

PROPOSITION D'ASSURANCE DE SOINS DE LONGUE DURÉE

Commencez par remplir les sections II et III du formulaire; si vous répondez NON à toutes les questions, poursuivez en remplissant la partie RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À ASSURER et les sections I et IV.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE À ASSURER

| | | | | | | |
|---|--|-----------------|----------------------------|-----------|--|---|
| Nom (personne à assurer) | | Prénom | | Initiales | Numéro d'assurance sociale | |
| Adresse principale | | | | | | Code postal |
| Ville | | Province | Âge | Sexe | Pays de naissance | Date de naissance : Jour Mois Année |
| Adresse secondaire/de facturation | | | | | | Code postal |
| (Ind. régional) | N° de téléphone au domicile | (Ind. régional) | N° de téléphone au travail | | Moment à privilégier pour appeler ___ <input type="checkbox"/> JOUR <input type="checkbox"/> SOIR | N° de téléphone à privilégier <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Travail |
| PROFESSION : _____ | | | | | | |
| PIÈCE D'IDENTITÉ (p. ex. : permis de conduire, passeport) : _____ | | | | | | |
| NUMÉRO ET PROVINCE/PAYS D'ÉMISSION : _____ | | | | | | |
| Taille : _____ <input type="checkbox"/> cm <input type="checkbox"/> pi/po | Avez-vous perdu plus de 5,5 kg (12 lb) au cours de la dernière année? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si OUI, nombre de kg (lb) perdus : _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb | | | | | |
| Poids : _____ <input type="checkbox"/> kg <input type="checkbox"/> lb | Raison de cette perte de poids : _____ | | | | | |

PRESTATIONS DE SOINS DE LONGUE DURÉE (Choisissez le montant quotidien des prestations) 20\$ 30\$ 40\$ 50\$

| | |
|--|--|
| Nom du médecin : _____ | |
| Adresse : _____ | |
| Dernier médecin consulté (si différent) : _____ Date de la dernière consultation : (J J / M M / A A A A) | |
| Raison : _____ | |
| Résultats (consultation ou traitement recommandé) : _____ | |

| | | | |
|---------------------------------------|--|--|-----------------------------------|
| RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT | MODE DE PAIEMENT : <input type="checkbox"/> Mandat <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> MasterCard <input type="checkbox"/> Chèque (si paiement par chèque, date du chèque : _____) | MODE CHOISI : <input type="checkbox"/> Prélèvement bancaire <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel (Si le paiement est par prélèvement bancaire, choisir une date entre le 1 ^{er} et le 28 du mois : _____) | MONTANT PAYÉ : _____ \$ |
|---------------------------------------|--|--|-----------------------------------|

| | | | |
|---------------------------|--|-------------------------|---|
| RÉSERVÉ À L'ADMIN. | Numéro de la police : _____ | Montant reçu : _____ \$ | Mode de paiement : <input type="checkbox"/> Mandat <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Visa <input type="checkbox"/> M/C |
| | Mode de paiement : <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Semestriel <input type="checkbox"/> Prélèvement bancaire | | Paiement partagé : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI |

YP-A-1500 01.14

1

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

AVIS CONCERNANT LE MIB, Inc.

DATE _____ **NOM DE LA PERSONNE À ASSURER** _____

Tout renseignement relatif à votre assurabilité est traité de façon confidentielle. L'Assureur et ses réassureurs, cependant, pourront transmettre un résumé au MIB, Inc. un organisme sans but lucratif formé de compagnies d'assurance vie. Cet organisme effectue un échange de renseignements au nom de ses membres. Si vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie à une autre compagnie membre du MIB, Inc. ou si une demande de prestations est présentée à une telle compagnie, le MIB, Inc. sur demande, fournira à cette compagnie les renseignements contenus dans son dossier. S'il reçoit une demande de votre part, le MIB, Inc. prendra des dispositions pour vous donner les renseignements apparaissant sur votre fiche. Veuillez communiquer avec le MIB, Inc. au 416 597-0590. Si vous mettez en doute l'exactitude des renseignements du MIB, Inc., vous pourrez demander une rectification. Le bureau d'information du MIB, Inc. est situé au 330, University Avenue, bureau 501, Toronto (Ontario) Canada M5G 1R7. L'Assureur, et ses réassureurs, peuvent également divulguer les renseignements contenus dans leur dossier à d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous pouvez présenter une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie, ou auxquelles une demande de prestations peut être présentée. Les consommateurs trouveront des renseignements sur le site Internet du MIB, Inc. au www.mib.com. Le MIB, Inc. 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 (« LPRPDÉ ») et d'autres lois provinciales. Par conséquent, le MIB, Inc. 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. À titre d'entreprise établie aux États-Unis, le MIB, Inc. est lié aux lois américaines 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, Inc. à protéger la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels, vous pouvez communiquer avec le service responsable de la confidentialité au MIB, Inc. à l'adresse suivante : privacy@mib.com. **VEUILLEZ DÉTACHER CET AVIS ET LE REMETTRE À LA PERSONNE À ASSURER**

