Version
Août 2021

La Capitale
Sécurité financière

Série Pilier

Protection du revenu

Proposition d'assurance

F001 (2021-08)

La Capitale

Proposition nº : 11665271

Dans la présente proposition, l'« Assureur » désigne La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance.

Nº de contrat : Ne rien inscrire ici

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 une demande d'annulation de l'assurance existante.**

2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

2.1 IDENTIFICATION DU PRENEUR/ASSURÉ

Nom _____ Prénom _____ Nom à la naissance (si différent) _____

Sexe : ◯ Masculin ◯ Féminin Date de naissance : ____ Année ____ Mois ____ Jour

État civil _____ Pays de naissance _____ Au Canada depuis : ____ Année ____ Mois

Statut : ◯ Citoyen canadien ◯ Résident permanent ◯ Résident temporaire ◯ Autre : _____

Adresse (nº, rue, appartement) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Pays _____ Adresse courriel _____

Téléphone résidence _____ Téléphone travail _____ (poste) _____ Téléphone cellulaire _____

2.2 VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU PRENEUR/ASSURÉ

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/assuré choisit de la présenter, elle est acceptée.

Pièce d'identité Seul le document original doit être consulté.

◯ Permis de conduire ◯ Passeport ◯ Carte d'assurance maladie

◯ Autre pièce d'identité avec photo délivré par une autorité fédérale ou provinciale : _____

Numéro du document : _____ Province ou pays de délivrance : _____

Date d'expiration (si disponible) : ____ Année ____ Mois Autorité de délivrance : _____

3 CHOIX DES GARANTIES (Remplir cette section en tout temps)

3.1 Cocher la ou les mêmes garanties que celles mentionnées dans l'Exposé : ☐ Invalidité ☐ Automobiliste prudent ☐ Soins hospitaliers

3.2 Indiquer le paiement annuel de toutes les garanties et de tous les avenants mentionné dans l'Exposé : _____ $

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

Je, preneur/assuré, déclare avoir pris connaissance du document intitulé Exposé et déclare être d'accord avec son contenu. Je confirme que le montant du paiement annuel mentionné ci-dessus correspond au montant mentionné dans l'Exposé.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20____.

SIGNATURE DU PRENEUR/ASSURÉ

✗ _____

Signature du preneur/assuré

SIGNATURE DU CONSEILLER

✗ _____

Signature du conseiller

⚠ **L'EXPOSÉ DONT LE PRENEUR/ASSURÉ DÉCLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DOIT OBLIGATOIREMENT ACCOMPAGNER LA PROPOSITION LORS DE SON ENVOI À L'ASSUREUR.**

F001 (2021-08)

Proposition nº : 11665271

La Capitale

4 RENSEIGNEMENTS SUR LE BÉNÉFICIAIRE (Pour l'avenant de **décès accidentel** ou pour la protection **Automobiliste prudent**)

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

Bénéficiaire révocable/irrévocable : La désignation de 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 droit » désignent la succession, les héritiers légaux ou les ayants droit du preneur/assuré.

BÉNÉFICIAIRE

Nom	Prénom	Date de naissance (Année Mois Jour)	Lien avec le preneur/assuré	Cocher une case : Révocable	Irrévocable	Quote-part % Total 100 %
				○	○	
				○	○	

5 RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

5.1 AUTRES ASSURANCES EN VIGUEUR OU À L'ÉTUDE

Détenez-vous présentement un contrat d'assurance vie, d'assurance maladies graves, 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) : Année	Mois	À l'étude	Assurance vie ou maladies graves : Capital assuré	Décès accidentel : Oui	Non	INVALIDITÉ : Prestation mensuelle	Délai de carence : Accident	Maladie	Période d'indemnisation : Accident	Maladie	Est-ce que l'assurance demandée remplacera ce contrat d'assurance ? Joindre au besoin le préavis de remplacement.
			☐	$	○	○	$					○ Oui ○ Non
			☐	$	○	○	$					○ Oui ○ Non

5.2 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE

Avez-vous déjà eu une proposition d'assurance vie (**VIE**), d'assurance maladies graves (**MG**) ou d'assurance invalidité (**AI**) en cas d'accident ou de maladie qui a été refusée, différée, modifiée, annulée ou qui a fait l'objet d'une surprime ? ○ Oui ○ Non **Si oui**, fournir les renseignements sur ces propositions.

