

**Version  
Juillet 2018**

  
**La Capitale**  
Sécurité financière

**Série Pilier**

# Protection du revenu

Proposition d'assurance

Proposition n° : **11665271**



## 4 RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE (Pour l'avenant de décès accidentel ou pour la protection Automobiliste prudent)

**Absence de désignation de bénéficiaire:** En l'absence de désignation de bénéficiaire, la prestation prévue sera payable à la succession du preneur/assuré.

**Bénéficiaire révocable/irrévocable:** La désignation de bénéficiaire est révocable à moins d'indication contraire. Au Québec, toutefois, si le preneur/assuré désigne la personne à laquelle il est marié ou uni civilement comme bénéficiaire, cette désignation est réputée irrévocable à moins que le preneur/assuré 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.

**Succession, héritiers légaux, ayants droit:** Les expressions « succession », « héritiers légaux » ou « ayants droit » désignent la succession, les héritiers légaux ou les ayants droit du preneur/assuré.

BÉNÉFICIAIRE		Date de naissance			Lien avec le preneur/assuré	Cocher une case		Quote-part % Total 100 %
Nom	Prénom	Année	Mois	Jour		Révocable	Irrévocable	
_____	_____	_ _ _	_	_	_____	<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

Déterminez-vous présentement un contrat d'assurance vie, d'assurance maladies graves, d'assurance invalidité en cas d'accident ou de maladie (y compris une assurance collective ou syndicale) 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.

Nom de la compagnie	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)		Assurance vie ou maladies graves	Capital assuré	Décès accidentel		INVALIDITÉ				Est-ce que l'assurance demandée remplacera ce contrat d'assurance?	
	Année	Mois			À l'étude	Oui	Non	Délai de carence		Période d'indemnisation		
_____	_ _ _	_	<input type="checkbox"/>	_____ \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prestation mensuelle	Accident	Maladie	Accident	Maladie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_ _ _	_	<input type="checkbox"/>	_____ \$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ \$	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**!** Joindre au besoin le préavis de remplacement.

### 5.2 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

Avez-vous déjà eu une proposition d'assurance vie (VIE), d'assurance maladies graves (MG) ou d'assurance invalidité (AI) en cas d'accident ou de maladie 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"/>	_____	_____	_____

### 5.3 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE À LA CAPITALE SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE

Avez-vous déjà été assuré avec La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance?  Oui  Non

### 5.4 USAGE DE TABAC

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé la cigarette, le cigarillo, le cigare, la pipe, la pipe à eau, la chicha ou fait usage de noix de bétel, de tabac à priser, de marijuana (cannabis) contenant tout produit de tabac ou de la nicotine, ou fait usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut tel 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


## 6 RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI ET AU REVENU

### 6.1 RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI Remplir le Questionnaire relatif à l'emploi et au revenu (IND175F) pour chaque emploi supplémentaire.

#### EMPLOYÉ SALARIÉ

- 6.1.1 Profession: \_\_\_\_\_
- 6.1.2 Fonctions: \_\_\_\_\_
- 6.1.3 Nom de l'employeur: \_\_\_\_\_
- 6.1.4 Adresse de l'employeur: \_\_\_\_\_
- 6.1.5 Nombre d'années chez l'employeur actuel: \_\_\_\_\_
- 6.1.6 Nombre d'années d'expérience connexe: \_\_\_\_\_
- 6.1.7 Nombre d'heures travaillées par semaine: \_\_\_\_\_
- 6.1.8 Nombre de mois travaillés par année: \_\_\_\_\_
- 6.1.9 Quel pourcentage de votre travail est considéré comme:
- Conduite automobile \_\_\_\_\_%
  - Supervision \_\_\_\_\_%
  - Travail de bureau/administratif \_\_\_\_\_%
  - Travail manuel \_\_\_\_\_%
  - Autres: \_\_\_\_\_%
- 6.1.10 Quel pourcentage de votre travail est effectué:
- À domicile \_\_\_\_\_%
  - À l'extérieur du domicile \_\_\_\_\_%
- 6.1.11 Revenu annuel brut de l'année en cours: \_\_\_\_\_ \$
- 6.1.12 Versez-vous des cotisations à l'assurance emploi?  Oui  Non
- 6.1.13 a) Avez-vous déclaré faillite au cours des 5 dernières années?  Oui  Non
- b) Si oui, quelle est la date de la libération? 

