

Second souffle simplifié

Demande d'adhésion



La Capitale

Note : Le contrat sera établi par La Capitale assureur de l'administration publique inc., ci-après nommée « l'Assureur ».

N° de contrat

Ne rien inscrire

1 IDENTIFICATION DE L'ASSURÉ

ASSURÉ 1

<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Nom de famille	Prénom			
Nom à la naissance (si différent)		Date de naissance		Âge	NAS
		Année	Mois	Jour	
Adresse (numéro et rue)					
Ville			Province		Code postal
Téléphone		Adresse courriel		Profession (obligatoire)	

ASSURÉ 2 – Remplir les cases ombrées seulement si l'adresse de l'assuré 2 diffère de celle de l'assuré 1.

<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Nom de famille	Prénom			
Nom à la naissance (si différent)		Date de naissance		Âge	NAS
		Année	Mois	Jour	
Téléphone		Adresse courriel		Profession (obligatoire)	
Adresse (numéro et rue)					
Ville			Province		Code postal

2 IDENTIFICATION DU PRENEUR

Ne cocher qu'une seule case :

L'assuré 1 est le preneur **OU** L'assuré 2 est le preneur

Employeur du preneur (actuel ou passé)

VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU PRENEUR

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

Pièce d'identité :

Carte d'assurance maladie Passeport Permis de conduire

Seul le document original doit être consulté. Autre pièce d'identité avec photo délivrée par une autorité fédérale ou provinciale : _____

N° du document	Date d'expiration (si disponible)	Autorité de délivrance	Province ou pays de délivrance
	Année	Mois	

VÉRIFICATION DE LA CLASSIFICATION FISCALE

Norme commune de déclaration (NCD)

Est-ce que le preneur est un résident d'une juridiction autre que le Canada ou les États-Unis aux fins de l'impôt ? Oui Non **Si oui**, inscrire le pays et le numéro d'identification fiscal étranger du preneur :

Pays	Numéro d'identification
------	-------------------------

DÉTERMINATION QUANT AUX TIERS

Est-ce que le preneur agit selon les directives d'une autre personne (tiers) ? Oui Non **Si oui**, remplir la section Détermination quant aux tiers du formulaire Vérification de l'identité d'un particulier (IND121F).

3 ADMISSIBILITÉ

Vous n'avez pas à passer d'examen médical lors de l'adhésion. Pour être admissible, vous devez être âgé de 18 à 60 ans¹ inclusivement, détenir un numéro d'assurance sociale permanent, c'est-à-dire qui ne débute pas par le chiffre 9, et être en mesure de répondre « NON » à toutes les questions ci-dessous. Si vous répondez « OUI » à une de ces questions, vous ne pouvez pas adhérer à *Second souffle simplifié*.

