

# Automobiliste prudent

## Proposition d'assurance

**INSTRUCTIONS** – Remplissez ce formulaire pour une demande d'adhésion à la protection Automobiliste prudent seulement. Dans le cas d'une demande d'adhésion à la protection Automobiliste prudent assortie d'un avenant Tout accident, ne remplissez pas ce formulaire. Utilisez plutôt la proposition d'assurance « Protection du revenu (F001) » et le formulaire « Déclarations d'assurabilité Automobiliste prudent (IND005F) ».

Aux fins de ce formulaire d'assurance, « l'Assureur » signifie La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance.

Indiquer s'il s'agit :  d'une nouvelle demande d'adhésion  d'une remise en vigueur OU  d'un ajout à un contrat existant

N° de contrat \_\_\_\_\_  
Ne rien inscrire  
s'il s'agit d'une nouvelle proposition

### 1 IDENTIFICATION DU PRENEUR/ASSURÉ

Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Nom	Prénom		
Nom à la naissance (si différent)			Âge <sup>1</sup>	Date de naissance <sup>1</sup> Année   Mois   Jour	
Adresse (n°, rue)				App.	
Ville		Province	Code postal	Téléphone résidence	
<input type="checkbox"/> Téléphone cellulaire <input type="checkbox"/> Téléphone travail (poste)		Adresse courriel			
Profession			Taille _____ cm / _____ pi _____ po	Poids _____ kg / _____ lb	
Statut <input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Résident temporaire <input type="checkbox"/> Autres: _____					

### 2 VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU PRENEUR/ASSURÉ

Pièce d'identité (document original seulement): <input type="checkbox"/> Passeport <input type="checkbox"/> Permis de conduire <input type="checkbox"/> Carte d'assurance maladie (sauf Ont., Man., Î.-P.-É.) <input type="checkbox"/> Autre pièce d'identité délivrée par une autorité fédérale ou provinciale: _____			Numéro du document		
Date d'expiration (si disponible) Année   Mois		Autorité de délivrance	Province ou pays de délivrance		

### 3 ADMISSIBILITÉ

**Pour être admissible à la protection Automobiliste prudent, le preneur/assuré doit être en mesure de répondre NON aux questions 1, 2, 3 et 4.**

1. Au cours des trois dernières années, avez-vous été trouvé coupable de conduite avec les facultés affaiblies ou avez-vous été accusé de conduite imprudente ou dangereuse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. Dans le cadre de votre profession, conduisez-vous une ambulance, un autobus urbain, un taxi, une limousine ou une dépanneuse ? Êtes-vous ambulancier paramédical, pompier ou policier ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. Êtes-vous actuellement invalide ou recevez-vous des prestations d'invalidité ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Participez-vous à des compétitions, courses ou concours de vitesse ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5. Êtes-vous présentement assuré avec la protection Automobiliste prudent ou avez-vous des demandes d'assurance Automobiliste prudent en attente ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

1. Le preneur/assuré doit être âgé de 16 à 80 ans inclusivement.

Veuillez apposer vos initiales à toute modification.

F3002 (07-2018) 1 de 4

## 4 CHOIX DES GARANTIES

GARANTIE	PRESTATION MENSUELLE (Maximum de 1 600 \$)	PRIME ANNUELLE	FRAIS ANNUELS (30 \$ pour la police)	TAXE DE VENTE PROVINCIALE (si applicable)	PRIME TOTALE ANNUELLE (A + B + C)
<input type="checkbox"/> Automobiliste prudent	<input type="text"/> \$	<input type="text"/> \$ A +	<input type="text"/> \$ B +	<input type="text"/> \$ C =	<input type="text"/> \$

## 5 RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE (pour la garantie 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). Tout montant payable à un bénéficiaire qui a atteint sa majorité est payable directement à cette personne. 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.

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

## 6 PAIEMENT

### 6.1 CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

Annuel  Semestriel  Débits préautorisés (DPA) [Remplir la section 8.](#)

### 6.2 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 7.](#)

## 7 PAIEMENT INITIAL PAR CARTE DE CRÉDIT

### 7.1 AVIS

La section 7.2 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, et ce, à des fins de confidentialité et de respect des lois et règles applicables. Le retrait de la section 7.2 ne constitue en aucun cas une altération du présent document. Les parties conviennent ainsi que malgré le retrait de la section 7.2 du présent document, ce dernier représente l'entente intégrale et complète des parties relativement à l'objet des présentes.

Veuillez apposer vos initiales à toute modification.

F3002 (07-2018) 2 de 4

### 7.2 AUTORISATION

- Visa  
 MasterCard  
 American Express

Numéro de carte de crédit:   
 N° d'autorisation  **Réservé à l'administration**

Date d'expiration:   
 Mois Année

J'autorise l'Assureur à porter sur la carte de crédit mentionnée ci-dessus la première prime 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

Veuillez apposer vos initiales à toute modification.

F3002 (07-2018) 2 de 4

## 8 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:

⑈ 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

TYPE DE DPA:     Personnel     Entreprise

DATE DU 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.

**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 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). 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). 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 \_\_\_\_\_

**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](mailto:gfi@lacapitale.com)

## 9 DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS

Je confirme que les renseignements contenus dans cette demande d'adhésion sont vrais et complets, 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.

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.

Une photocopie de cette autorisation aura la même valeur que l'original.

Je reconnais avoir pris connaissance du dépliant contenant des renseignements sur la protection Automobiliste prudent, 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 \_\_\_\_\_.

 \_\_\_\_\_  
Signature du preneur/assuré