Année	Mois	Jour		
- 6.1.14 Demande de prestation garantie?  Oui  Non

 Si oui, fournir les déclarations de revenus des 2 dernières années et passer à la section 7.

Si non, poursuivre à la section 6.2.

### 6.2 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU REVENU

#### EMPLOYÉ SALARIÉ

Année: 

--	--	--	--

 Année: 

--	--	--	--

Revenu annuel brut gagné des 2 dernières années: 


	\$
--	----

	\$
--	----

#### TRAVAILLEUR AUTONOME ET PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE

- 6.1.1 Profession: \_\_\_\_\_
- 6.1.2 Fonctions: \_\_\_\_\_
- 6.1.3 Nom de l'entreprise: \_\_\_\_\_
- 6.1.4 Adresse de l'entreprise: \_\_\_\_\_
- 6.1.5 Nombre d'années dans l'entreprise: \_\_\_\_\_
- 6.1.6 Nombre d'années d'expérience connexe: \_\_\_\_\_
- 6.1.7 Type d'entreprise:  Propriétaire unique  Société incorporée  
 Société de personnes
- 6.1.8 Nombre d'employés:  
Temps plein: \_\_\_\_\_ Temps partiel: \_\_\_\_\_ Saisonniers: \_\_\_\_\_
- 6.1.9 Nombre d'heures travaillées par semaine: \_\_\_\_\_
- 6.1.10 Nombre de mois travaillés par année: \_\_\_\_\_
- 6.1.11 Quel pourcentage de votre travail est considéré comme:
- Conduite automobile \_\_\_\_\_%
  - Supervision \_\_\_\_\_%
  - Travail de bureau/administratif \_\_\_\_\_%
  - Travail manuel \_\_\_\_\_%
  - Autres: \_\_\_\_\_%
- 6.1.12 Quel pourcentage de votre travail est effectué:
- À domicile \_\_\_\_\_%
  - À l'extérieur du domicile \_\_\_\_\_%
- 6.1.13 Pourcentage des parts du preneur/assuré dans l'entreprise: \_\_\_\_\_%
- 6.1.14 Versez-vous des cotisations à l'assurance emploi?  Oui  Non
- 6.1.15 a) Avez-vous (vous ou l'entreprise) déclaré faillite au cours des 5 dernières années?  Oui  Non
- b) Si oui, quelle est la date de la libération? 


Année	Mois	Jour		
- 6.1.16 Demande de prestation garantie?  Oui  Non

 Si oui, fournir les déclarations de revenus (T1 générale) et les états financiers de l'entreprise des 2 dernières années ou l'annexe des revenus et dépenses de l'entreprise selon le cas et passer à la section 7.

Si non, poursuivre à la section 6.2.

#### TRAVAILLEUR AUTONOME ET PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE

##### Revenu annuel net des 2 dernières années<sup>1</sup>:

 Si la prestation mensuelle demandée est égale ou supérieure à 3 000 \$, fournir les déclarations de revenus (T1 générale) et les états financiers de l'entreprise des 2 dernières années ou l'annexe des revenus et dépenses de l'entreprise selon le cas.

Année: 

--	--	--	--

 Année: 

--	--	--	--

Bénéfice net d'entreprise <sup>2</sup>	\$	\$	
Dans le cas d'une société incorporée, salaire versé au preneur/assuré par la société, le cas échéant	+	+	
	\$	\$	
	=	=	
<b>Revenu annuel net</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	

1. Si moins de 12 mois de revenu gagné, indiquer le nombre de mois où un revenu a été gagné: \_\_\_\_\_ mois
2. Bénéfice net d'entreprise selon les parts du preneur/assuré = pourcentage des parts × (revenus d'entreprise brut – frais d'entreprise déductibles d'impôt)

## 7 QUESTIONS POUR LE CERTIFICAT CONDITIONNEL DE PROTECTION PROVISOIRE (Répondre à ces questions seulement si un avenant d'invalidité en cas de maladie a été demandé)