							ASSURÉ 1	ASSURÉ 2
1- Votre poids actuel excède-t-il le poids maximal indiqué dans le tableau ci-contre ?	GRANDEUR		HOMME		FEMME		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	PIEDS	CM	LIVRES	KG	LIVRES	KG		
	5'0" – 5'3"	152 – 160	208	94	191	87		
	5'4" – 5'6"	161 – 168	230	104	213	97		
	5'7" – 5'9"	169 – 175	250	113	229	104		
	5'10" – 6'0"	176 – 183	270	122	249	113		
> 6'0"	> 183	291	132	274	124			
2- Antécédents familiaux : est-ce que deux ou plusieurs membres de votre famille immédiate (père, mère, frères, sœurs) ont, avant l'âge de 60 ans, souffert de troubles cardiaques, de troubles des reins, d'un accident vasculaire cérébral, de diabète, d'un cancer, de sclérose en plaques ou de maladie du neurone moteur ?							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3- Souffrez-vous ou avez-vous déjà souffert ou présenté des symptômes d'une des maladies ou d'une des affections énumérées ci-dessous, ou avez-vous déjà consulté ou été traité pour celle-ci :								
a) angine, crise cardiaque, douleur thoracique, insuffisance cardiaque, accident vasculaire cérébral, ischémie cérébrale transitoire (ICT), électrocardiogramme anormal ou tout autre trouble du cœur ou des vaisseaux sanguins, diabète type 1 (insulinodépendant) ou type 2 ?							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
b) cancer, tumeur, augmentation des ganglions, polype au colon ou autre excroissance, affection du sang, leucémie ou autre forme d'affection maligne, sclérose en plaques, paralysie, épilepsie ou toute autre affection du cerveau ou du système nerveux ?							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
c) hépatite B, C ou chronique ou porteur de l'hépatite B, troubles des intestins ou du colon, SIDA, affection reliée au SIDA ou autre affection du système immunitaire, test positif pour le VIH (virus de l'immunodéficience humaine), abus d'alcool ou usage de drogues non prescrites par un médecin ?							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
d) troubles de la prostate (nodule, PSA anormal), troubles reliés aux seins (y compris masse, kyste, écoulement inhabituel, modifications physiques, biopsie au sein ou mammographie anormale) ou troubles des reins ?							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4- Avez-vous déjà constaté des symptômes ou des malaises concernant votre santé pour lesquels vous n'avez pas encore consulté un médecin ou avez-vous été avisé de subir un test diagnostique ou une opération chirurgicale qui n'ont pas encore été complétés ?							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5- Au cours des 3 dernières années, avez-vous été refusé ou surprimé suite à la soumission d'une proposition d'assurance ou celle-ci a-t-elle été modifiée de quelque façon que ce soit ?							<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

4 STATUT FUMEUR OU NON FUMEUR

	ASSURÉ 1	ASSURÉ 2
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 (<i>patch</i>) ou la cigarette électronique ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Note 1: Pour adhérer à *Second souffle simplifié* avec l'Option Santé, vous devez être âgé de 18 à 55 ans inclusivement.

Pour connaître les primes, consultez le « tableau des primes mensuelles ».

	ASSURÉ 1	ASSURÉ 2
<p>Choisissez la protection d'assurance :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ T-10 : Temporaire fixe 10 ans renouvelable dont la prime est fixe et garantie pour les 10 premières années et, par la suite, augmente tous les 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans. ■ T-75 : Temporaire fixe à 75 ans dont la prime est fixe et garantie jusqu'à l'âge de 75 ans. ■ T-75 avec Option Santé : Temporaire fixe à 75 ans dont la prime, fixe et garantie, est payable jusqu'à 65 ans ou jusqu'au 25^e anniversaire d'assurance (sans excéder 75 ans), selon le plus éloigné des deux événements. Possibilité d'un remboursement des primes avant le décès à compter du 15^e anniversaire d'assurance selon l'âge à la souscription. Pour adhérer à l'Option Santé vous devez être âgé de 18 à 55 ans inclusivement. 	<input type="checkbox"/> T-10 <input type="checkbox"/> T-75 <input type="checkbox"/> T-75 avec Option Santé	<input type="checkbox"/> T-10 <input type="checkbox"/> T-75 <input type="checkbox"/> T-75 avec Option Santé
<p>Choisissez le capital assuré :</p> <p>Ce capital assuré, ajouté à tout capital assuré déjà en vigueur sur une protection <i>Second souffle simplifié</i> émise antérieurement, ne peut dépasser 50 000 \$. La prime correspondant à tout excédent de protection d'assurance sera remboursée, le cas échéant.</p>	<input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$	<input type="checkbox"/> 10 000 \$ <input type="checkbox"/> 25 000 \$ <input type="checkbox"/> 50 000 \$

