

PERSONNE
À ASSURER 2

Oui

Non

Nom de la personne à assurer	Lien de parenté avec la personne à assurer	Nom de la maladie (s'il s'agit de cancer, préciser lequel)	Âge au début de la maladie	Âge si vivant	Âge au décès	Cause du décès
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

7 PAIEMENT DES PRIMES

CHOIX DU MODE DE PAIEMENT DES PRIMES

- Annuel** Le chèque doit être fait à l'ordre de La Capitale assurances et gestion du patrimoine.
- Chèque joint à la présente proposition _____ \$
- Chèque remis à la livraison de la police **Si cette option est choisie, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.**
- Débits préautorisés (DPA)** Ne joindre aucun chèque couvrant la première prime.
- Remplir l'accord de débits préautorisés (DPA) à la section 8. **Si les renseignements sur le compte bancaire ne sont pas fournis, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.**

8 ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)

Je, soussigné, autorise La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (La Capitale) ou son mandataire à porter au débit du compte bancaire figurant sur le spécimen de chèque ci-joint ou du compte bancaire ci-après identifié les montants mensuels fixes requis pour le paiement des sommes dues à La Capitale.

RENSEIGNEMENTS SUR LE COMPTE BANCAIRE

Joindre un spécimen de chèque ou remplir comme l'exemple ci-dessous :

Numéro de succursale	Numéro de l'institution	Numéro du compte
_____	_____	_____

Type de DPA: Personnel D'entreprise

Date du prélèvement: Le _____ de chaque mois (entre le 1^{er} et le 28^e jour du mois). Si aucune date n'est indiquée, celle-ci sera établie par La Capitale.

Je renonce à mon droit de recevoir un préavis du montant ou de la date du DPA ainsi qu'à mon droit de recevoir un préavis de tout changement du montant ou de la date du DPA.

Cet accord peut être annulé sur réception par La Capitale d'un préavis d'au moins 30 jours avant la date prévue du prochain DPA. De plus, 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 DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou pour de plus amples renseignements sur le droit d'annulation du présent accord ou sur vos droits de recours, communiquez avec La Capitale ou visitez www.cdnpay.ca.

Nom du payeur _____

Adresse du payeur (si autre que celle du preneur) _____

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU PAYEUR DE LA PRIME



Signature du payeur de la prime _____

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
625, rue Saint-Amable, Québec (Québec) G1R 2G5
Téléphone : 418 528-2211 ou 1 800 463-4433
Courriel : gfi@lacapitale.com

9 QUESTIONS LIÉES AU CERTIFICAT CONDITIONNEL DE PROTECTION PROVISOIRE (À remplir pour toutes les personnes à assurer)

Remettre au preneur le certificat conditionnel de protection provisoire si les réponses à toutes les questions de cette section sont NON.

	PERSONNE À ASSURER 1		PERSONNE À ASSURER 2	
	Oui	Non	Oui	Non
9.1 Avez-vous déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes concernant ce qui suit ? 9.1 Troubles cardiaques ou vaisseaux sanguins, y compris l'hypertension ou une tension artérielle élevée, douleurs thoraciques, angine, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral, cancer ou tumeur, SIDA (syndrome d'immunodéficience acquise), para-SIDA (syndrome apparenté au SIDA) ou tout autre trouble immunitaire, diabète, insuffisance rénale ou pulmonaire chronique, maladie chronique du foie, sclérose en plaques, paralysie, maladie de Parkinson ou maladie d'Alzheimer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.2 Au cours des 30 derniers jours, avez-vous consulté ou été traité par un médecin ou autre praticien pour une raison autre qu'une grossesse sans complication ou une condition mineure pour laquelle aucune autre visite de suivi n'a été fixée ou prévue ou pour laquelle des résultats sont inconnus à ce jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.3 Avez-vous eu une demande d'assurance vie, invalidité, maladies graves, soins de longue durée, individuelle ou collective, refusée, modifiée, annulée, différée ou qui a fait l'objet d'une surprime depuis moins de 3 ans ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.4 Avez-vous été ou êtes-vous présentement en arrêt de travail pour invalidité ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10 AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS AU CONSEILLER OU À L'AGENT GÉNÉRAL