YP-A-1500 01.14

1

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

SECTION I (À remplir seulement si vous avez répondu NON à toutes les questions des sections II et III)

Oui Non

Êtes-vous actuellement capable de conduire? Si NON, expliquez pourquoi : _____

Travaillez-vous actuellement? Si NON, expliquez pourquoi : _____

Vous livrez-vous à des passe-temps ou à des activités sociales?

Si OUI, nommez les 3 principaux passe-temps ou activités sociales : _____, _____, _____

Avez-vous voyagé hors du Canada au cours des 12 derniers mois ou prévoyez-vous un voyage dans les 12 prochains mois?

Si OUI, indiquez la destination : _____

Prenez-vous des médicaments actuellement? (Si OUI, précisez)

Si les médicaments sont prescrits pour l'hypertension, veuillez indiquer la fréquence de suivi par un médecin (p. ex. : trimestriellement, annuellement, etc.) _____

| Nom du médicament | DOSE | Nom du médicament | DOSE |
|-------------------|-------|-------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ |

Au cours des 24 derniers mois, avez-vous fait usage de produits du tabac?

Si NON, avez-vous fait usage de produits du tabac par le passé?

(Si OUI, quand avez-vous arrêté? Date où vous avez arrêté de fumer : JJ/MM/AAAA)

SECTION II (À remplir obligatoirement)

Si vous répondez OUI à l'une ou l'autre de ces questions, vous n'êtes pas admissible à une assurance de soins de longue durée et ne devriez pas soumettre une proposition à La Capitale sécurité financière ou à La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. Si vous répondez NON à toutes les questions, passez à la section III.

| | Oui | Non | | Oui | Non |
|---|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu ou vous a-t-on recommandé de recevoir, ou recevez vous actuellement des soins à domicile, des soins de jour ou des soins dans un centre de réadaptation, ou encore devez-vous demeurer dans un foyer de soins infirmiers ou vous a-t-on recommandé de demeurer dans un foyer de soins infirmiers? Êtes-vous alité ou aveugle au sens de la loi? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | d) Maladie de Huntington ou sclérose latérale amyotrophique (maladie de Lou-Gehrig), ou toute autre maladie des motoneurones? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Vous a-t-on conseillé de subir un test diagnostique ou une chirurgie, ou avez-vous subi un test diagnostique ou une chirurgie mais n'avez pas encore reçu les résultats? Avez-vous des symptômes ou des signes pour lesquels vous n'avez pas encore consulté de médecin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | e) Amputation de toute partie de votre corps en raison d'une maladie, ou en attente d'une transplantation d'organe? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Recevez-vous actuellement des prestations d'invalidité ou des indemnités pour accidents du travail? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f) Dialyse des reins, cirrhose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Femmes – Êtes-vous actuellement enceinte, ou recevez-vous ou prévoyez-vous recevoir des traitements contre l'infertilité? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g) Trouble bipolaire, schizophrénie, psychose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous déjà reçu des traitements ou consulté un médecin ou tout autre spécialiste pour l'un ou l'autre de ces troubles, ou a-t-on déjà établi que vous étiez atteint de l'un ou l'autre de ces troubles : | | | h) Aide à la respiration au moyen d'oxygène (à l'exception de la ventilation spontanée en pression positive continue)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) Trouble du système immunitaire, dont le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), syndrome relié au SIDA, ou résultat positif à un test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i) Lupus systémique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Paralyse, paraplégie ou quadriplégie, sclérose en plaques, dystrophie musculaire, maladie de Parkinson? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j) Insuffisance cardiaque congestive? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Maladie d'Alzheimer, sénilité, démence, trouble cérébral organique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | k) Cancer interne nécessitant une thérapie continue, cancer s'étant métastasé ou ayant réapparu, leucémie, maladie de Hodgkin, lymphome non hodgkinien? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | 6. Utilisez-vous actuellement ou avez-vous utilisé au cours des 12 derniers mois l'un ou l'autre des appareils médicaux suivants? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | | <input type="checkbox"/> Ambulateur <input type="checkbox"/> Chaise roulante <input type="checkbox"/> Voiturette motorisée | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Béquilles <input type="checkbox"/> Monte-escalier <input type="checkbox"/> Canne à pattes multiples | | |
| | | | <input type="checkbox"/> Lit d'hôpital <input type="checkbox"/> Élévateur hoyer | | |
| | | | 7. Êtes-vous atteint d'une invalidité physique ou mentale qui limite votre capacité dans le cadre de l'une ou l'autre des activités suivantes : S'habiller, préparer les repas, marcher, se laver, aller aux toilettes, prendre des médicaments prescrits, faire des tâches ménagères, faire des courses ou gérer ses finances personnelles? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

