

Protection du revenu

Assurance accident **simplifiée**



Série Pilier


La Capitale
Sécurité financière



Série Pilier

Assurance accident **simplifiée** Que feriez-vous si votre revenu cessait dès aujourd'hui ?

Lorsque vous êtes invalide en raison d'un accident ou d'une blessure, votre revenu cesse mais vos factures continuent de vous être acheminées.

Votre revenu est votre actif le plus précieux. Qu'arriverait-il si un accident vous empêchait soudainement de travailler ? Comment remplacerez-vous cet argent ?

Votre potentiel de gain jusqu'à 70 ans

selon votre revenu annuel actuel
(sans augmentation future de votre revenu) :

Tableau 1: Revenu annuel et âge

Âge	Revenu annuel		
	25 000 \$	45 000 \$	65 000 \$
35 ans	875 000 \$	1 575 000 \$	2 275 000 \$
40 ans	750 000 \$	1 350 000 \$	1 950 000 \$
45 ans	625 000 \$	1 125 000 \$	1 625 000 \$
50 ans	500 000 \$	900 000 \$	1 300 000 \$
55 ans	375 000 \$	675 000 \$	975 000 \$
60 ans	250 000 \$	450 000 \$	650 000 \$
65 ans	125 000 \$	225 000 \$	325 000 \$

Statistiques

27,3

Au Canada, **un accident de travail** est « déclaré » **toutes les 27,3 secondes** chaque jour ouvrable¹.

50%

des accidents causent des **troubles musculo-squelettiques**².

10%

des accidents occasionnent une **fracture**³.

Source :

1. Table A de morbidité C.I.D.A. de 1985 et Table de mortalité combinée ICA 86-92. 2010 L'Association des commissions des accidents du travail du Canada (ACATC). Bankruptcy Canada, le site web d'information le plus complet sur les faillites au Canada
2. Workplace Safety & Insurance Board
3. Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail. http://wsibstatistics.ca/WSIB-StatisticalReport_S1_fr.pdf

Assurance accident **simplifiée**

Protection d'assurance invalidité qui couvre un revenu en cas d'accidents ou de blessures