Année	Mois	VIE	MG	AI	Nom de la compagnie	Décision	Raison
		○	○	○			
		○	○	○			

5.3 ANTÉCÉDENTS D'ASSURANCE À LA CAPITALE SÉCURITÉ FINANCIÈRE, COMPAGNIE D'ASSURANCE

Avez-vous déjà été assuré avec La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance ? ○ Oui ○ Non

5.4 USAGE DE TABAC

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 (patch) ou la cigarette électronique ? ○ Oui ○ Non **Si oui** :

Type	Quantité	Fréquence

Si vous avez cessé de fumer dans les 12 derniers mois, indiquer la date de cessation : Année Mois

6 RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI ET AU REVENU

6.1 RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI

Remplir le *Questionnaire relatif à l'emploi et au revenu (IND175F)* pour chaque emploi supplémentaire.

EMPLOYÉ SALARIÉ

6.1.1 Profession : _____

6.1.2 Fonctions : _____

6.1.3 Nom de l'employeur : _____

6.1.4 Adresse de l'employeur : _____

_____

6.1.5 Nombre d'années chez l'employeur actuel : _____

6.1.6 Nombre d'années d'expérience connexe : _____

6.1.7 Nombre d'heures travaillées par semaine : _____

6.1.8 Nombre de mois travaillés par année : _____

6.1.9 Quel pourcentage de votre travail est considéré comme :

- Conduite automobile _____ %
- Supervision _____ %
- Travail de bureau/administratif _____ %
- Travail manuel _____ %
- Autres : _____ _____ %

6.1.10 Quel pourcentage de votre travail est effectué :

- À domicile _____ %
- À l'extérieur du domicile _____ %

6.1.11 Revenu annuel brut de l'année en cours : _____ $

6.1.12 Versez-vous des cotisations à l'assurance emploi ? ☐ Oui ☐ Non

6.1.13 a) Avez-vous déclaré faillite au cours des 5 dernières années ? ☐ Oui ☐ Non

b) **Si oui**, quelle est la date de la libération ? ____ ____ ____ (Année Mois Jour)

6.1.14 Demande de prestation garantie ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, fournir les déclarations de revenus des 2 dernières années et passer à la section 7.

Si non, poursuivre à la section 6.2.

TRAVAILLEUR AUTONOME ET PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE

6.1.1 Profession : _____

6.1.2 Fonctions : _____

6.1.3 Nom de l'entreprise : _____

6.1.4 Adresse de l'entreprise : _____

_____

6.1.5 Nombre d'années dans l'entreprise : _____

6.1.6 Nombre d'années d'expérience connexe : _____

6.1.7 Type d'entreprise : ☐ Propriétaire unique ☐ Société incorporée ☐ Société de personnes

6.1.8 Nombre d'employés :
Temps plein : _____ Temps partiel : _____ Saisonniers : _____

6.1.9 Nombre d'heures travaillées par semaine : _____

6.1.10 Nombre de mois travaillés par année : _____

6.1.11 Quel pourcentage de votre travail est considéré comme :

- Conduite automobile _____ %
- Supervision _____ %
- Travail de bureau/administratif _____ %
- Travail manuel _____ %
- Autres : _____ _____ %

6.1.12 Quel pourcentage de votre travail est effectué :

- À domicile _____ %
- À l'extérieur du domicile _____ %

6.1.13 Pourcentage des parts du preneur/assuré dans l'entreprise : _____ %

6.1.14 Versez-vous des cotisations à l'assurance emploi ? ☐ Oui ☐ Non

6.1.15 a) Avez-vous (vous ou l'entreprise) déclaré faillite au cours des 5 dernières années ? ☐ Oui ☐ Non

b) **Si oui**, quelle est la date de la libération ? ____ ____ ____ (Année Mois Jour)

6.1.16 Demande de prestation garantie ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, fournir les déclarations de revenus (T1 générale) et les états financiers de l'entreprise des 2 dernières années ou l'annexe des revenus et dépenses de l'entreprise selon le cas et passer à la section 7.