Le preneur et la personne à assurer autorisent l'Assureur à divulguer au conseiller ou à l'agent général les renseignements personnels recueillis sur la proposition ou au cours du processus d'évaluation du risque et qui pourraient avoir une incidence sur la prime ou l'émission du contrat. Ces renseignements sont notamment les résultats de tests médicaux ou de tests de laboratoire, les antécédents médicaux, criminels, de travail, de consommation d'alcool ou d'usage de drogues, les renseignements financiers ou tout autre élément considéré lors de l'évaluation de la proposition.

L'Assureur peut choisir de ne pas divulguer de renseignements au conseiller ou à l'agent général même si cette autorisation est signée.


Cette autorisation demeurera en vigueur 45 jours après l'émission du contrat ou l'envoi d'un avis de refus d'établir le contrat demandé. Cette autorisation peut être annulée en tout temps par l'envoi d'un avis écrit à l'Assureur.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.


SIGNATURE DU PRENEUR 1


Signature du preneur 1


SIGNATURE DU PRENEUR 2


Signature du preneur 2

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 1


Signature de la personne à assurer 1

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 2


Signature de la personne à assurer 2

11 DÉCLARATIONS ET SIGNATURES DE LA PROPOSITION

Le preneur et la personne à assurer déclarent que toutes les réponses et explications données dans cette proposition et, le cas échéant, dans tout autre formulaire s'y rapportant incluant toute entrevue téléphonique ou en personne, sont complètes et véridiques, sachant que l'Assureur se base sur celles-ci pour établir le contrat. Sous réserve des conditions générales du contrat et des conditions du certificat conditionnel de protection provisoire, s'il a été émis, le preneur et la personne à assurer conviennent que l'assurance prendra effet globalement à la date d'acceptation de la proposition par l'Assureur pourvu que cette dernière ait été acceptée sans modification, que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit survenu dans le caractère assurable du risque de la personne à assurer depuis la signature de la proposition.

Le preneur reconnaît avoir pris connaissance de l'exposé d'assurance contenant des renseignements sur la garantie demandée dont, entre autres, les éléments garantis et non garantis et les restrictions, réductions et exclusions applicables, le cas échéant. Le preneur reconnaît que son conseiller lui a fourni des explications satisfaisantes.


Si le certificat conditionnel de protection provisoire a été émis, le preneur reconnaît l'avoir lu et compris.

Le preneur reconnaît avoir reçu et lu le préavis du MIB, Inc., l'avis concernant l'enquête, l'examen médical et les tests, l'entrevue téléphonique ou en personne et l'avis concernant la protection des renseignements personnels.


Au surplus, la personne à assurer consent à ce que le preneur souscrive cette assurance.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.


SIGNATURE DU PRENEUR 1


Signature du preneur 1


SIGNATURE DU PRENEUR 2


Signature du preneur 2


SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 1


Signature de la personne à assurer 1

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 2


Signature de la personne à assurer 2

SIGNATURE DU CONSEILLER



Signature du conseiller

12 AUTORISATION


1. Aux fins de l'établissement de mon assurabilité, de la gestion de mon dossier et de l'étude de mes demandes de prestations, j'autorise toute personne physique ou morale et tout organisme public ou parapublic détenant des renseignements sur mon compte dont notamment tout professionnel de la santé et tout établissement de santé, le MIB, Inc., toute institution financière, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout agent de renseignement ou toute agence d'investigation, mon employeur ou mes employeurs précédents, à communiquer ces renseignements à l'Assureur ou à ses réassureurs. J'autorise également l'Assureur et ses réassureurs aux mêmes fins à communiquer auxdites personnes ou auxdits organismes dont le MIB, Inc. les renseignements qu'ils détiennent sur mon compte.
2. Aux mêmes fins, j'autorise l'Assureur ou ses réassureurs à demander un compte rendu d'enquête à mon sujet et à faire un bref rapport donnant des renseignements personnels sur ma santé au MIB, Inc.
3. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 1

 _____
Signature de la personne à assurer 1

SIGNATURE DE LA PERSONNE À ASSURER 2

 _____
Signature de la personne à assurer 2

SIGNATURE DU CONSEILLER

 _____
Signature du conseiller

Cette page a été laissée en blanc intentionnellement

Remettre au preneur seulement si la personne à assurer a répondu NON aux questions de la section 9.

