Automobiliste prudent
Proposition d'assurance

La Capitale

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	Sexe	Nom	Prénom
☐ Français ☐ Anglais	☐ Masculin ☐ Féminin		

Nom à la naissance (si différent)	Âge[1]	Date de naissance[1] Année / Mois / Jour

Adresse (nº, rue, appartement)

Ville	Province	Code postal	Téléphone résidence

☐ Téléphone cellulaire	☐ Téléphone travail	(poste)	Adresse courriel

Profession	Taille	Poids
	_____ cm / _____ pi _____ po	_____ kg / _____ lb

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

2 VÉRIFICATION DE L'IDENTITÉ DU PRENEUR/ASSURÉ

Pièce d'identité (document original seulement) : ☐ Passeport ☐ Permis de conduire ☐ Carte d'assurance maladie (sauf Ont., Man., Î.-P.-É.) ☐ 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 3 dernières années, avez-vous été reconnu coupable de conduite avec les facultés affaiblies ou avez-vous été accusé de conduite imprudente ou dangereuse ?	☐ Oui ☐ Non
2. Dans le cadre de votre profession, conduisez-vous une ambulance, un autobus urbain, un taxi ou un service de transport comme par exemple, mais sans s'y limiter, Uber, Lyft, une limousine ou une dépanneuse ? Êtes-vous ambulancier paramédical, pompier ou policier ?	☐ Oui ☐ Non
3. Êtes-vous actuellement invalide ou recevez-vous des prestations d'invalidité ?	☐ Oui ☐ Non
4. Participez-vous à des compétitions, courses ou concours de vitesse ?	☐ Oui ☐ Non
5. Êtes-vous présentement assuré avec la protection Automobiliste prudent ou avez-vous des demandes d'assurance Automobiliste prudent en attente ?	☐ Oui ☐ Non

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

4 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 Jour Mois Année	Lien avec le preneur/ assuré	Cochez une case Révocable	Irrévocable	Quote-part % Total : 100 %
				☐	☐	
				☐	☐	

5 TABLEAU DES PRIMES (incluant les frais de police) ET CHOIX DES GARANTIES

AUTOMOBILISTE PRUDENT						
	Garanties				Prime	
Nombre d'unités	Invalidité totale (prestation mensuelle)	Hospitalisation (prestation par jour)	Décès accidentel	Prestation d'invalidité totale permanente	Annuelle	Mensuelle
1	200 $	50 $	2 500 $	20 000 $	72,06 $	6,49 $
2	400 $	100 $	5 000 $	40 000 $	114,12 $	10,27 $
3	600 $	150 $	7 500 $	60 000 $	156,18 $	14,06 $
4	800 $	200 $	10 00 $	80 000 $	198,24 $	17,84 $
5	1 000 $	250 $	12 500 $	100 000 $	240,30 $	21,63 $
6	1 200 $	300 $	15 000 $	120 000 $	282,36 $	25,41 $
7	1 400 $	350 $	17 500 $	140 000 $	324,42 $	29,20 $
8	1 600 $	400 $	20 000 $	160 000 $	366,48 $	32,98 $

AVENANT TOUT ACCIDENT[2]		
Prestation mensuelle	Prime annuelle	Prime mensuelle
100 $	62,07 $	5,59 $
200 $	104,14 $	9,37 $
300 $	146,21 $	13,16 $
400 $	188,28 $	16,95 $
500 $	230,35 $	20,73 $
600 $	272,42 $	24,52 $
700 $	314,49 $	28,30 $
800 $	356,56 $	32,09 $
900 $	398,63 $	35,88 $
1 000 $	440,70 $	39,66 $
1 100 $	482,77 $	43,45 $
1 200 $	524,84 $	47,24 $
1 300 $	566,91 $	51,02 $
1 400 $	608,98 $	54,81 $
1 500 $	651,05 $	58,59 $
1 600 $	693,12 $	62,38 $
1 700 $	735,19 $	66,17 $
1 800 $	777,26 $	69,95 $
1 900 $	819,33 $	73,74 $
2 000 $	861,40 $	77,53 $

CHOIX DES GARANTIES

Protection	Montant de la prestation mensuelle		Prime annuelle	OU	Prime mensuelle
◯ Automobiliste prudent	$		$		$
◯ Avenant tout accident (Remplir obligatoirement les sections 6 et 7)	$	+	$	+	$
			Prime annuelle totale		Prime mensuelle totale
		=	$	=	$

2. Si le preneur/assuré est un retraité, un étudiant ou une personne au foyer, la prestation mensuelle maximum est de 600 $.

IMPORTANT : LES SECTIONS 6, 7 ET 8 CONCERNENT UNIQUEMENT L'AVENANT TOUT ACCIDENT

6 RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI ET AU REVENU

6.1 Le preneur/assuré est-il un retraité, un étudiant ou une personne au foyer ?

◯ Oui **SI OUI**, passez directement à la section 7 (renseignements non médicaux)

◯ Non **SI NON**, complétez la section 6.2 avant de passer à la section 7 (renseignements non médicaux)

LE PRENEUR/ASSURÉ DOIT OCCUPER UNE PROFESSION ASSURABLE SELON LES CRITÈRES DE LA CAPITALE

6.2

EMPLOYÉ SALARIÉ

Profession : _____

Fonctions : _____

Nom de l'employeur : _____

Adresse de l'employeur : _____

_____

Nombre d'années chez l'employeur actuel : _____

Nombre d'heures travaillées par semaine : _____

Nombre de mois travaillés par année : _____

Revenu annuel brut gagné : _____ $

TRAVAILLEUR AUTONOME ET PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE

Profession : _____

Fonctions : _____

Nom de l'entreprise : _____

Adresse de l'entreprise : _____

_____

Nombre d'années dans l'entreprise : _____

Nombre d'années d'expérience connexe : _____

Nombre d'heures travaillées par semaine : _____

Si moins de 30 heures travaillées par semaine, explications :

_____

_____

Nombre de mois travaillés par année : _____

Revenu annuel net gagné : _____ $

7 RENSEIGNEMENTS NON MÉDICAUX

Si la réponse est « Oui » à une des questions (excepté aux questions 1 et 6), remplir la section appropriée du questionnaire complémentaire disponible dans le logiciel d'illustration ou sur lacapitale.com.