Si non, poursuivre à la section 6.2.

6.2 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU REVENU

EMPLOYÉ SALARIÉ

	Année : ____	Année : ____
Revenu annuel brut gagné des 2 dernières années :	$	$

TRAVAILLEUR AUTONOME ET PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE

Revenu annuel net des 2 dernières années[1] :

Si la prestation mensuelle demandée est égale ou supérieure à 3 501 $, fournir les déclarations de revenus (T1 générale) et les états financiers de l'entreprise des 2 dernières années ou l'annexe des revenus et dépenses de l'entreprise selon le cas.

	Année : ____	Année : ____
Bénéfice net d'entreprise[2]	$	$
Dans le cas d'une société incorporée, salaire versé au preneur/assuré par la société, le cas échéant	+ $	+ $
	=	=
Revenu annuel net	0,00 $	0,00 $

1. Si moins de 12 mois de revenu gagné, indiquer le nombre de mois où un revenu a été gagné : _____ mois
2. Bénéfice net d'entreprise selon les parts du preneur/assuré = pourcentage des parts × (revenus d'entreprise brut − frais d'entreprise déductibles d'impôt)

F001 (2021-08)

Proposition nº : 11665271

La Capitale

7 QUESTIONS POUR LE CERTIFICAT CONDITIONNEL DE PROTECTION PROVISOIRE
(Répondre à ces questions seulement si un avenant **d'invalidité en cas de maladie** a été demandé)

		PRENEUR/ASSURÉ	
		Oui	Non
7.1	Avez-vous déjà consulté, été traité ou présenté des signes ou des symptômes concernant ce qui suit? Maladie reliée au cœur ou aux vaisseaux sanguins, crise cardiaque, douleur à la poitrine, diabète, cancer ou tumeur, ischémie cérébrale transitoire, accident vasculaire cérébral ou maladie chronique des reins, du foie ou des poumons, sclérose en plaques, paralysie, cécité, surdité, perte de la parole, perte d'un membre, coma, brûlures graves, SIDA ou infection au VIH.	○	○
7.2	Au cours des 2 dernières années, avez-vous déjà eu des symptômes ou un traitement pour tout état pathologique qui s'est traduit par une hospitalisation (pour une raison autre qu'une grossesse ou un accouchement) ?	○	○
7.3	Avez-vous eu une demande d'assurance vie, invalidité, maladies graves, soins de longue durée, individuelle ou collective refusée, modifiée, annulée, reportée ou qui a fait l'objet d'une surprime ?	○	○
7.4	Au cours des derniers 90 jours, avez-vous été admis ou été avisé de vous présenter à un hôpital ou à tout autre établissement de santé (pour une raison autre qu'une grossesse ou un accouchement) ?	○	○
7.5	Au cours des 2 dernières années, avez-vous : a) Été traité ou avez-vous présenté des symptômes d'une maladie ou d'un trouble du cou, du dos ou de la colonne vertébrale ?	○	○
	b) Été traité ou avez-vous consulté pour anxiété, stress, épuisement professionnel, dépression, fatigue chronique ou un trouble émotif, comportemental, mental ou nerveux ?	○	○
	c) Été absent du travail pendant plus de 15 jours consécutifs en raison d'une blessure ou d'une maladie ?	○	○
7.6	Êtes-vous incapable d'effectuer toute tâche de votre emploi actuel en raison d'une blessure ou d'une maladie ?	○	○

8 PAIEMENT

8.1 CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

○ Annuel ○ Semestriel ○ Débits préautorisés (DPA) ⚠ **Remplir la section 9.** ⚠ **Si les renseignements sur le compte bancaire ne sont pas fournis, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.**

8.2 CHOIX DU MODE DE PAIEMENT INITIAL

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

○ Carte de crédit ⚠ **Un représentant de La Capitale Services Financiers communiquera avec le preneur/assuré afin de conclure la transaction par carte de crédit.**

○ Chèque remis à la livraison de la police ⚠ **Si cette option est choisie, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.**

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

9 ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)