NOTE DE COUVERTURE CONDITIONNELLE

PROPOSITION N° _____ FORMULE CHOISIE _____

Si vous êtes admissible, l'établissement de la police ou de l'avenant pourrait prendre jusqu'à six (6) semaines. Si vous n'avez pas reçu d'accusé de réception d'ici trente (30) jours, veuillez communiquer avec nous à l'un des numéros ci-dessous (veuillez préciser le n° de la proposition) :

La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, 1 800 363-8011 (français) ou 1 800 268-2835 (anglais)

REÇU DE _____ Date _____ . Ce reçu de _____ \$

est délivré relativement aux produits d'assurance décrits dans la proposition ainsi que dans la police ou l'avenant applicable. Si toutes les conditions suivantes sont remplies et que l'Assureur émet une police ou un avenant, selon le cas, la police ou l'avenant protégera la personne à assurer conformément à ses dispositions, limites et exceptions, pour toutes les pertes qui surviennent à la date de la proposition ou après :

- Tous les renseignements compris dans la proposition d'assurance ou dans tout autre formulaire supplémentaire fournis par la personne à assurer doivent être exacts et complets.
- L'Assureur doit déterminer si la personne à assurer est admissible au régime et au montant proposé conformément à ses normes et pratiques habituelles de sélection des risques.
- Selon les règles de souscription de l'Assureur, le paiement pour lequel ce reçu est délivré doit constituer une prime complète pour le mode de paiement choisi dans la proposition.

SI LA PROPOSITION EST REFUSÉE, LA SOMME INDIQUÉE CI-DESSUS SERA REMBOURSÉE INTÉGRALEMENT PAR L'ASSUREUR.

PRIME ANNUELLE TOTALE _____ \$ Un chèque ou un mandat à l'ordre de La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, doit accompagner la proposition. Conseiller autorisé: _____

SECTION III (À remplir seulement si vous avez répondu NON à toutes les questions de la section II.)

Étape 1 – Cochez OUI ou NON. Chaque fois que vous cochez OUI, encerclez les situations/conditions qui s'appliquent.

Étape 2 – Si vous répondez OUI à l'une ou l'autre des questions, vous n'êtes pas admissible à ce produit. Vous pourriez toutefois être admissible à un produit d'assurance de SLD supposant une évaluation complète, à condition qu'un seul problème médical ou maladie héréditaire soit encerclé. Si tel est le cas, cessez de remplir cette proposition et remplissez plutôt une proposition T119 (français) ou T120 (anglais). **REMARQUE : Si vous avez fait usage de produits du tabac au cours des 24 derniers mois et recevez actuellement ou avez reçu par le passé un traitement pour une maladie respiratoire, le diabète sucré, un trouble des vaisseaux sanguins, l'apnée du sommeil, un accident vasculaire cérébral (AVC), un accident ischémique transitoire (AIT), un mini-AVC, l'arythmie ou une coronaropathie, ne soumettez pas de proposition.**