	PRENEUR/ASSURÉ	
	Oui	Non
7.1 Avez-vous déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes concernant ce qui suit? Maladie reliée au cœur ou aux vaisseaux sanguins, crise cardiaque, douleur à la poitrine, diabète, cancer ou tumeur, ischémie cérébrale transitoire, accident vasculaire cérébral ou maladie chronique des reins, du foie ou des poumons, sclérose en plaques, paralysie, cécité, surdité, perte de la parole, perte d'un membre, coma, brûlures graves, SIDA ou infection au VIH.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.2 Au cours des 2 dernières années, avez-vous déjà eu des symptômes ou un traitement pour tout état pathologique qui s'est traduit par une hospitalisation (pour une raison autre qu'une grossesse ou un accouchement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.3 Avez-vous eu une demande d'assurance vie, invalidité, maladies graves, soins de longue durée, individuelle ou collective refusée, modifiée, annulée, reportée ou qui a fait l'objet d'une surprime ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.4 Au cours des derniers 90 jours, avez-vous été admis ou été avisé de vous présenter à un hôpital ou à tout autre établissement de santé (pour une raison autre qu'une grossesse ou un accouchement) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.5 Au cours des 2 dernières années, avez-vous :		
a) Été traité ou avez-vous présenté des symptômes d'une maladie ou d'un trouble du cou, du dos ou de la colonne vertébrale ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Été traité ou avez-vous consulté pour anxiété, stress, épuisement professionnel, dépression, fatigue chronique ou un trouble émotif, comportemental, mental ou nerveux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Été absent du travail pendant plus de 15 jours consécutifs en raison d'une blessure ou d'une maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.6 Êtes-vous incapable d'effectuer toute tâche de votre emploi actuel en raison d'une blessure ou d'une maladie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 8 PAIEMENT

### 8.1 CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

Annuel  Semestriel  Débits préautorisés (DPA)

 Remplir la section 9.

 Si les renseignements sur le compte bancaire ne sont pas fournis, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.

### 8.2 CHOIX DU MODE DE PAIEMENT INITIAL

Chèque joint à la présente proposition \_\_\_\_\_ \$

Le chèque doit être fait à l'ordre de La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance.

Carte de crédit  Remplir la section 8.3.

Chèque remis à la livraison de la police  Si cette option est choisie, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.

Payable par DPA Offert seulement si le mode de paiement choisi est DPA.

### 8.3 PREMIER PAIEMENT PAR CARTE DE CRÉDIT

#### 8.3.1 Avis

La section 8.3.2 ci-dessous, contenant uniquement l'information relative à la carte de crédit utilisée comme mode de paiement initial, sera volontairement retirée du présent document avant son archivage dans les registres de l'Assureur par ce dernier, et ce, à des fins de confidentialité et de respect des lois et règles applicables. Le retrait de la section 8.3.2 ne constitue en aucun cas une altération du présent document. Les parties conviennent ainsi que malgré le retrait de la section 8.3.2 du présent document, ce dernier représente l'entente intégrale et complète des parties relativement à l'objet des présentes.



Proposition n° : 11665271

5 de 12

#### 8.3.2 Autorisation

- Visa  
 MasterCard  
 American Express

Numéro de carte de crédit : \_\_\_\_\_

Date d'expiration : \_\_\_\_\_  
 Mois Année

N° d'autorisation

Réservé à l'administration

J'autorise l'Assureur à porter sur la carte de crédit ci-dessus mentionnée le premier paiement de \_\_\_\_\_ \$. Dès réception de la présente, l'Assureur demandera l'autorisation nécessaire à l'émetteur de la carte de crédit. Si l'autorisation en question est obtenue de l'émetteur, la carte de crédit sera débitée en conséquence. Dans l'éventualité où, à la suite de l'étude de ma proposition, la prime est modifiée à la hausse, j'autorise l'Assureur à débiter la carte de crédit du montant supplémentaire. Dans l'éventualité où la prime initiale est modifiée à la baisse, l'Assureur remboursera tout excédent par chèque.



Signature du détenteur de la carte de crédit

Nom du détenteur de la carte de crédit

Date



Proposition n° : 11665271

5 de 12

## 9 ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)

### 9.1 IDENTIFICATION DU PAYEUR DE LA PRIME

Preneur/assuré  Autre :  M.  Mme

Prénom (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ Nom (en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Adresse (n°, rue, appartement, ville, province) \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Année Mois Jour

Entreprise : \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Adresse (n°, rue, unité, ville, province) \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

### 9.2 IDENTIFICATION DU COMPTE BANCAIRE : Spécimen de chèque joint à la proposition Coordonnées bancaires fournies ci-dessous :

⑈ 243 ⑈ ⑆00005⑆ 23⑆ 2345⑆ 23456⑈

Numéro de succursale Numéro de l'institution Numéro du compte

\_\_\_\_\_  
Numéro de succursale

\_\_\_\_\_  
Numéro de l'institution

\_\_\_\_\_  
Numéro du compte

### 9.3 TYPE DE DPA : Personnel Entreprise

**9.4 DATE DE PRÉLÈVEMENT :** Le \_\_\_\_\_ de chaque mois (entre le 1<sup>er</sup> et le 30<sup>e</sup> jour du mois). Si aucune date n'est indiquée, celle-ci sera établie par l'Assureur.