9.1 IDENTIFICATION DU PAYEUR DE LA PRIME

☐ Preneur/assuré ☐ Autre : ☐ M. ☐ Mme

Prénom (en caractères d'imprimerie) _____ Nom (en caractères d'imprimerie) _____

Adresse (nº, rue, appartement, ville, province) _____ Code postal _____

Téléphone _____ Date de naissance : Année Mois Jour

☐ Entreprise : _____ Téléphone _____

Nom de l'entreprise

Adresse (nº, rue, unité, ville, province) _____ Code postal _____

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

⑈243⑈ ⑆00005⑈123⑆ 12345⑈123456⑈

Numéro de succursale — Numéro de l'institution — Numéro du compte

Numéro de succursale _____ Numéro de l'institution _____ Numéro du compte _____

9.3 TYPE DE DPA : ☐ Personnel ☐ Entreprise

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

9.5 RENONCIATION : **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. Je comprends qu'un facteur modal de .090 s'applique aux paiements mensuels.**

9.6 ANNULATION : 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.

9.7 RECOURS ET REMBOURSEMENT : 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.

9.8 AUTORISATION : 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 ci-dessus identifié 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

✗ _____

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

F001 (2021-08)

Proposition nº : 11665271

La Capitale

10 AUTORISATION DE DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS AU CONSEILLER OU À L'AGENT GÉNÉRAL

Le preneur/assuré autorise l'Assureur à divulguer au conseiller ou à l'agent général les renseignements personnels recueillis sur la proposition ou au cours du processus d'évaluation du risque et qui pourraient avoir une incidence sur la prime ou l'émission du contrat. Ces renseignements sont notamment les résultats de tests médicaux ou de tests de laboratoire, les antécédents médicaux, criminels, de travail, de consommation d'alcool ou d'usage de drogues, les renseignements financiers ou tout autre élément considéré lors de l'évaluation de la proposition.

L'Assureur peut choisir de ne pas divulguer de renseignements au conseiller ou à l'agent général même si cette autorisation est signée.

Cette autorisation demeurera en vigueur 45 jours après l'émission du contrat ou l'envoi d'un avis de refus d'établir le contrat demandé. Cette autorisation peut être annulée en tout temps par l'envoi d'un avis écrit à l'Assureur.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

PRENEUR/ASSURÉ

_____
Nom et prénom en lettres moulées

SIGNATURE DU PRENEUR/ASSURÉ

X _____
Signature du preneur/assuré

11 DÉCLARATIONS ET SIGNATURES DE LA PROPOSITION

Le preneur/assuré déclare que toutes les réponses et explications données dans cette proposition et, le cas échéant, dans tout autre formulaire s'y rapportant incluant toute entrevue téléphonique ou en personne, sont complètes et véridiques, sachant que l'Assureur se base sur celles-ci pour établir le contrat.

Sous réserve des conditions générales du contrat et des conditions du certificat conditionnel de protection provisoire, s'il a été émis, le preneur/assuré convient que l'assurance prendra effet globalement à la date d'acceptation de la proposition par l'Assureur pourvu que cette dernière ait été acceptée sans modification, que le premier paiement ait été effectué et qu'aucun changement ne soit survenu dans le caractère assurable du risque du preneur/assuré depuis la signature de la proposition.

Le preneur/assuré reconnaît avoir pris connaissance et avoir reçu une copie de l'exposé d'assurance contenant des renseignements sur la garantie demandée dont, entre autres, les éléments garantis et non garantis et les restrictions, réductions et exclusions applicables, le cas échéant. Le preneur/assuré reconnaît que son conseiller lui a fourni des explications satisfaisantes.

Si le certificat conditionnel de protection provisoire a été émis, le preneur/assuré reconnaît l'avoir lu et compris.

Le preneur et la personne à assurer reconnaissent avoir reçu et lu le Préavis du MIB, Inc., l'Avis concernant l'enquête, l'examen médical et les tests, l'entrevue téléphonique ou en personne et l'Avis concernant la protection des renseignements personnels.