Étape 3 – Si vous avez encerclé plus d'un élément, consultez le Guide à l'intention des agents concernant les produits de soins de longue durée de La Capitale pour des explications concernant l'admissibilité.

| | | Oui | Non | | | Oui | Non |
|----|--|--------------------------|--------------------------|----|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Au cours des 10 dernières années, avez-vous consulté un médecin ou reçu des traitements pour les problèmes suivants, ou présenté des symptômes ou des signes liés à ces problèmes : | | | h) | Dépression, dysthymie, trouble affectif, trouble de l'humeur, consommation abusive d'alcool ou de drogues? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | a) Crise cardiaque, douleur thoracique (angine de poitrine), hypertension traitée au moyen de 2 médicaments ou plus, accident ischémique transitoire, accident vasculaire cérébral, anévrisme ou tout autre trouble lié au cœur ou aux vaisseaux sanguins? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i) | Hépatite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b) Cancer interne, tumeur, trouble des ganglions lymphatiques, mélanome? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | j) | Polyarthrite rhumatoïde ou autre forme d'arthrite, maladie de Paget, ostéoporose ayant entraîné une ou plusieurs fractures, maladie osseuse dégénérative, scoliose, spina-bifida, disque hernié ou tout autre trouble de la colonne vertébrale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | c) Insuffisance rénale ou néphropathie, incontinence? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. | Est-ce qu'un des membres de votre famille immédiate (père, mère, frères, sœurs) a déjà souffert de la maladie d'Alzheimer, de démence, de la Chorée de Huntington, de sclérose latérale amyotrophique, de drépanocytose, de la maladie polykystique des reins, de sclérose en plaques ou de la maladie de Parkinson? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | d) Diabète sucré? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. | Êtes-vous titulaire d'une autre police de SLD qui demeurera en vigueur une fois que La Capitale sécurité financière aura accepté votre proposition dans le cadre de son régime de SLD, ou avez vous soumis une autre proposition d'assurance de SLD qui pourrait être en vigueur à ce moment? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | e) Trouble cérébral (neurologique), oublis fréquents, perte de mémoire, confusion? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | f) Emphysème, bronchite chronique, maladie respiratoire obstructive chronique ou tout autre trouble respiratoire ou pulmonaire (excepté l'asthme)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| | g) Pancréatite, colite ulcéreuse, maladie de Crohn? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

SECTION IV (À remplir seulement si vous avez répondu NON à toutes les questions des sections II et III)

Cochez OUI ou NON. Chaque fois que vous cochez OUI, encerclez les situations/conditions qui s'appliquent.

Donnez des explications pour les questions auxquelles vous avez répondu OUI dans la section « Explications » ou remplissez un questionnaire supplémentaire, là où il y a lieu.

| | | Oui | Non |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. | Au cours des 5 dernières années, avez-vous consulté un médecin ou reçu des traitements pour les problèmes suivants, ou présenté des symptômes ou des signes liés à ces problèmes : | | |
| | a) Trouble mammaire, y compris une masse, des écoulements inhabituels ou d'autres changements physiques? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | b) Anxiété ou déficience auditive? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | c) Asthme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | d) Trouble du foie (autre que l'hépatite), de l'estomac ou des intestins? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | e) Maladie ou trouble du dos, des os, des articulations ou des muscles, ostéomyélite? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Au cours des 5 dernières années, avez-vous reçu des traitements ou des conseils médicaux ou chirurgicaux, ou subi des tests pour tout problème de santé non mentionné dans les sections II et III? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Au cours des 3 dernières années, avez-vous soumis une proposition d'assurance maladie, d'assurance vie, d'assurance en cas de maladie grave ou d'assurance de soins de longue durée qui a été refusée, surprimée ou reportée? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Avez-vous déjà été traité par un médecin ou avez-vous consulté un médecin ou un autre professionnel de la santé pour une amputation en raison d'un accident? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

EXPLICATIONS (Justifiez vos réponses aux questions 1, 2, 3 et 4.)