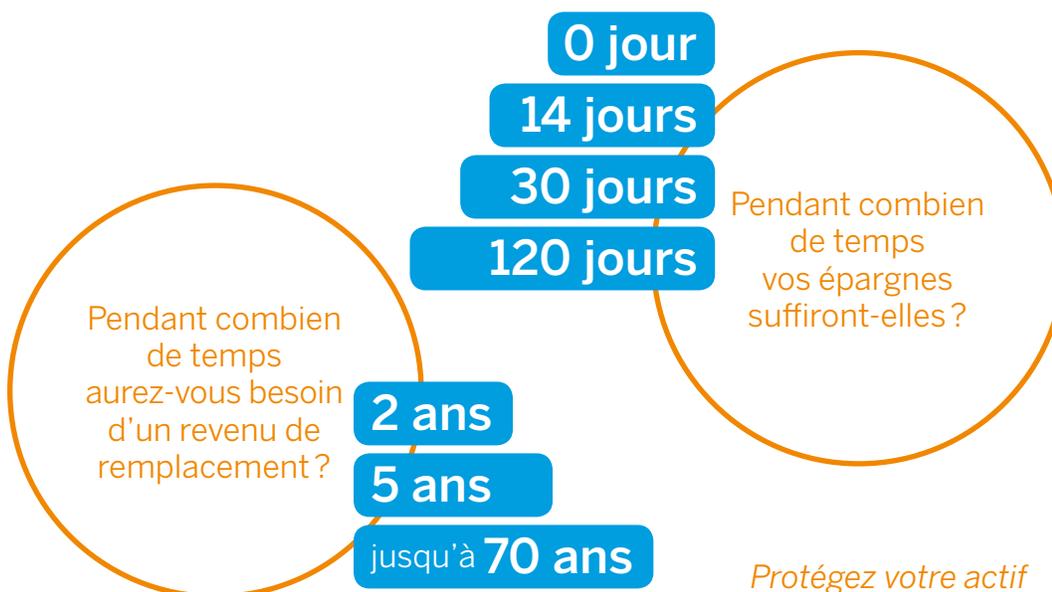
**SANS
EXAMEN
MÉDICAL**

- **Âge à l'émission:** de 18 à 69 ans
- **Périodes d'indemnisation:** 2 ans, 5 ans ou jusqu'à 70 ans
- **Prestation payables dès le 1^{er} jour**
(délai de carence de 14, 30 ou 120 jours également disponible)
- **Garantie renouvelable** jusqu'à 70 ans avec une option de prolongation jusqu'à 75 ans.
- **Prestation mensuelle** de 500 \$ à 3 000 \$
- **Couverture 24 h/24** ou non liée à la profession.
- **Prestation pour perte d'autonomie totale** (100 % de la prestation d'invalidité totale à vie)
- **Prestations non intégrées et non coordonnées** pour les 6 premiers mois d'invalidité et un minimum de 1 200 \$ garanti jusqu'au 36^e mois de prestation.



Les garanties facultatives

- Prolongation de la période de définition de profession habituelle à 5 ans
- Invalidité partielle de 6 mois
- Décès accidentel ou mutilation
Par tranche de 50 000 \$ jusqu'à concurrence de 300 000 \$
- Avenant de fracture, protection individuelle ou avec enfants, possibilité de 1 ou 2 unités



*Protégez votre actif
le plus précieux,
votre revenu!*



EXCLUSIONS ET LIMITES GÉNÉRALES

Les exclusions et limites suivantes s'appliquent à votre police.

La présente police ne couvre aucune perte qui :

1. Résulte de toute maladie, affection, trouble ou infection peu importe la cause ;
2. Survient lorsque vous voyagez ou résidez, pour une période de plus de soixante (60) jours, dans un pays ayant comme « Conseils aux voyageurs et Avertissements » un niveau de risque autre que « Prendre des mesures de sécurité normales » tel que diffusé par le gouvernement du Canada ;
3. Se poursuit après que vous avez cessé de résider de façon permanente au Canada à moins que :
 - a. vous continuiez de recevoir des soins réguliers et personnels d'un médecin au Canada ou aux États-Unis d'Amérique ; et
 - b. au moins trente (30) jours avant la date à laquelle vous cessez de résider de façon permanente au Canada, et aussi souvent que nous le considérons nécessaire, vous soyez disponible, à notre demande, pour être examiné par un médecin au Canada ou aux États-Unis ;
4. Résulte d'un suicide, d'une tentative de suicide ou de toute blessure infligée par automutilation volontaire (que vous soyez sain d'esprit ou non) ;
5. Survient lors d'un voyage aérien, sauf à titre de passager détenteur d'un billet, à bord de tout aéronef de ligne commerciale ;
6. Découle d'une grossesse, d'un accouchement ou d'une fausse couche ;
7. Survient durant un engagement dans le service militaire ou naval ou qui résulte de tout acte de guerre ou de la participation à une insurrection ou à une émeute ;
8. Résulte de tout traitement ou soins reçus sur une base élective pour des raisons esthétiques ou d'autres raisons non médicales, qu'ils aient été administrés ou non par un médecin ;
9. Survient pendant que vous êtes sous l'influence de l'alcool, de drogues ou de substances ou médicaments contrôlés n'étant pas pris conformément à la prescription d'un médecin ou à l'utilisation recommandée par le fabricant; ou qui survient lors de la conduite d'un véhicule motorisé (y compris, sans s'y limiter, les automobiles, les motocyclettes, les véhicules tout-terrains, les caravanes, les bateaux et tout autre véhicule submersible et les motoneiges) en ayant un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise par la loi ;
10. Survient lors de la commission ou d'une tentative de commission d'un acte criminel, ou lors de votre participation à une activité illégale, ou durant toute période pendant laquelle vous êtes incarcéré ;
11. Découle de l'inscription ou de la participation à des compétitions de vitesse organisées, de véhicules motorisés ou de l'entraînement pour de telles compétitions ;
12. Survient pendant une période où vous êtes en congé autorisé de votre emploi ; ou pendant une période où vous avez temporairement interrompu votre emploi avec le consentement de votre employeur, tout en étant rémunéré par votre employeur pour ce congé autorisé ou cette interruption d'emploi temporaire ;
13. Est causée par des troubles mentaux, nerveux, émotifs ou psychologiques ou tout trouble relié à un abus de médicament ou à une dépendance, peu importe leur cause ;
14. Est causée par la fatigue chronique, la douleur chronique, la fibromyalgie, la myalgie, l'encéphalomyélite, la neurasthénie, le syndrome d'Epstein-Barr ou des états similaires sous d'autres noms ;
15. Découle de l'inscription ou de la participation à un sport dangereux (y compris, sans s'y limiter, sport de combat, sport acrobatique, plongée sous-marine, deltaplane, parachutisme, chute libre, alpinisme et escalade) ou de l'entraînement pour un tel sport ;
16. Découle de l'inscription ou de la participation à des activités sportives contre rémunération ou de l'entraînement pour de telles activités ;
17. Découle d'une discopathie dégénérative.