La personne à assurer autorise l'Assureur et ses réassureurs aux fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conformité réglementaire et contractuelle, d'offre de produits d'assurance et de services financiers et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations à obtenir et utiliser toute information détenue par toute agence d'évaluation de crédit aux fins susmentionnées. Cette autorisation vaut pour la période nécessaire à l'atteinte des fins auxquelles elle a été demandée.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU PRENEUR/ASSURÉ

X _____
Signature du preneur/assuré

SIGNATURE DU CONSEILLER

X _____
Signature du conseiller

Nº de contrat : Ne rien inscrire ici

12 AUTORISATION

1. Aux fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conformité réglementaire et contractuelle, d'offre de produits d'assurance et de services financiers et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations, 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 agence d'évaluation de crédit, 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.
2. Aux mêmes fins, j'autorise l'Assureur ou ses réassureurs 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.
3. La présente autorisation vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.
4. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU PRENEUR/ASSURÉ

X _____
Signature du preneur/assuré

SIGNATURE DU CONSEILLER

X _____
Signature du conseiller

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

La Capitale
Sécurité financière

7150, Derrycrest Drive
Mississauga (Ontario) L5W 0E5

Proposition nº: 11665271

F001 (2021-08)

8 de 12

Proposition nº: 11665271

La Capitale

13 CERTIFICAT CONDITIONNEL DE PROTECTION PROVISOIRE

À remettre au preneur/assuré

Le certificat conditionnel de protection provisoire (le certificat) garantit une protection d'assurance limitée pendant que la proposition d'assurance identifiée par le numéro au bas de cette page est à l'étude par l'Assureur. Le fait d'être couvert par le certificat ne garantit pas que la proposition sera acceptée.

Prise d'effet du certificat

Pour que le certificat prenne effet, les conditions suivantes doivent être respectées :

- pour l'**avenant d'invalidité en cas de maladie,** le preneur/assuré doit avoir répondu « non » aux questions liées au certificat conditionnel de protection provisoire ;
- les réponses et explications données dans cette proposition, dans tout formulaire et entrevue doivent être complètes et exactes ;
- le premier paiement annuel ou semestriel a été effectué ou l'Accord de débits préautorisés (DPA) a été dûment rempli et signé ; et
- le preneur/assuré ne doit pas avoir demandé que la date de prise d'effet du contrat soit à une date spécifique ultérieure.

Sous réserve du respect des conditions énumérées ci-dessus, le certificat prend effet **à la plus éloignée des dates suivantes** :

- la date de signature de la proposition dûment remplie ;
- la date à laquelle le tout dernier test ou examen ou entrevue téléphonique ou déclaration ou formulaire nécessaire à l'étude de la proposition a été complété ou rempli.

Fin du certificat

L'assurance provisoire que procure ce certificat prend fin **au plus rapproché des événements suivants** :

- la date de prise d'effet du contrat demandé ;
- la date de l'envoi par l'Assureur au conseiller d'une contre-proposition ;
- la date de l'envoi par l'Assureur au preneur/assuré d'un avis de refus d'établir le contrat demandé ;
- la date de l'envoi par l'Assureur au conseiller ou au preneur/assuré d'un avis de sa décision de mettre fin à ce certificat ;
- la date à laquelle le preneur/assuré demande l'annulation de la proposition ;
- le 60e jour suivant la date de prise d'effet du certificat.

Conditions et exclusions

Le certificat ne s'applique pas aux garanties et avenants suivants : Soins hospitaliers, Automobiliste prudent, Hospitalisation en cas d'accident, Hospitalisation en cas de maladie, Décès accidentel et mutilation, Fracture accidentelle ni à l'Option d'assurabilité future.

Si le preneur/assuré devient en état d'invalidité totale pendant que le certificat est en vigueur, l'Assureur procède à l'étude du dossier en se basant sur ses critères de sélection habituels sans toutefois tenir compte de tout changement dans le caractère assurable du risque du preneur/assuré survenu après la prise d'effet du certificat. Ainsi, dans le cas où, à la date de prise d'effet du certificat, l'Assureur aurait émis une garantie couverte par le présent certificat sans aucune restriction, exclusion ou modification, cette garantie est émise conformément à la proposition.