**9.5 RENONCIATION :** 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.

**9.6 ANNULATION :** Cet accord peut être annulé sur réception par l'Assureur d'un préavis d'au moins 10 jours avant la date prévue du prochain DPA. Pour obtenir un formulaire d'annulation ou pour de plus amples renseignements sur le droit d'annulation du présent accord, communiquez avec votre institution financière ou visitez [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

**9.7 RECOURS ET REMBOURSEMENT :** Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout débit qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent Accord de DPA. Pour obtenir plus d'information sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou visitez [www.cdnpay.ca](http://www.cdnpay.ca).

**9.8 AUTORISATION :** J'autorise l'Assureur ou son mandataire à porter au débit du compte bancaire figurant sur le spécimen de chèque ci-joint ou du compte bancaire ci-dessus identifié les montants mensuels fixes requis pour le paiement des sommes dues à l'Assureur.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

**SIGNATURE DU PAYEUR DE LA PRIME**



\_\_\_\_\_  
Signature du payeur de la prime

**La Capitale Assurance et services financiers**  
625, rue Jacques-Parizeau, Québec (Québec) G1R 2G5  
Téléphone : 418 528-2211 ou 1 800 463-4433  
Courriel : [gfi@lacapitale.com](mailto:gfi@lacapitale.com)

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

Le preneur/assuré autorise 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/ASSURÉ**

X

Signature du preneur/assuré

## 11 DÉCLARATIONS ET SIGNATURES DE LA PROPOSITION

Le preneur/assuré déclare 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/assuré convient 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 le premier paiement ait été effectué et qu'aucun changement ne soit survenu dans le caractère assurable du risque du preneur/assuré depuis la signature de la proposition.

Le preneur/assuré reconnaît avoir pris connaissance et avoir reçu une copie 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/assuré reconnaît que son conseiller lui a fourni des explications satisfaisantes.

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

Le preneur/assuré 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.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

**SIGNATURE DU PRENEUR/ASSURÉ**

X

Signature du preneur/assuré

**SIGNATURE DU CONSEILLER**

X

Signature du conseiller

N° de contrat : **Ne rien inscrire ici**

## 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. En cas de décès, j'autorise expressément le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession, à fournir à l'Assureur ou à ses mandataires, lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier.
4. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

**SIGNATURE DU PRENEUR/ASSURÉ**

X

Signature du preneur/assuré

**SIGNATURE DU CONSEILLER**

X

Signature du conseiller

La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance (l'Assureur)



7150, Derrycrest Drive  
Mississauga (Ontario) L5W 0E5

8 de 12

Proposition n°: **11665271**

---

8 de 12

Proposition n°: **11665271**



## À remettre au preneur/assuré

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 :

- pour l'**avenant d'invalidité en cas de maladie**, le preneur/assuré doit avoir répondu « non » aux questions liées au certificat conditionnel de protection provisoire ;
- les réponses et explications données dans cette proposition, dans tout formulaire et entrevue doivent être complètes et exactes ;
- le premier paiement annuel ou semestriel a été effectué ou l'Accord de débits préautorisés (DPA) a été dûment rempli et signé ; et
- le preneur/assuré 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 nécessaire 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/assuré d'un avis de refus d'établir le contrat demandé ;
- la date de l'envoi par l'Assureur au conseiller ou au preneur/assuré d'un avis de sa décision de mettre fin à ce certificat ;
- la date à laquelle le preneur/assuré demande l'annulation de la proposition ;
- le 60<sup>e</sup> jour suivant la date de prise d'effet du certificat.

**Conditions et exclusions**

Le certificat ne s'applique pas aux garanties et avenants suivants : Soins hospitaliers, Automobiliste prudent, Hospitalisation en cas d'accident, Hospitalisation en cas de maladie, Décès accidentel et mutilation, Fracture accidentelle ni à l'Option d'assurabilité future.