Veillez-vous référer au contrat pour plus de détails sur les exclusions et limites.

LIMITES AUX PÉRIODES D'INDEMNISATION à la suite de blessures aux tissus mous ou de blessures au dos ou au cou

1. Limites aux périodes d'indemnisation à la suite de blessures aux tissus mous

Si une invalidité résultant d'une blessure aux tissus mous commence et se poursuit jusqu'à l'expiration du délai de carence, la période d'indemnisation indiquée au bordereau de la police est limitée en fonction de la catégorie professionnelle de votre dernier emploi ou de votre dernière profession exercée avant la date à laquelle l'invalidité est réputée commencer, selon le tableau suivant :

Catégorie professionnelle	Période d'indemnisation maximum pour un seul et même accident
4A	36 mois
3A	36 mois
2A	36 mois
A	60 jours
B	30 jours

Le total des périodes d'indemnisation, à la suite de blessures aux tissus mous, est limité à une période d'indemnisation maximum à vie. La période d'indemnisation maximum à vie est déterminée en fonction de la catégorie professionnelle de votre dernier emploi ou de votre dernière profession exercée avant la date à laquelle l'invalidité est réputée commencer, selon le tableau suivant :

Catégorie professionnelle	Période d'indemnisation maximum à vie
4A	36 mois
3A	36 mois
2A	36 mois
A	180 jours
B	180 jours

Si vous recevez des prestations d'invalidité et que, par la suite, votre catégorie professionnelle change, la période pendant laquelle vous avez reçu des prestations d'invalidité avant le changement de votre catégorie professionnelle sera déduite des nouvelles périodes d'indemnisation limitées ou déterminées en fonction de votre nouvelle catégorie professionnelle, selon les tableaux ci-dessus.

2. Limites aux périodes d'indemnisation à la suite de blessures au dos ou au cou

Les limites aux périodes d'indemnisation de la sous-section 1. *Limites aux périodes d'indemnisation à la suite de blessures aux tissus mous*, s'appliquent également aux invalidités résultant de blessures au dos ou au cou, sauf si les blessures au dos ou au cou ont été diagnostiquées par un médecin spécialiste et confirmées par des tests diagnostiques pertinents.

Définitions

ACCIDENT désigne un événement soudain, précis et identifiable qui se produit de façon imprévue et involontaire alors que la police est en vigueur et qui, au cours des quatre-vingt-dix (90) jours qui suivent, occasionne à la personne assurée une blessure exclusivement attribuable à des causes externes, indépendamment de toute maladie ou affection.

BÉNÉFICE NET D'ENTREPRISE désigne le revenu d'entreprise, avant impôts, moins tous les frais d'entreprise qui sont déductibles aux fins de l'impôt sur le revenu, et ce, multiplié par le pourcentage de vos parts.

BLESSURE désigne une blessure corporelle causée par un accident survenu pendant que la présente police est en vigueur. Toutefois, une blessure aux tissus mous est considérée comme étant une blessure.

BLESSURE AUX TISSUS MOUS désigne l'élongation, l'entorse ou la contusion d'un muscle, ligament ou tendon ainsi que les conditions suivantes :

- Bursite ;
- Capsulite ;
- Chondromalacie ;
- Costochondrite ;
- Épicondylite (médiale et latérale) ;
- Fasciite palmaire ;
- Fasciite plantaire ;
- Ligamentite ;
- Blessure de la coiffe des rotateurs ;
- Syndrome du tunnel carpien ;
- Syndrome du canal tarsien ;
- Syndrome fémoro-patellaire ;
- Tendinite ;
- Ténosynovite.