Le certificat conditionnel de protection provisoire (le certificat) garantit une protection d'assurance limitée pendant que la proposition d'assurance identifiée par le numéro au bas de cette page est à l'étude par l'Assureur. Le fait d'être couvert par le certificat ne garantit pas que la proposition sera acceptée.

Prise d'effet du certificat

Pour que le certificat prenne effet, les conditions suivantes doivent être respectées :

- la personne à assurer a répondu « non » aux questions liées au certificat ;
- les réponses données à toutes les questions sont complètes et exactes ;
- le paiement de la première prime annuelle a été effectué ou l'accord de débits préautorisés (DPA) a été dûment rempli et signé ; et
- le preneur ne doit pas avoir demandé que la date de prise d'effet du contrat soit à une date spécifique ultérieure.

Sous réserve du respect des conditions énumérées ci-dessus, le certificat prend effet à la plus éloignée des dates suivantes :

- la date de signature de la proposition dûment remplie ;
- la date à laquelle le tout dernier test ou examen ou entrevue téléphonique ou déclaration ou formulaire nécessaires à l'étude de la proposition a été complété ou rempli.

Fin du certificat

L'assurance provisoire que procure ce certificat prend fin au plus rapproché des événements suivants :

- la date de prise d'effet du contrat demandé ;
- la date de l'envoi par l'Assureur au conseiller d'une contre-proposition ;
- la date de l'envoi par l'Assureur au preneur d'un avis de refus d'établir le contrat demandé ;
- la date de l'envoi par l'Assureur au conseiller ou au preneur d'un avis de sa décision de mettre fin à ce certificat ;
- la date à laquelle le preneur demande l'annulation de la proposition ;
- le 60^e jour suivant la date de prise d'effet du certificat.

Conditions et exclusions

Si une personne à assurer devient en état de dépendance pendant que le certificat est en vigueur à son égard, l'Assureur procède à l'étude du dossier de cette personne en se basant sur ses critères de sélection habituels sans toutefois tenir compte de tout changement dans le caractère assurable du risque de cette personne survenu après la date de prise d'effet du certificat. Ainsi, dans le cas où :

- l'Assureur aurait émis un contrat d'assurance soins de longue durée standard, un contrat est émis conformément à la proposition ;

- l'Assureur aurait émis un contrat d'assurance soins de longue durée réduit ou modifié, un contrat réduit ou modifié est émis ;
- l'Assureur n'aurait pas émis de contrat d'assurance soins de longue durée, aucun contrat n'est émis et le certificat prend fin.

Si aux termes du certificat un contrat est émis, celui-ci comportera les mêmes conditions que le contrat demandé sous réserve des conditions et exclusions du certificat, ces dernières ayant priorité.

Si une personne à assurer ne devient pas en état de dépendance pendant que le certificat est en vigueur à son égard, tout changement dans le caractère assurable du risque de cette personne survenu après la date de signature de la proposition sera pris en considération pour déterminer si un contrat est émis et, le cas échéant, à quelles conditions.

Aucune prestation mensuelle ne sera payable en vertu du certificat si la personne à assurer est âgée de moins de 30 ans ou de plus de 70 ans.

Aucune prestation mensuelle ne sera payable en vertu du certificat en cas de fausse déclaration, d'omission, de réticence ou de fraude dans la proposition ou dans tout autre document qui en fait partie.