Si aux termes du certificat, une garantie couverte par le présent certificat est émise, celle-ci comportera les mêmes conditions et exclusions que la garantie demandée, dont le délai de carence, sous réserve des conditions et exclusions du certificat, ces dernières ayant priorité.

Si le preneur/assuré ne devient pas en état d'invalidité totale pendant que le certificat est en vigueur, tout changement dans le caractère assurable du risque du preneur/assuré survenu après la date de signature de la proposition, sera pris en considération pour déterminer si une garantie couverte par le présent certificat est émise et, le cas échéant, à quelles conditions.

Aucune prestation ne sera payable en vertu du certificat si le preneur/assuré est âgé de moins de 18 ans ou de plus de 59 ans à la date de la signature de la proposition.

Aucune prestation ne sera payable en vertu du certificat en cas de fausse déclaration, d'omission, de réticence ou de fraude dans la proposition ou dans tout autre document qui en fait partie.

La prestation mensuelle d'invalidité totale payable en vertu du certificat ou de tout autre certificat en vigueur chez l'Assureur correspond au moindre des montants suivants :

- le montant de prestation mensuelle demandé MOINS toute portion du montant de prestation mensuelle demandé provenant d'un remplacement de contrats en vigueur chez l'Assureur ;
- 2 000 $ par mois.

Aucun conseiller ne peut modifier les conditions de ce certificat.

En cas de réclamation, l'Assureur validera l'admissibilité du preneur/assuré.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU CONSEILLER

X _____

Signature du conseiller

F001 (2021-08)

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

14 PRÉAVIS ET AVIS

À remettre au preneur/assuré

14.1 – Préavis du MIB, Inc.

Certains renseignements doivent être recueillis quand un assureur reçoit une proposition d'assurance et ces renseignements doivent être aussi complets que possible. Les renseignements recueillis peuvent être de nature médicale, personnelle ou peuvent porter sur votre solvabilité.

Afin de permettre une sélection des risques plus équitable pour chacun de leurs assurés, la plupart des compagnies d'assurance, y compris La Capitale transigent avec un organisme appelé «MIB, Inc. (MIB)».

Les renseignements concernant votre assurabilité seront traités confidentiellement. Cependant, La Capitale ou ses réassureurs peuvent adresser un bref rapport à ce sujet au MIB, Inc. (MIB), un organisme sans but lucratif coordonnant l'échange de renseignements entre les compagnies d'assurance qui en sont membres. Lorsque vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement à une autre compagnie membre du MIB, celui-ci transmet à cette dernière, sur demande, les renseignements contenus dans votre dossier.

Si vous en faites la demande, le MIB vous transmettra les renseignements contenus dans votre dossier. Vous pouvez communiquer avec le MIB par courriel au Canadadisclosure@mib.com ou en composant le 866 692-6901. Si vous contestez l'exactitude des renseignements consignés dans le dossier du MIB, vous pouvez contacter le MIB et demander une correction conformément aux procédures énoncées dans la loi fédérale Fair Credit Reporting Act. L'adresse du bureau d'information du MIB est le 50, Braintree Hill Park, bureau 400, Braintree, MA, 02184-8734, États-Unis. Vos renseignements pourraient être transmis et hébergés à l'extérieur du Canada et être régis par les lois applicables à des pays ou États étrangers.

La Capitale, ou ses réassureurs, peuvent également transmettre les renseignements de votre dossier à toute autre compagnie d'assurance à laquelle vous présentez une proposition d'assurance vie ou d'assurance maladie ou une demande de règlement. Les consommateurs peuvent obtenir des renseignements sur le MIB en consultant son site internet à l'adresse www.mib.com.

14.2 – Avis concernant l'enquête, l'examen médical et tests, l'entrevue téléphonique ou en personne

Pour procéder à l'étude de votre demande d'assurance, il est possible que l'Assureur désire obtenir des renseignements additionnels.

Enquête : Un représentant d'une compagnie d'enquête peut vous contacter afin d'obtenir des renseignements d'ordre personnel et financier.