| N° de question | Détails au sujet de la blessure ou de la maladie, ou nom de celle-ci | Date de début | Date de guérison | Détails sur le traitement/ la chirurgie | La guérison a-t-elle été totale? Si non, précisez les séquelles | Nom et adresse du médecin traitant/de l'hôpital |
|----------------|--|---------------|------------------|---|---|---|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| | | | |
|----|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. | Est-ce qu'un des membres de votre famille immédiate (père, mère, frères, sœurs) a déjà souffert du cancer (avant l'âge de 50 ans, excluant le cancer de la peau) ou de toute autre maladie héréditaire non mentionnée ci-dessus? (Si OUI, veuillez préciser ci-dessous.) | Oui | Non |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| | Nom de la maladie (si cancer, spécifier quel type) | Âge au début de la maladie | Âge si vivant | Âge au décès | Cause du décès |
|-----------------------------------|--|----------------------------|---------------|--------------|----------------|
| <input type="checkbox"/> Père | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Mère | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Frère(s) | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sœur(s) | | | | | |

IMPORTANT : En présentant cette proposition d'assurance, il est entendu qu'un dossier sera créé en votre nom, aux fins de la sélection des risques, d'administration et de réclamations, lequel comportera tous les renseignements sur vous et sur votre santé obtenus de toute personne, organisme ou institution détenant des renseignements ou des dossiers personnels. Ces renseignements seront tenus dans la confidentialité la plus stricte et seuls les employés autorisés de La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance (« l'Assureur ») pourront accéder à ce dossier. Votre dossier sera conservé dans les bureaux de l'Assureur. Vous avez le droit de vérifier les renseignements personnels figurant à votre dossier et de demander une correction de ceux-ci, le cas échéant, en envoyant une demande écrite à l'adresse suivante : Direction de l'administration, La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, 7150, Derrycrest Drive Mississauga (Ontario) L5W 0E5 | 800 268-2835 (Toutes les provinces à l'exception du Québec) ou Direction de l'administration, La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, 625, rue Saint-Amable, case postale 16040, Québec (Québec) G1K 7X8 | 800 363-8011 (Québec).

AUTORISATION ET RECONNAISSANCE : Par les présentes, j'autorise l'Assureur, ou ses réassureurs, aux strictes fins de l'établissement de l'assurabilité, de l'administration du dossier et du règlement des réclamations seulement : a) à ne recueillir que les renseignements nécessaires à l'objet du dossier auprès de toute personne ou de tout organisme détenant des renseignements personnels à mon égard ou à l'égard des membres de la famille à assurer, y compris d'autres assureurs, médecins, établissements médicaux, WCB, CSST, WSIB ou WHSCC provincial ou territorial, les autres organisations gouvernementales, le MIB, Inc., les agences d'investigation ou de crédit, et toute personne susceptible d'avoir des renseignements personnels pertinents à l'objet du dossier; b) à communiquer seulement les renseignements personnels nécessaires qu'il détient à mon sujet, à ces mêmes personnes et organismes afin de permettre de rassembler l'information requise; c) à partager l'information nécessaire aux fins indiquées ci-dessus avec le conseiller et l'agence concernée par la police à être émise à la suite de l'acceptation de cette proposition; et d) à transmettre un bref rapport donnant des renseignements personnels sur ma santé au MIB, Inc. Je comprends et j'accepte que : a) l'Assureur peut donner accès à mes renseignements personnels à des fournisseurs de services situés dans des juridictions situées hors du Canada qui fournissent notamment à l'Assureur des services en technologie de l'information, entreposage de données, règlement des réclamations et réassurance; et b) je peux obtenir accès à la politique de l'Assureur quant à la protection des renseignements personnels à l'adresse www.lacapitaleSF.com sous « Politique de protection des renseignements personnels ». Une photocopie de cette autorisation aura la même valeur que l'original. La présente autorisation est valable pour la période requise à la réalisation des fins pour lesquelles elle a été demandée. J'accuse réception de l'avis concernant le MIB, Inc. Je reconnais que l'Assureur peut refuser de considérer ma proposition d'assurance si je ne me conforme pas entièrement à cette autorisation.