Aucune prestation mensuelle ne sera payable en vertu du certificat, si l'état de dépendance de la personne à assurer résulte d'une tentative de suicide ou de blessures qu'elle s'inflige, qu'elle soit saine d'esprit ou non ; de blessures subies au moment où la personne à assurer conduit un véhicule alors qu'elle est sous l'influence d'alcool excédant la limite légale ou de drogues ; de l'absorption de poison ou l'inhalation de gaz, volontairement ou non ; de l'absorption de narcotiques ou d'autres drogues, avec ou sans ordonnance médicale, pris en quantité telle qu'ils deviennent toxiques ; de sa participation ou tentative de participation à un acte criminel ; de blessures subies à l'occasion d'une opération militaire ou de sa participation à un affrontement public, à une émeute ou à une insurrection ; d'un désordre mental ou nerveux sans cause organique.

La prestation mensuelle payable par personne à assurer en vertu du certificat ou de tout autre certificat en vigueur chez l'Assureur correspond au moindre des montants suivants :

- la prestation mensuelle demandée MOINS toute portion de la prestation mensuelle demandée provenant d'un remplacement de contrats en vigueur chez l'Assureur.
- 2 000 \$ par mois.

Aucun conseiller ne peut modifier les conditions du certificat.

Inscrire le nom de la personne à assurer admissible* à la protection provisoire :

Nom de la personne à assurer admissible

Nom de la personne à assurer admissible

* En cas de réclamation, l'Assureur validera l'admissibilité de la personne à assurer.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU CONSEILLER



Signature du conseiller

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (l'Assureur)

Cette page a été laissée en blanc intentionnellement

À remettre au preneur

14.1 – Préavis du MIB, Inc.

Toute demande d'assurance nécessite une collecte de renseignements qui soit la plus complète possible. Ces renseignements sont d'ordre médical, personnel ou sont relatifs à votre solvabilité.

Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance, y compris l'Assureur, transigent avec un organisme appelé « MIB, Inc. (MIB) ».

Tout renseignement relatif à votre assurabilité est traité de façon confidentielle. Toutefois, l'Assureur et ses réassureurs pourront en transmettre un résumé au MIB, organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance vie. Cet organisme effectue un échange de renseignements au nom de ses compagnies membres.

Si vous présentez une demande d'assurance vie ou d'assurance maladie à une autre compagnie membre du MIB, ou si une demande de prestations est présentée à une telle compagnie, le MIB, sur demande, fournira à cette compagnie les renseignements contenus dans son dossier.

L'Assureur, ou ses réassureurs, peut également divulguer les renseignements contenus dans son dossier à d'autres compagnies d'assurance vie auxquelles vous pouvez présenter une demande d'assurance vie ou d'assurance maladie, ou auxquelles une demande de prestations peut être présentée.

S'il reçoit une demande de votre part, le MIB prendra des dispositions pour vous donner les renseignements apparaissant sur votre fiche. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB, vous pourrez demander une rectification conformément aux procédures énoncées dans la loi américaine sur les enquêtes de crédit équitables. Voici l'adresse du MIB :

MIB, Inc.
330, avenue Université, bureau 501
Toronto (Ontario) M5G 1R7
Téléphone : 416 597-0590
www.mib.com

Le MIB reçoit des renseignements personnels, et la collecte, l'utilisation et la divulgation de tels renseignements sont régies par la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* ainsi que par d'autres lois provinciales. Par conséquent, le MIB a consenti à protéger de tels renseignements d'une manière qui est essentiellement similaire aux pratiques de confidentialité et de sécurité des entreprises et conformément aux lois applicables, et de tels renseignements personnels ne peuvent être divulgués que conformément à ces lois. Si vous avez des questions concernant l'engagement du MIB à protéger la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec le service responsable de la confidentialité à l'adresse suivante : privacy@mib.com

14.2 – Avis concernant l'enquête, l'examen médical et tests, l'entrevue téléphonique ou en personne

Pour procéder à l'étude de votre demande d'assurance, il est possible que l'Assureur désire obtenir des renseignements additionnels.

Enquête : Un représentant d'une compagnie d'enquête peut vous contacter afin d'obtenir des renseignements d'ordre personnel et financier.