INVALIDITÉ TOTALE signifie qu'en raison d'une blessure :

- vous recevez les soins réguliers et personnels d'un médecin ; et
- vous êtes incapable d'accomplir les tâches quotidiennes importantes relatives à votre emploi ou à votre profession ; et
- vous n'êtes pas rémunéré pour quelque autre emploi ou profession.

Une fois que des prestations d'invalidité vous ont été payées pendant vingt-quatre (24) mois, la définition change et invalidité totale signifie qu'en raison de la blessure :

- vous recevez les soins réguliers et personnels d'un médecin ; et
- vous êtes incapable d'exercer tout emploi pour lequel vous êtes raisonnablement qualifié compte tenu de votre éducation, de votre formation ou de votre expérience ; et
- vous n'êtes pas rémunéré pour quelque autre emploi ou profession.

Aux fins de cette définition, vous êtes rémunéré pour un emploi ou une profession si vous accomplissez toute tâche associée à un emploi, à une profession ou à un métier en échange d'argent ou de toute autre rémunération. L'invalidité totale est réputée commencer au premier traitement médical administré par un médecin à la suite de la blessure.

REVENU ANNUEL correspond au plus élevé des montants suivants :

1. La somme de votre revenu d'emploi et du bénéfice net d'entreprise qui vous est attribuable si vous êtes propriétaire d'entreprise ou travailleur autonome ; ou
2. Cinquante pour cent (50 %) du revenu brut d'entreprise qui vous est attribuable si vous êtes propriétaire d'entreprise ou travailleur autonome.

Le revenu brut d'entreprise dans le calcul du revenu annuel n'est pas considéré lorsque le bénéfice net d'entreprise est déficitaire pendant deux (2) années financières consécutives ou plus immédiatement avant l'invalidité.

Toute perte subie par l'entreprise sera déduite de votre revenu annuel.

Votre revenu annuel ne comprend pas les revenus qui ne proviennent pas directement de votre emploi ou profession comme un revenu de pension,

des intérêts et d'autres revenus de placement, un revenu de location, des gains en capital, des redevances et des paiements de pension alimentaire reçus et tout autre revenu qui n'est pas directement reçu pour des services rendus.

REVENU BRUT D'ENTREPRISE désigne le revenu d'entreprise, avant impôts, moins le coût des marchandises vendues, multiplié par le pourcentage de vos parts, moins les salaires et charges sociales excluant les vôtres.

REVENU D'EMPLOI désigne le revenu total que vous tirez de votre emploi ou profession, y compris le salaire, les honoraires, les bonis, les traitements ou les commissions, tel que déclaré sur votre déclaration de revenus, avant déduction de l'impôt sur le revenu.

DESCRIPTION DES AVENANTS

PROLONGATION DE LA PROFESSION HABITUELLE : Prolonge à 5 ans la période pendant laquelle la définition d'invalidité totale tient compte de votre incapacité à occuper votre profession habituelle.

INVALIDITÉ PARTIELLE : Si l'assuré est totalement invalide pendant la période la plus longue entre 30 jours consécutifs et la durée du délai de carence et qu'il devient ensuite partiellement invalide, nous paierons 50 % de la prestation d'invalidité totale, assujettie à une période d'indemnisation maximale de 6 mois.

DÉCÈS ACCIDENTEL OU MUTILATION : Prévoit des prestations en cas de décès accidentel ou mutilation. Avenant offert par tranche de 50 000 \$ jusqu'à concurrence de 300 000 \$.

FRACTURE ACCIDENTELLE : Prévoit des prestations en cas de fracture causée par un accident. Offert en 1 ou 2 unités. Si un des parents est assuré, 50 % de la prestation est payable pour tout enfant qui subit une fracture.