Examen médical et tests : Un médecin ou le personnel infirmier d'un organisme paramédical peut vous faire subir un examen médical, un électrocardiogramme, une radiographie pulmonaire ou tout autre test de diagnostic. Des échantillons de sang, d'urine ou de salive peuvent être prélevés. Des analyses pourront être effectuées en vue de déceler la présence des anticorps anti-VIH également appelé le virus du SIDA, de déterminer le dosage du cholestérol ainsi que pour le dépistage de troubles hépatiques ou rénaux, de diabète, de nicotine, de drogues et de médicaments.

Avant d'effectuer un prélèvement, votre consentement écrit sera exigé.

Nous comptons sur votre collaboration pour que les rendez-vous soient pris rapidement, s'il y a lieu.

Entrevue téléphonique ou en personne : Une entrevue téléphonique ou en personne pourrait être nécessaire pour compléter votre demande d'assurance. Un évaluateur collaborant avec La Capitale communiquera alors avec vous afin de fixer un rendez-vous pour effectuer, selon les renseignements recueillis dans la proposition d'assurance, une entrevue téléphonique ou en personne. Cette entrevue devrait durer entre 20 et 30 minutes et vous devrez répondre à des questions ayant trait à vos antécédents médicaux (coordonnées complètes des médecins consultés au cours des 5 dernières années, liste des médicaments que vous prenez, votre taille et votre poids, etc.), à vos loisirs et à votre mode de vie. Il est donc important d'avoir en main tous les renseignements concernant ces questions. Une fois l'entrevue terminée, l'évaluateur ne sera pas en mesure de vous dire si vous êtes admissible ou non. Les renseignements obtenus seront ajoutés à ceux inclus dans la proposition ainsi qu'à ceux obtenus de votre médecin, le cas échéant.

14.3 – Avis concernant la protection des renseignements personnels

La protection de vos renseignements personnels est une priorité pour La Capitale. Vos renseignements personnels sont protégés par des standards de sécurité élevés, et ce, en conformité avec les lois et règlements applicables en matière de protection des renseignements personnels.

Consentement à la collecte, à la communication, à l'utilisation et à la conservation de vos renseignements personnels

La Capitale recueille, communique, utilise et conserve vos renseignements personnels tel qu'à des fins de tarification, de sélection des risques, d'étude, de recherche et de développement, de conformité réglementaire et contractuelle, d'offre de produits d'assurance et de services financiers et de prévention et de détection de la fraude, d'erreurs et de fausses représentations, et ce, pour la durée nécessaire à la réalisation de ces fins.

La Capitale, ses sociétés affiliées et leurs réseaux de distribution accèdent, communiquent entre eux, utilisent et conservent vos renseignements personnels aux mêmes fins qu'énumérées précédemment. En conséquence, leurs employés, mandataires et fournisseurs de services pourront avoir accès à vos renseignements personnels, si leurs fonctions ou un contrat le requièrent.

Objet du dossier, lieu de détention et accès à vos renseignements personnels

La Capitale recueille, communique, utilise et conserve vos renseignements personnels dans le but de gérer votre dossier de services financiers, d'assurances, d'épargne, de rentes, de crédit ou d'autres services complémentaires.

Vos renseignements personnels sont conservés aux bureaux de La Capitale. Ceux-ci pourraient être transférés et utilisés de façon sécurisée à l'extérieur du Canada et être régis par les lois applicables dans ces pays.

Si vous désirez avoir accès à votre dossier ou en demander la rectification, vous devez en faire la demande écrite à l'adresse ci-dessous.

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

15 COMMANDE DE L'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE OU DES EXIGENCES MÉDICALES

15.1 COMMANDE DE L'ENTREVUE TÉLÉPHONIQUE

Indiquer le moment de la journée où il est facile de joindre le preneur/assuré.

	1ER CHOIX	2E CHOIX
Jour de la semaine :		
Moment de la journée :	☐ avant-midi ☐ après-midi ☐ soir	☐ avant-midi ☐ après-midi ☐ soir
	Téléphone (poste)	Téléphone (poste)

☐ **Entrevue téléphonique à commander par l'Assureur**

☐ **Entrevue téléphonique commandée à Dynacare par le conseiller** Pour commander une entrevue téléphonique à Dynacare, composer le 1 800 361-3771.