Examen médical et tests : Un médecin ou le personnel infirmier d'un organisme paramédical peut vous faire subir un examen médical, un électrocardiogramme, une radiographie pulmonaire ou tout autre test de diagnostic. Des échantillons de sang, d'urine ou de salive peuvent être prélevés. Des analyses pourront être effectuées en vue de déceler la présence des anticorps anti-VIH également appelé le virus du SIDA, déterminer le dosage du cholestérol ainsi que le dépistage de troubles hépatiques ou rénaux, de diabète, de nicotine, de drogues et de médicaments.

Avant d'effectuer un prélèvement, votre consentement écrit sera exigé.

Nous comptons sur votre collaboration pour que les rendez-vous soient pris rapidement, s'il y a lieu.

Entrevue téléphonique ou en personne : Une entrevue téléphonique ou en personne pourrait être nécessaire pour compléter votre demande d'assurance. Un évaluateur collaborant avec La Capitale communiquera alors avec vous afin de fixer un rendez-vous pour effectuer, selon les renseignements recueillis dans la proposition d'assurance, une entrevue téléphonique ou en personne. Cette entrevue devrait durer entre 30 minutes et 1 heure et vous devrez répondre à des questions ayant trait à vos antécédents médicaux (coordonnées complètes des médecins consultés au cours des 5 dernières années, liste des médicaments que vous prenez, votre taille et votre poids, etc.), à vos loisirs et à votre mode de vie. Il est donc important d'avoir en main tous les renseignements concernant ces questions. Votre évaluation comprendra aussi un bref exercice de mémoire. Une fois l'entrevue terminée, l'évaluateur ne sera pas en mesure de vous dire si vous êtes admissible ou non. Les renseignements obtenus seront ajoutés à ceux inclus dans la proposition ainsi qu'à ceux obtenus de votre médecin, le cas échéant.

14.3 – Avis concernant la protection des renseignements personnels

La Capitale traite de façon confidentielle les renseignements personnels qu'elle détient sur vous. La Capitale conserve ces renseignements dans un dossier dont l'objet est « *services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et autres services complémentaires* ». Seuls les employés, les mandataires, les partenaires de distribution (tels que les représentants et leur cabinet) et les fournisseurs de services peuvent avoir accès aux renseignements personnels vous concernant, et ce, uniquement lorsque requis dans l'exercice de leurs fonctions ou dans l'exécution de leur mandat ou de leur contrat de service. Dans certains cas, La Capitale peut faire affaire avec des fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada. Il se pourrait que certains de vos renseignements personnels soient ainsi transférés dans un autre pays et qu'ils soient alors régis par les lois qui sont en vigueur dans ce pays. Tous les fournisseurs de services, qu'ils se trouvent ou non au Canada, sont tenus d'assurer la protection de vos renseignements personnels conformément aux politiques et pratiques établies par La Capitale.

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Vous pouvez également y faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexacts ou incomplets. Vous devez alors en faire la demande écrite à l'adresse suivante :

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.
Direction principale de l'assurance individuelle de personnes
625, rue Saint-Amable, C.P. 16040
Québec (Québec) G1K 7X8

Cette page a été laissée en blanc intentionnellement

16.10 INDICATIONS SPÉCIFIQUES

16.11 DÉCLARATIONS DU CONSEILLER

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente section sont exacts.

Je confirme avoir divulgué par écrit le nom de la ou des compagnies que je représente, le fait que je reçoive une rémunération sous forme de commissions pour la vente de produits d'assurance, la possibilité que je reçoive une rémunération additionnelle sous forme de bonis, de participation à des congrès ou autres incitatifs, et tout conflit d'intérêts qui pourrait exister relativement à la présente transaction.

Je déclare avoir fourni tous les renseignements sur la garantie demandée dont, entre autres, les éléments garantis et non garantis, les restrictions, réductions et exclusions applicables, le cas échéant.

Je déclare détenir tous les permis et certificats nécessaires pour faire souscrire la présente proposition dans la province ou le territoire où a lieu la souscription.

En apposant ma signature, je confirme qu'à ma connaissance, les renseignements fournis dans cette proposition d'assurance sont exacts, à jour et complets.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU CONSEILLER



Signature du conseiller