TABLEAU DES PRIMES MENSUELLES

T-10 TEMPORAIRE FIXE 10 ANS RENOUEVABLE

ÂGE	HOMME						FEMME					
	NON FUMEUR			FUMEUR			NON FUMEUSE			FUMEUSE		
	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$
18 à 25	8,43	11,40	16,42	8,73	14,60	19,25	8,73	11,46	16,25	9,55	13,81	17,38
26 à 30	8,96	12,63	17,88	9,72	16,44	22,79	9,60	13,08	18,04	10,39	15,73	20,58
31 à 35	9,65	14,10	21,04	11,38	20,13	30,08	10,45	14,77	21,00	12,08	19,38	28,83
36 à 40	11,18	17,15	26,21	14,52	26,15	43,75	12,05	17,73	26,63	15,04	24,96	42,88
41 à 45	13,52	22,38	36,75	19,97	38,15	67,54	14,23	22,31	35,71	19,17	34,02	61,75
46 à 50	17,19	30,85	51,25	27,00	57,75	109,00	17,48	29,10	48,71	24,47	46,65	86,54
51 à 55	23,10	46,90	87,50	39,50	92,81	175,33	21,52	37,85	66,50	32,50	63,54	126,33
56 à 60	33,88	70,35	135,79	74,48	166,96	325,50	27,21	49,35	92,42	48,16	103,96	197,42

T-75 TEMPORAIRE FIXE À 75 ANS

ÂGE	HOMME						FEMME					
	NON FUMEUR			FUMEUR			NON FUMEUSE			FUMEUSE		
	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$
18 à 25	10,08	17,06	28,63	12,53	23,19	40,25	9,80	16,35	26,96	12,40	22,73	39,63
26 à 30	11,32	19,90	34,13	14,55	28,06	50,42	10,58	18,15	30,83	14,08	26,79	47,96
31 à 35	12,60	23,06	40,83	17,68	35,71	65,50	11,92	21,08	36,50	16,36	32,63	59,17
36 à 40	14,46	27,94	50,42	22,00	46,69	88,17	13,63	25,42	45,00	19,02	39,35	72,63
41 à 45	17,13	33,98	62,58	29,38	65,67	125,33	15,89	30,67	55,83	23,77	50,71	95,75
46 à 50	21,11	43,94	82,08	39,80	90,15	175,08	18,28	36,69	67,63	30,73	67,02	127,50
51 à 55	26,62	57,79	110,38	60,58	140,90	274,67	21,83	45,35	85,29	42,10	95,15	183,46
56 à 60	33,59	76,21	146,13	88,22	209,04	410,50	26,54	57,52	109,83	55,97	129,33	251,54

T-75 TEMPORAIRE FIXE À 75 ANS AVEC L'OPTION SANTÉ

ÂGE	HOMME						FEMME					
	NON FUMEUR			FUMEUR			NON FUMEUSE			FUMEUSE		
	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$	10 000 \$	25 000 \$	50 000 \$
18 à 25	13,63	22,71	34,29	15,75	28,96	48,50	13,87	22,90	33,50	15,25	27,35	49,08
26 à 30	15,55	26,83	41,38	18,81	36,79	62,33	15,88	27,10	40,17	18,05	34,15	59,42
31 à 35	17,78	31,96	52,38	22,67	47,31	83,83	18,23	32,40	50,08	21,46	43,27	79,58
36 à 40	21,72	40,85	70,63	29,23	65,08	115,13	21,94	40,54	67,88	26,95	57,58	103,46
41 à 45	26,75	52,98	97,08	41,88	95,46	187,54	26,20	50,56	92,13	33,38	76,63	142,79
46 à 50	32,62	69,40	136,21	63,11	150,35	295,25	30,62	62,73	118,67	47,23	109,21	213,04
51 à 55	47,04	109,29	212,17	82,29	195,60	387,33	40,33	91,69	179,58	65,27	154,96	305,42

6 DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

Tout montant payable du vivant de l'assuré en vertu de cette garantie est versé au preneur.

Tout montant payable à la suite d'un décès couvert par cette garantie est versé au bénéficiaire sous réserve de ce qui suit.

