

**Supplément
à la proposition
d'assurance vie
et assurance
maladies graves**

Version juillet 2018
T072 (07-2018)

Ce supplément remplace
les sections 1 et 3 de
la proposition.



LaCapitale

DIRECTIVES À L'INTENTION DU CONSEILLER

- Remplir les sections « Renseignements de base » et « Choix des garanties ».
- Faire signer le ou les preneurs à la page 3.
- Retourner toutes les pages de ce supplément.

Supplément à la proposition n°: _____

Preneur 1: _____

Preneur 2: _____

1 RENSEIGNEMENTS DE BASE

- 1.1 Langue de correspondance: Français Anglais
- 1.2 Indiquer s'il s'agit: d'une nouvelle proposition OU d'un ajout au contrat portant le numéro: _____
- 1.3 Cette proposition doit-elle être émise au même moment qu'une autre proposition? Oui Non
Si oui, indiquer le numéro de cette autre proposition: _____

1.4 ORIGINE DE LA PROPOSITION

- Remplacement externe  **Remplir et joindre le préavis de remplacement.**
- Remplacement interne – Numéros de contrats à remplacer: _____
 **Remplir et joindre le préavis de remplacement et le formulaire Résiliation-rachat (IND108F).**
- Transformation d'assurance individuelle (assurance vie et assurance maladies graves)
Numéros de contrats à transformer: _____
 partielle – Est-ce que l'excédent sera à annuler? Oui Non
 totale
- Échange d'assurance individuelle – Numéros de contrats à échanger: _____
 partiel – Est-ce que l'excédent sera à annuler? Oui Non
 total
- Transformation d'assurance collective
- Exercice d'une option de garantie d'assurabilité du contrat numéro: _____

3 CHOIX DES GARANTIES

3.1 GARANTIES PRINCIPALES

PERSONNE À ASSURER 1

PERSONNE À ASSURER 2

ASSURANCE VIE PERMANENTE

Avantage permanent non participant

* La durée de paiement des primes varie en fonction de l'âge des personnes à assurer. Se référer à l'exposé et au contrat.

Individuelle
Prime payable: en 20 ans jusqu'à 65 ans à vie
Minimum 25 ans

Conjointe
Prime payable: en 20 ans jusqu'à 65 ans à vie
Minimum 25 ans*

Capital payable:
 au 1^{er} décès
 au 2^e décès, primes payables jusqu'au 1^{er} décès
 au 2^e décès, primes payables jusqu'au 2^e décès

Capital assuré: _____ \$

Individuelle
Prime payable: en 20 ans jusqu'à 65 ans à vie
Minimum 25 ans

Conjointe
Prime payable: en 20 ans jusqu'à 65 ans à vie
Minimum 25 ans*

Capital payable:
 au 1^{er} décès
 au 2^e décès, primes payables jusqu'au 1^{er} décès
 au 2^e décès, primes payables jusqu'au 2^e décès

Capital assuré: _____ \$

T100

Enrichie
 Pure

Individuelle
 Conjointe
Capital payable:
 au 1^{er} décès
 au 2^e décès, primes payables jusqu'au 1^{er} décès
 au 2^e décès, primes payables jusqu'au 2^e décès

Capital assuré: _____ \$

Individuelle
 Conjointe
Capital payable:
 au 1^{er} décès
 au 2^e décès, primes payables jusqu'au 1^{er} décès
 au 2^e décès, primes payables jusqu'au 2^e décès

Capital assuré: _____ \$

T100 Évolution

Enrichie
 Pure

Individuelle
 Conjointe
Capital payable:
 au 1^{er} décès
 au 2^e décès, primes payables jusqu'au 1^{er} décès
 au 2^e décès, primes payables jusqu'au 2^e décès

Capital assuré: _____ \$

Individuelle
 Conjointe
Capital payable:
 au 1^{er} décès
 au 2^e décès, primes payables jusqu'au 1^{er} décès
 au 2^e décès, primes payables jusqu'au 2^e décès

Capital assuré: _____ \$

ASSURANCE VIE TEMPORAIRE

Temporaire fixe

Enrichie
 Pure



S'il s'agit d'un avenant temporaire fixe, remplir la section 3.2.

Individuelle Conjointe au 1^{er} décès
Terme: 10 ans 20 ans 25 ans 30 ans 35 ans
Capital assuré: _____ \$

Individuelle Conjointe au 1^{er} décès
Terme: 10 ans 20 ans 25 ans 30 ans 35 ans
Capital assuré: _____ \$

Temporaire décroissante enrichie

Individuelle Conjointe au 1^{er} décès
Terme: 15 ans 20 ans 25 ans 30 ans 35 ans
Capital assuré: _____ \$

Individuelle Conjointe au 1^{er} décès
Terme: 15 ans 20 ans 25 ans 30 ans 35 ans
Capital assuré: _____ \$

MALADIES GRAVES



Pour Second souffle simplifié, remplir la demande d'adhésion (T066).