Si le preneur/assuré devient en état d'invalidité totale pendant que le certificat est en vigueur, l'Assureur procède à l'étude du dossier en se basant sur ses critères de sélection habituels sans toutefois tenir compte de tout changement dans le caractère assurable du risque du preneur/assuré survenu après la prise d'effet du certificat. Ainsi, dans le cas où, à la date de prise d'effet du certificat, l'Assureur aurait émis une garantie couverte par le présent certificat sans aucune restriction, exclusion ou modification, cette garantie est émise conformément à la proposition.

Si aux termes du certificat, une garantie couverte par le présent certificat est émise, celle-ci comportera les mêmes conditions et exclusions que la garantie demandée, dont le délai de carence, sous réserve des conditions et exclusions du certificat, ces dernières ayant priorité.

Si le preneur/assuré ne devient pas en état d'invalidité totale pendant que le certificat est en vigueur, tout changement dans le caractère assurable du risque du preneur/assuré survenu après la date de signature de la proposition, sera pris en considération pour déterminer si une garantie couverte par le présent certificat est émise et, le cas échéant, à quelles conditions.

Aucune prestation ne sera payable en vertu du certificat si le preneur/assuré est âgé de moins de 18 ans ou de plus de 59 ans à la date de la signature de la proposition.

Aucune prestation 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.

La prestation mensuelle d'invalidité totale payable en vertu du certificat ou de tout autre certificat en vigueur chez l'Assureur correspond au moindre des montants suivants :

- le montant de prestation mensuelle demandé MOINS toute portion du montant de prestation mensuelle demandé provenant d'un remplacement de contrats en vigueur chez l'Assureur ;
- 2 000 \$ par mois.

Aucun conseiller ne peut modifier les conditions de ce certificat.

En cas de réclamation, l'Assureur validera l'admissibilité du preneur/assuré.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

**SIGNATURE DU CONSEILLER**

Signature du conseiller

## À remettre au preneur/assuré

**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](mailto: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, de déterminer le dosage du cholestérol ainsi que pour 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 20 et 30 minutes 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. 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**

À La Capitale, votre vie privée est respectée car nous savons à quel point la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels sont importantes. C'est pourquoi nous avons adopté une politique de protection des renseignements personnels et mis en place des mesures de contrôle pour protéger lesdits renseignements. Nous recueillons et utilisons les renseignements personnels qui vous concernent dans le but de gérer votre dossier de « Services financiers d'assurances, de rentes, de crédit et autres services complémentaires ». Vos renseignements personnels sont conservés à nos bureaux et protégés par des standards de sécurité élevés en conformité avec les lois et règlements applicables en matière de protection des renseignements personnels. Seuls nos employés, mandataires, partenaires de distribution (tels que les représentants et leur cabinet) et fournisseurs de services peuvent avoir accès aux renseignements personnels vous concernant, et ce, uniquement lorsque requis par leurs fonctions, mandats ou contrats. La Capitale peut faire affaire avec des fournisseurs de services basés à l'extérieur du Canada. Ainsi, il est possible que certains de vos renseignements personnels détenus par La Capitale puissent être hébergés à l'extérieur du Canada et être régis par les lois applicables à des pays ou États étrangers.

Si vous désirez avoir accès à votre dossier ou en demander la rectification, vous devez en faire la demande écrite à l'adresse suivante :

**La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance**  
7150, Derrycrest Drive  
Mississauga (Ontario) L5W 0E5

## 15 COMMANDE DE L'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE OU DES EXIGENCES MÉDICALES

### 15.1 COMMANDE DE L'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Indiquer le moment de la journée où il est facile de joindre le preneur/assuré.

	1 <sup>ER</sup> CHOIX	2 <sup>E</sup> CHOIX																				
Jour de la semaine :	_____	_____																				
Moment de la journée :	<input type="checkbox"/> avant-midi <input type="checkbox"/> après-midi <input type="checkbox"/> soir	<input type="checkbox"/> avant-midi <input type="checkbox"/> après-midi <input type="checkbox"/> soir																				
	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Téléphone											<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (poste)										

Entrevue téléphonique à commander par l'Assureur

Entrevue téléphonique commandée à Dynacare par le conseiller Pour commander une entrevue téléphonique à Dynacare, composer le 1 800 361-3771.