Date de la commande : Année Mois Jour Nº de confirmation de la commande : _____

15.2 COMMANDE DES EXIGENCES MÉDICALES

☐ Urine HIV ☐ Profil sanguin ☐ Signes vitaux

☐ **Exigences médicales à commander par l'Assureur**

☐ **Exigences médicales commandées par le conseiller**

Date de la commande : Année Mois Jour Nº de confirmation de la commande : _____

Exigences médicales commandées à : ☐ ExamOne ☐ Dynacare

☐ **Exigences médicales commandées par un autre assureur** – Préciser lequel : _____

16 RAPPORT DU CONSEILLER

Si aucune exigence requise à la livraison : ☐ **POSTER LA POLICE AU TITULAIRE** ☐ **POSTER LA POLICE AU BUREAU RÉGIONAL**

16.1 Qui a amorcé le processus de la présente proposition ? ☐ Conseiller ☐ Preneur/assuré ☐ Connaissance ☐ Autre conseiller ☐ Autre : _____

16.2 Le preneur/assuré parle-t-il ou lit-il la langue dans laquelle la présente proposition est rédigée ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, qui a expliqué le contenu de la proposition au preneur/assuré ? _____

Selon vous, a-t-il compris les explications données ? ☐ Oui ☐ Non Fourn#ir des précisions, le cas échéant : _____

16.3 Avez-vous rempli la présente proposition en présence du preneur/assuré ? ☐ Oui ☐ Non

Si non, préciser : _____

16.4 Êtes-vous au courant de tout renseignement non donné dans la présente proposition qui pourrait influencer l'évaluation du risque du preneur/assuré ? ☐ Oui ☐ Non **Si oui**, préciser : _____

16.5 Depuis quand connaissez-vous le preneur/assuré ? _____

16.6 Quel est le lien entre vous et le preneur/assuré ? _____

16.7 Avez-vous établi et remis au preneur/assuré le certificat conditionnel de protection provisoire ? ☐ Oui ☐ Non

16.8 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

16.9 STRUCTURE DE COMMISSION

Ne s'applique pas si l'agent général a choisi une structure de commission spécifique.

☐ Nivelée ☐ Majorée

Suite à la page suivante > > >

16 RAPPORT DU CONSEILLER (suite)

16.10 PARTAGE DE COMMISSION

Y a-t-il un partage de commission ? ☐ Oui ☐ Non **Si oui**, fournir les renseignements concernant le partage de commission.

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

16.11 INDICATIONS SPÉCIFIQUES

16.12 DÉCLARATIONS DU CONSEILLER

Je déclare que les renseignements fournis dans la présente section sont exacts.

Je déclare que les garanties et avenants paraissant dans l'Exposé joint à la présente proposition sont ceux choisis par le preneur/assuré. Je déclare également avoir fourni toutes les explications nécessaires au preneur/assuré à cet égard.

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

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20_____.

SIGNATURE DU CONSEILLER

X _____

Signature du conseiller

DIRECTIVES À L'INTENTION DU CONSEILLER

- Toutes les signatures appropriées doivent être apposées.
- Toute correction ou tout changement apporté à la proposition doit être paraphé par le preneur/assuré.
- Remettre les avis et préavis (section 14) au preneur/assuré.
- Toutes les pages de la proposition doivent être retournées à l'exception des pages qui doivent être remises au preneur/assuré.

DOCUMENTS À JOINDRE À LA PROPOSITION SELON LA SITUATION

En tout temps	☐ Exposé
Remplacement	☐ Préavis de remplacement ☐ Demande d'annulation de l'assurance existante
Mode de paiement par DPA	☐ Accord de débits préautorisés (DPA) (section 9) ☐ Spécimen de chèque ou coordonnées bancaires. ⚠ **Si les renseignements sur le compte bancaire ne sont pas fournis, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.**
Mode de paiement annuel ou semestriel	☐ Chèque à l'ordre de La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance. ⚠ **Si le chèque est remis à la livraison de la police, le certificat conditionnel de protection provisoire ne s'applique pas.**

F001 (2021-08)

Proposition nº: 11665271

La Capitale