Fracture accidentelle	1 unité	2 unités
Du crâne avec déficit neurologique permanent	12 500 \$	25 000 \$
Du crâne sans déficit neurologique permanent	5 000 \$	10 000 \$
De la colonne vertébrale	5 000 \$	10 000 \$
Du bassin	5 000 \$	10 000 \$
Du fémur	5 000 \$	10 000 \$
De la hanche	5 000 \$	10 000 \$
Du sternum	1 500 \$	3 000 \$
De l'omoplate	1 500 \$	3 000 \$
Du larynx	1 500 \$	3 000 \$
De la trachée	1 500 \$	3 000 \$
De l'humérus	1 500 \$	3 000 \$
Du tibia	1 500 \$	3 000 \$
Du fibula	1 500 \$	3 000 \$
De la rotule	1 000 \$	2 000 \$
Du cubitus	1 000 \$	2 000 \$
Du radius	1 000 \$	2 000 \$
De tout autre os non mentionné ci-dessus	500 \$	1 000 \$



lacapitale.com

La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, est une filiale de La Capitale groupe financier, une institution aux solides assises mutualistes qui accompagne les personnes pour bâtir, protéger et valoriser ce qu'elles considèrent comme essentiel à leur sécurité financière en leur donnant accès à des produits et services personnalisés.

La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance, est membre d'Assuris.

Assuris est la société à but non lucratif qui protège les assurés canadiens en cas de faillite de leur compagnie d'assurance vie.

Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements sur la protection d'Assuris en se rendant sur le site Web, à l'adresse www.assuris.ca, ou en communiquant avec le Centre d'information d'Assuris, au 1 866 878-1225.



5 CHOIX DES GARANTIES

Êtes-vous couvert par un régime d'indemnisation du travail (p. ex. : CNESTT pour les résidents du Québec)? Oui Non **Si non**, seule la protection 24 heures peut être choisie.
 Versez-vous des cotisations à l'assurance emploi? Oui Non **Si non**, seuls les délais de carence de 0, 14 ou 30 jours peuvent être choisis.

COUVERTURE		PÉRIODE D'INDEMNISATION			DÉLAI DE CARENCE				PRESTATION MENSUELLE ⁴	PRIME MENSUELLE ⁵
24 heures	Non liée à la profession	2 ans	5 ans	Jusqu'à l'âge de 70 ans	0 jour	14 jours	30 jours	120 jours		
<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"/>	\$	\$ A
<input type="checkbox"/> Couverture additionnelle		<input type="checkbox"/>	\$	\$ B						

Prime mensuelle de l'Assurance accident simplifiée A + B \$

AVENANTS	<input type="checkbox"/> Invalidité partielle					\$ C	
	<input type="checkbox"/> Profession habituelle (5 ans)					\$ D	
		TYPE DE PROTECTION		UNITÉS			
		Individuelle	Individuelle avec enfants	1	2		
	<input type="checkbox"/> Fracture accidentelle ⁶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ E	
		CAPITAL ASSURÉ					
	50 000 \$	100 000 \$	150 000 \$	200 000 \$	250 000 \$	300 000 \$	
<input type="checkbox"/> Décès accidentel ou mutilation ⁷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ F

Prime totale mensuelle A + B + C + D + E + F \$ **G**

Prime totale annuelle G × 12 \$

La prime pourrait être assujettie à une taxe de vente provinciale, le cas échéant.

6 RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE (Pour l'avenant de décès accidentel)

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

Bénéficiaire révocable/irrévocable : La désignation d'un 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 droits » désignent la succession, les héritiers légaux ou les ayants droits du preneur/assuré.

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

7 AUTRES ASSURANCES EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE

Déterminez-vous présentement un contrat 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)		Décès accidentel Capital assuré	INVALIDITÉ				Est-ce que l'assurance demandée remplacera ce contrat d'assurance? Joindre au besoin le préavis de remplacement.		
	Année	Mois		À l'étude	Prestation mensuelle	Délai de carence			Période d'indemnisation	
						Accident	Maladie		Accident	Maladie
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	\$ _____	\$ _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Note 4 : Pour connaître la prestation mensuelle maximale, consulter la section concernée dans le Guide du conseiller.

Note 5 : Pour connaître les primes, veuillez vous référer au logiciel d'illustration ou consulter la section concernée dans le Guide du conseiller.

Note 6 : Le preneur/assuré doit être âgé de 18 à 59 ans inclusivement.

Note 7 : Le preneur/assuré doit être âgé de 18 à 64 ans inclusivement.

Veuillez apposer vos initiales pour toute modification.

Suite page suivante >>

8 PAIEMENT

8.1 CHOIX DU MODE DE PAIEMENT : Annuel Débits préautorisés (DPA) Remplir la section 9.

8.2 CHOIX DU MODE DE PAIEMENT INITIAL

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

Chèque joint à la présente demande d'adhésion _____ \$ Le chèque doit être fait à l'ordre de La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance.