Temporaire fixe à 75 ans

Prime payable:
 en 15 paiements jusqu'à 65 ans jusqu'à l'expiration
Capital assuré: _____ \$

Remboursement des primes au décès

Remboursement des primes au rachat ou à l'expiration
Si les primes sont payables jusqu'à l'expiration, choisir le moment où le pourcentage de remboursement des primes au rachat ou à l'expiration sera égal à 100 % des primes payées. Certaines conditions s'appliquent.
 Durée 15 ans À l'expiration

Prime payable:
 en 15 paiements jusqu'à 65 ans jusqu'à l'expiration
Capital assuré: _____ \$

Remboursement des primes au décès

Remboursement des primes au rachat ou à l'expiration
Si les primes sont payables jusqu'à l'expiration, choisir le moment où le pourcentage de remboursement des primes au rachat ou à l'expiration sera égal à 100 % des primes payées. Certaines conditions s'appliquent.
 Durée 15 ans À l'expiration

Temporaire fixe
Terme: 10 ans 20 ans 25 ans 30 ans 35 ans
Capital assuré: _____ \$

Temporaire fixe
Terme: 10 ans 20 ans 25 ans 30 ans 35 ans
Capital assuré: _____ \$

Maladies graves enfant
Capital assuré: _____ \$
 Option santé

Maladies graves enfant
Capital assuré: _____ \$
 Option santé

3 CHOIX DES GARANTIES (suite)

3.2 GARANTIES COMPLÉMENTAIRES ET AVENANTS

	PERSONNE À ASSURER 1	PERSONNE À ASSURER 2
Décès ou mutilation par accident	Capital assuré: _____ \$	Capital assuré: _____ \$
Garantie d'assurabilité	Capital assuré: _____ \$	Capital assuré: _____ \$
Rente d'invalidité  Remplir obligatoirement la section 8.	_____/mois Durée de la garantie: <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans <input type="checkbox"/> 30 ans Période maximale de versement: <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> Jusqu'à l'expiration	_____/mois Durée de la garantie: <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans <input type="checkbox"/> 30 ans Période maximale de versement: <input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> Jusqu'à l'expiration
Exonération des primes (EPI)  Les renseignements personnels et médicaux du preneur doivent être fournis (sections 5 et 6).  Non offerte lorsque le preneur est une entreprise ou lorsqu'il y a plus d'un preneur.	<input type="checkbox"/> Invalidité du preneur <input type="checkbox"/> Invalidité ou décès du preneur	<input type="checkbox"/> Invalidité du preneur <input type="checkbox"/> Invalidité ou décès du preneur
Avenant temporaire fixe	Terme: <input type="checkbox"/> 10 ans <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans <input type="checkbox"/> 30 ans <input type="checkbox"/> 35 ans Capital assuré: _____ \$	Terme: <input type="checkbox"/> 10 ans <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans <input type="checkbox"/> 30 ans <input type="checkbox"/> 35 ans Capital assuré: _____ \$
Avenant Source revenu mensuel pour vos proches  Non offert lorsque le preneur est une entreprise.	<input type="checkbox"/> Durée fixe <input type="checkbox"/> Durée décroissante Terme: <input type="checkbox"/> 15 ans <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans Versement mensuel assuré: _____ \$	<input type="checkbox"/> Durée fixe <input type="checkbox"/> Durée décroissante Terme: <input type="checkbox"/> 15 ans <input type="checkbox"/> 20 ans <input type="checkbox"/> 25 ans Versement mensuel assuré: _____ \$
Avenant d'assurance <i>Fracture accidentelle</i>	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Individuelle avec enfants* <input type="checkbox"/> 1 unité <input type="checkbox"/> 2 unités	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Individuelle avec enfants* <input type="checkbox"/> 1 unité <input type="checkbox"/> 2 unités
Avenant d'assurance vie pour enfants*  Remplir obligatoirement la section 9.	Capital assuré: _____ \$	Capital assuré: _____ \$
Avenant de maladies graves pour enfants*  Remplir le questionnaire relatif à l'avenant de maladies graves pour enfants (IND046F).	Capital assuré: _____ \$	Capital assuré: _____ \$

* Les enfants doivent être ceux de la personne à assurer, et ce, en vertu de leur acte de naissance ou par adoption légale.

DÉCLARATION ET SIGNATURE

Je comprends que le présent supplément est transmis relativement à la proposition et en fait partie intégrante.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU PRENEUR 1


Signature du preneur 1

SIGNATURE DU PRENEUR 2


Signature du preneur 2



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