IMPORTANT : Si les réponses données dans cette proposition sont incorrectes, incomplètes ou inexacts, La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, a le droit de refuser le versement de prestations ou d'annuler votre police. J'atteste par la présente que (1) toutes les déclarations et réponses inscrites dans cette proposition sont véridiques, complètes et exactes, et (2) j'accepte et je comprends que cette proposition ne lie pas l'Assureur tant que ce dernier ne l'aura pas approuvée.

Datée à : Ville _____ Province _____ le Jour _____ Mois _____ Année _____

X _____
Signature de la personne à assurer

TOUS LES CHÈQUES DE PRIMES SONT PAYABLES À L'ASSUREUR. ÉVITEZ DE FAIRE LE CHÈQUE À L'ORDRE DE L'AGENT ET DE LAISSER VIDE L'ESPACE SERVANT À INDIQUER À QUI LE CHÈQUE EST PAYABLE.

DÉCLARATION DU CONSEILLER – Par la présente, j'atteste que j'ai fidèlement noté avec exactitude dans cette proposition les renseignements fournis par la personne à assurer et le payeur (s'il s'agit d'une personne autre que la personne à assurer). J'atteste que j'ai vu le client en personne à la date de signature de la personne à assurer et que j'ai vérifié la pièce d'identité du client/payeur et comparé la signature sur la pièce d'identité à celle de la personne à assurer/payeur sur la proposition d'assurance.

La personne à assurer lit-elle, parle-t-elle et comprend-elle l'anglais ou le français? OUI NON
Si NON, avez-vous bien expliqué les détails de la proposition à la personne à assurer et êtes-vous convaincu qu'elle les a bien compris? OUI NON
Avez-vous connaissance de faits concernant les habitudes, la santé, les passe-temps, les finances ou la réputation de la personne à assurer qui pourraient influencer la sélection des risques? OUI NON

Signature de l'agent _____ Signature du superviseur ou maître de stage (Selon les règlements provinciaux) _____

ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA): Je, soussigné, autorise La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, 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 sécurité financière, compagnie d'assurance.

Renseignements sur le compte bancaire
VEUILLEZ JOINDRE UN SPÉCIMEN DE CHÈQUE OU REMPLISSEZ :

Type de DPA : PERSONNEL D'ENTREPRISE†
†Si les prélèvements automatiques sont effectués dans le compte d'entreprise, remplir une Convention de paiement de la prime des régimes d'assurance individuelle par prélèvements (YBR-40).

Date de prélèvement établie par l'assureur lors de l'émission ou précisez le ___ de chaque mois. (Choisir une date entre le 1^{er} et le 28 du mois)
Cet accord peut être annulé sur réception par La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, d'un préavis d'au moins dix (10) jours avant la date prévue du prochain DPA. 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 spécimen de formulaire d'annulation, ou pour plus d'information sur le droit d'annulation du présent accord ou sur vos droits de recours, vous pouvez communiquer avec La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, aux numéros sans frais | 800 363-8011 (service en français) ou | 800 268-2835 (service en anglais) ou visitez www.cdnpay.ca.

Vous avez renoncé à votre droit de recevoir un préavis du montant du DPA et avez convenu que vous n'avez pas besoin de préavis du montant des DPA avant le traitement du débit.

NOM DU PAYEUR : _____ ADRESSE DU PAYEUR (si autre que la personne à assurer ou le preneur) : _____

Signée à _____ en ce _____ jour de _____ 20_____

Signature du payeur de la prime : **X** _____

À REMPLIR PAR : AGG BUREAU RÉGIONAL (Veuillez cocher la case appropriée)

La personne qui a rempli cette proposition doit être indiquée ci-dessous, comme conseiller 1 ou 2, et elle DOIT avoir son propre code de conseiller:

AGG/bureau régional : _____ Code de l'AGG/du bureau régional : _____ Courriel de l'AGG/du bureau régional : _____

Nom du conseiller 1 : _____ Code : _____ % à recevoir : _____

Nom du conseiller 2 : _____ Code : _____ % à recevoir : _____

Remarque : Veuillez remplir les espaces ci-dessous lorsque des propositions d'une entreprise, d'une famille ou d'associés sont soumises ensemble.

Regrouper avec _____
Nom _____ Prénom _____ Nom _____ Prénom _____