Carte de crédit Remplir la section 10.

9 ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)

IDENTIFICATION DU PAYEUR DE LA PRIME

Preneur/assuré Autre: M. Mme _____
Prénom Nom

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

Téléphone Date de naissance: _____
Année Jour Mois

Entreprise: _____
Nom de l'entreprise Téléphone

Adresse (n°, rue, ville, province) Code postal

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

⑈ 2 4 3 ⑈ ⑆ 0 0 0 0 5 ⑆ 2 3 ⑆ 2 3 4 5 ⑆ 2 3 4 5 6 ⑈			_____	_____	_____
Numéro de succursale	Numéro de l'institution	Numéro du compte	Numéro de succursale	Numéro de l'institution	Numéro du compte

TYPE DE DPA : Personnel Entreprise

DATE DU PRÉLÈVEMENT : Le _____ de chaque mois (entre le 1^{er} et le 30^e jour du mois). Si aucune date n'est indiquée, celle-ci sera établie par l'Assureur.

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 l'Assureur d'un préavis d'au moins 10 jours avant la date prévue du prochain DPÀ. 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. 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. 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 identifié ci-dessus les montants mensuels fixes requis pour le paiement des sommes dues à l'Assureur.

 _____ Date _____
Signature du payeur de la prime

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

10 PAIEMENT INITIAL PAR CARTE DE CRÉDIT

10.1 AVIS

La section 10.2 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 10.2 ne constitue en aucun cas une altération du présent document. Les parties conviennent ainsi que malgré le retrait de la section 10.2 du présent document, ce dernier représente l'entente intégrale et complète des parties relativement à l'objet des présentes.

10.2 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 la première prime de _____ \$. Dès réception de la présente, l'Assureur demandera l'autorisation nécessaire auprès de 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.

 _____ Nom du détenteur de la carte de crédit _____ Date _____
Signature du détenteur de la carte de crédit

11 DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS

Je confirme que les renseignements contenus dans cette demande d'adhésion sont vrais, sachant que l'Assureur se base sur ces renseignements pour accepter ou refuser ma demande et je comprends que toute déclaration incomplète, inexacte, fausse ou mensongère peut entraîner l'annulation de mon contrat d'assurance.

Je conviens que, si je suis admissible, l'assurance prendra effet à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Assureur, pourvu que la première prime ait été payée et qu'aucun changement ne soit survenu dans le caractère assurable du risque du preneur/assuré depuis la signature de la demande d'adhésion. Je conviens également que les primes applicables seront celles en vigueur à la date de réception de la demande d'adhésion par l'Assureur.

Je conviens que le suicide du preneur/assuré au cours des deux premières années qui suivent la date de prise d'effet de toute garantie d'assurance sur la vie établie pour le preneur/assuré est cause de nullité du contrat quant à cette personne et que la seule obligation de l'Assureur se limite au remboursement des primes payées pour cette garantie.

Aux fins 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 ou de crédit, 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, 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.

Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Je reconnais avoir pris connaissance du dépliant contenant des renseignements sur l'Assurance accident simplifiée, entre autres, les éléments garantis et non garantis ainsi que les exclusions et limites. Je reconnais que le conseiller en sécurité financière m'a fourni des explications satisfaisantes.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

X

Signature du preneur/assuré

12 RAPPORT DU CONSEILLER

12.1 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

12.2 STRUCTURE DE COMMISSION: Nivelée Majorée Ne s'applique pas si l'agent général a choisi une structure de commission spécifique.

12.3 PARTAGE DE COMMISSION

Nom du conseiller	Code du conseiller	Partage	Agent général	Code de l'agent général
_____	_____	_____ %	_____	_____
_____	_____	_____ %	_____	_____

12.4 DÉCLARATIONS DU CONSEILLER

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 l'Assurance accident simplifiée dont, entre autres, les éléments garantis et non garantis et les exclusions et limites.

Je déclare détenir tous les permis et certificats nécessaires pour faire souscrire la présente demande d'adhésion 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 demande d'adhésion d'assurance sont exacts, à jour et complets.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

X

Signature du conseiller

Cocher si vous désirez que la police d'assurance soit postée directement au preneur.