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

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

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

Bénéficiaire mineur : À l'extérieur du Québec, si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est recommandé de nommer un fiduciaire. En nommant un fiduciaire, la prestation prévue en cas de décès 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 devenu majeur sera payable directement à ce dernier. 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 et non ceux de l'assuré.

Nom et prénom du bénéficiaire	Date de naissance			Lien avec l'assuré (au Québec lien avec le preneur)	Cocher une case	
	Année	Mois	Jour		Révocable	Irrévocable
ASSURÉ 1	_ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ASSURÉ 2	_ _	_	_ _	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7 CHOIX DU MODE DE PAIEMENT DES PRIMES

- Débits préautorisés (DPA) (personnel)²** – Ne joindre aucun chèque couvrant la première prime. Remplir la section 9.
- Annuel** – Joindre un chèque fait à l'ordre de La Capitale assureur de l'administration publique inc. et dont le montant correspond à la prime totale multipliée par 12.

8 IDENTIFICATION DU PAYEUR DE LA PRIME

Ne cocher qu'une seule case : L'assuré 1 est le payeur **OU** L'assuré 2 est le payeur

9 ACCORD DE DPA (PERSONNEL)

Identification du compte bancaire : Spécimen de chèque joint Coordonnées bancaires fournies ci-dessous :

" 2143 " 00005 231 2345 23456 "			_ _ _ _	_ _ _	_ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
Numéro de succursale	Numéro de l'institution	Numéro du compte	Numéro de succursale	Numéro de l'institution	Numéro du compte

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 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.

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.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.


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

Note 2 : La prime mensuelle peut varier légèrement selon la date d'émission et la date du premier prélèvement, et ce, afin que la prime annuelle totale soit prélevée au cours de la première année.

10 DÉCLARATIONS ET AUTORISATIONS

1. 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, fautive ou mensongère peut entraîner l'annulation de mon contrat d'assurance.
2. Je conviens que, si je suis admissible, l'assurance prendra effet à la date d'acceptation 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 de la personne à assurer 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.
3. 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, 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.
4. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'original.
5. Je reconnais avoir lu les renseignements importants de *Second souffle simplifié* mentionnés dans le dépliant ainsi que le Préavis du MIB, Inc. et l'Avis concernant la protection des renseignements personnels.
6. Au surplus, chacune des personnes à assurer consent à ce que le preneur souscrive cette assurance.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

X

Signature de l'assuré 1

X

Signature de l'assuré 2

11 GARANTIE DE SATISFACTION

Dans les 10 jours suivant la date de réception de ma police, je peux annuler mon contrat en faisant une demande écrite et en retournant ma police à l'Assureur au 625, rue Jacques-Parizeau, Québec (Québec) G1R 2G5. L'annulation de mon contrat se fera sans que j'aie à fournir les motifs de ma décision. Enfin, j'obtiendrai le remboursement total de toute prime déjà perçue par l'Assureur.

12 IDENTIFICATION DU CONSEILLER

Nom et prénom	Code
---------------	------

13 COMMISSIONS

Nom et prénom du conseiller	Code	Partage %
Nom et prénom du conseiller	Code	Partage %

14 INDICATIONS SPÉCIFIQUES

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

15 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 concernant la garantie *Second souffle simplifié*, dont, entre autres, les éléments garantis et non garantis, les restrictions, réductions et exclusions applicables, le cas échéant.

Je déclare détenir tous les permis et certificats nécessaires pour faire souscrire la présente 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

À LIRE ET À CONSERVER PAR LE PRENEUR

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.

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 assureur de l'administration publique
Direction de l'assurance individuelle et services financiers
625, rue Jacques-Parizeau, C.P. 16040
Québec (Québec) G1K 7X8



La Capitale

Assureur de
l'administration publique

625, rue Jacques-Parizeau, C.P. 16040
Québec (Québec) G1K 7X8