Date de la commande : 

--	--	--	--	--	--

 Année Mois Jour N° de confirmation de la commande : \_\_\_\_\_

### 15.2 COMMANDE DES EXIGENCES MÉDICALES

Urine HIV  Profil sanguin  Signes vitaux

Exigences médicales à commander par l'Assureur

Exigences médicales commandées par le conseiller

Date de la commande : 

--	--	--	--	--	--

 Année Mois Jour N° de confirmation de la commande : \_\_\_\_\_

Exigences médicales commandées à :  ExamOne  Dynacare

Exigences médicales commandées par un autre assureur – Préciser lequel : \_\_\_\_\_

## 16 RAPPORT DU CONSEILLER

16.1 Qui a amorcé le processus de la présente proposition ?  Conseiller  Preneur/assuré  Connaissance  Autre conseiller  
 Autre : \_\_\_\_\_

16.2 Le preneur/assuré parle-t-il ou lit-il la langue dans laquelle la présente proposition est rédigée ?  Oui  Non

Si non, qui a expliqué le contenu de la proposition au preneur/assuré ? \_\_\_\_\_

Selon vous, a-t-il compris les explications données ?  Oui  Non Fournir des précisions, le cas échéant : \_\_\_\_\_

16.3 Avez-vous rempli la présente proposition en présence du preneur/assuré ?  Oui  Non

Si non, préciser : \_\_\_\_\_

16.4 Êtes-vous au courant de tout renseignement non donné dans la présente proposition qui pourrait influencer l'évaluation du risque du preneur/assuré ?

Oui  Non Si oui, préciser : \_\_\_\_\_

16.5 Depuis quand connaissez-vous le preneur/assuré ? \_\_\_\_\_

16.6 Quel est le lien entre vous et le preneur/assuré ? \_\_\_\_\_

16.7 Avez-vous établi et remis au preneur/assuré le certificat conditionnel de protection provisoire ?  Oui  Non

### 16.8 IDENTIFICATION DU CONSEILLER

Nom du conseiller \_\_\_\_\_ Code du conseiller 

--	--	--	--	--	--

 Agent général \_\_\_\_\_ Code de l'agent général 

--	--	--	--	--	--

Adresse courriel à utiliser par l'Assureur pour obtenir toute demande d'information supplémentaire \_\_\_\_\_

### 16.9 STRUCTURE DE COMMISSION Ne s'applique pas si l'agent général a choisi une structure de commission spécifique.

Nivelée  Majorée

Suite à la page suivante >>>

## 16 RAPPORT DU CONSEILLER (suite)

### 16.10 PARTAGE DE COMMISSION

Y a-t-il un partage de commission?  Oui  Non **Si oui**, fournir les renseignements concernant le partage de commission.

Nom du conseiller	Code du conseiller	Partage	Agent général	Code de l'agent général
_____	<input type="text"/>	_____ %	_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	_____ %	_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	_____ %	_____	<input type="text"/>
_____	<input type="text"/>	_____ %	_____	<input type="text"/>

### 16.11 INDICATIONS SPÉCIFIQUES

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### 16.12 DÉCLARATIONS DU CONSEILLER

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

Je déclare que les garanties et avenants paraissant dans l'Exposé joint à la présente proposition sont ceux choisis par le preneur/assuré. Je déclare également avoir fourni toutes les explications nécessaires au preneur/assuré à cet égard.

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 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

## DIRECTIVES À L'INTENTION DU CONSEILLER

- Toutes les signatures appropriées doivent être apposées.
- Toute correction ou tout changement apporté à la proposition doit être paraphé par le preneur/assuré.
- Remettre les avis et préavis (section 14) au preneur/assuré.
- Toutes les pages de la proposition doivent être retournées à l'exception des pages qui doivent être remises au preneur/assuré.

### DOCUMENTS À JOINDRE À LA PROPOSITION SELON LA SITUATION

En tout temps	<input type="checkbox"/> Exposé
Remplacement	<input type="checkbox"/> Préavis de remplacement <input type="checkbox"/> Demande d'annulation de l'assurance existante
Mode de paiement par DPA	<input type="checkbox"/> Accord de débits préautorisés (DPA) (section 9) <input type="checkbox"/> Spécimen de chèque ou coordonnées bancaires.  <b>Si les renseignements sur le compte bancaire ne sont pas fournis, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.</b>
Mode de paiement annuel ou semestriel	<input type="checkbox"/> Chèque à l'ordre de La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance.  <b>Si le chèque est remis à la livraison de la police, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.</b>