		Oui	Non
Boissons alcooliques	1. Consommez-vous des boissons alcooliques ?	☐	☐
	Si oui, indiquez la quantité hebdomadaire actuelle (nombre de verres de bière, vin et/ou spiritueux). _____		
	2. Votre consommation d'alcool a-t-elle changé au cours des 5 dernières années ?	☐	☐
	3. Avez-vous déjà reçu un traitement ou avez-vous consulté pour alcoolisme, abus d'alcool ou avez-vous été avisé par un médecin de réduire votre consommation d'alcool ?	☐	☐
Conduite automobile	Au cours des 3 dernières années :		
	4. Votre permis de conduire a-t-il été suspendu ou révoqué ?	☐	☐
	5. Avez-vous été reconnu coupable de 3 infractions ou plus au Code de la sécurité routière ?	☐	☐
Dossier criminel	6. Avez-vous déjà été accusé ou reconnu coupable d'une infraction criminelle quelconque ou attendez-vous le résultat de procédures en raison d'une infraction criminelle ?	☐	☐
	Si oui, précisez, pour chacune des infractions, la nature, la date, la sentence et la probation. _____		
Faillite	7. Avez-vous déclaré faillite au cours des 5 dernières années ?	☐	☐
	Si oui, indiquez la date de libération de la faillite : _____		
Sports hasardeux	8. Avez-vous l'intention de faire ou avez-vous fait au cours des 5 dernières années de l'alpinisme, des courses de véhicules motorisés, du deltaplane, du parachutisme, de la plongée sous-marine, ou toute autre activité ou sport hasardeux ?	☐	☐
Usage de drogues	9. Faites-vous ou avez-vous déjà fait usage de drogues ?	☐	☐

8 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

		Oui	Non
Renseignements médicaux	1. Prenez-vous des médicaments ?	☐	☐
Cocher OUI ou NON. Fournir des précisions pour chaque réponse affirmative à la section « Explications » ci-dessous.	2. Au cours des 5 dernières années, avez-vous été hospitalisé ?	☐	☐
	3. Au cours des 5 dernières années, deviez-vous subir un examen ou une chirurgie qui n'ont pas été faits ou qui ont été faits, mais dont les résultats n'ont pas été reçus ?	☐	☐
	4. Au cours des 5 dernières années, avez-vous reçu des prestations d'invalidité (peu importe la provenance) ?	☐	☐

Explications

À remplir pour chacune des réponses affirmatives de la section précédente. Au besoin, utiliser une feuille supplémentaire datée, signée par la personne à assurer.

Question nº	Diagnostic, date du diagnostique, dates des consultations, raisons, résultats, médications ou traitements, hospitalisations, chirurgies, noms et adresses des médecins ou hôpitaux consultés, état actuel ou tout autre renseignement.
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Taille et poids

Taille : _____ ☐ cm ☐ pi/po Poids : _____ ☐ kg ☐ lb

Autrement qu'en raison d'un accouchement, votre poids a-t-il diminué de 4,5 kg (10 lb) ou plus au cours des 12 derniers mois ?
☐ **Oui** ☐ **Non**

Si oui, est-ce une perte de poids volontaire ? ☐ **Oui** ☐ **Non**

Si non, fournir les détails : _____

De combien est la perte de poids ? _____ ☐ kg ☐ lb

8 RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (SUITE)

Médecin personnel

Nom du médecin

Adresse

Téléphone travail (poste)

Dernier médecin consulté, si différent

Date de la dernière consultation : Année Mois Jour

Motif

Résultats (consultations ou traitements recommandés)

9 PAIEMENT

9.1 CHOIX DU MODE DE PAIEMENT

◯ Annuel ◯ Débits préautorisés (DPA) ⚠ **Remplir la section 10.**

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

10 ACCORD DE DÉBITS PRÉAUTORISÉS (DPA)

IDENTIFICATION DU PAYEUR DE LA PRIME

◯ Preneur/assuré ◯ Autre : ◯ M. ◯ Mme

Prénom Nom

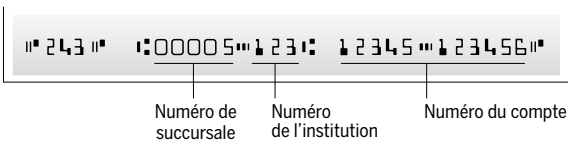
Adresse (nº, rue, appartement, ville, province) Code postal

Téléphone Date de naissance : Année Jour Mois

◯ Entreprise : Nom de l'entreprise Téléphone

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

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



Numéro de succursale Numéro de l'institution Numéro du compte

TYPE DE DPA : ◯ Personnel ◯ Entreprise

DATE DU 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.

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. Cet accord peut être annulé à la 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.

✕ Signature du payeur de la prime 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

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, LLC., toute institution financière, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout agent de renseignements 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, LLC. 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, LLC.

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 a 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 _____.

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

Ne s'applique pas si l'agent général a choisi une structure de commissions particulière.

◯ Nivelée ◯ Majorée

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 la protection Automobiliste prudent, entre autres les éléments garantis et non garantis ainsi que 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.