

Simplivie

Demande d'adhésion



N° de police	Ne rien inscrire
--------------	------------------

Note: Le contrat sera établi par La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc., ci-après « l'assureur ».

1 IDENTIFICATION

DU PRENEUR (VOUS)

<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Nom et prénom à la naissance	Date de naissance Année Mois Jour		
Adresse (numéro et rue)		Numéro d'assurance sociale		
Ville		Code postal	Téléphone	
Profession (obligatoire)	Employeur (actuel ou passé)	Adresse de l'employeur		

DE VOTRE CONJOINT (SI VOUS DÉSIREZ L'ASSURER)

<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Nom et prénom à la naissance	Date de naissance Année Mois Jour			Numéro d'assurance sociale
Profession (obligatoire)	Employeur (actuel ou passé)	Adresse de l'employeur			

DE VOS ENFANTS (SI VOUS DÉSIREZ LES ASSURER)

Enfant 1	Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance Année Mois Jour		
Enfant 2	Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance Année Mois Jour		
Enfant 3	Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance Année Mois Jour		
Enfant 4	Nom et prénom	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Date de naissance Année Mois Jour		

2 CHOISISSEZ VOTRE PROTECTION D'ASSURANCE

Cochez le montant désiré pour vous et, le cas échéant, pour votre conjoint selon votre âge respectif et le nombre d'unités désirées.

Âge	CAPITAL ASSURÉ				PRIME MENSUELLE FIXE ET GARANTIE			
	Vous	Votre conjoint	Nbre d'unités	Capital initial*	FEMME		HOMME	
					Non fumeuse	Fumeuse	Non fumeur	Fumeur
18-39	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	50 000 \$	7,80 \$	11,05 \$	9,75 \$	14,95 \$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	100 000 \$	11,05 \$	17,55 \$	14,95 \$	24,70 \$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	150 000 \$	15,60 \$	23,40 \$	18,85 \$	33,80 \$
40-44	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	40 000 \$	7,80 \$	11,05 \$	9,75 \$	14,95 \$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	80 000 \$	11,05 \$	17,55 \$	14,95 \$	24,70 \$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	120 000 \$	15,60 \$	23,40 \$	18,85 \$	33,80 \$
45-49	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	30 000 \$	7,80 \$	11,05 \$	9,75 \$	14,95 \$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2	60 000 \$	11,05 \$	17,55 \$	14,95 \$	24,70 \$
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3	90 000 \$	15,60 \$	23,40 \$	18,85 \$	33,80 \$

Pour un capital assuré plus élevé, informez-vous auprès de nos conseillers au 1 866 612-3473.

* Le capital est décroissant à partir de 40 ans et la protection prend fin à 70 ans. Pour plus de détails, consultez le dépliant.

Cochez le montant désiré pour vos enfants**.

Le capital assuré doit être le même pour tous les enfants.

Capital assuré	<input type="checkbox"/> 10 000 \$	<input type="checkbox"/> 20 000 \$	<input type="checkbox"/> 30 000 \$	<input type="checkbox"/> 40 000 \$	<input type="checkbox"/> 50 000 \$
Prime mensuelle par enfant	2,60 \$	5,20 \$	7,80 \$	10,40 \$	13,00 \$

** Disponible seulement si l'un des parents souscrit l'assurance et si l'enfant est âgé de moins de 18 ans lors de l'adhésion. Le capital est fixe et la protection prend fin à 30 ans.

3 DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE EN CAS DE DÉCÈS

DE VOTRE ASSURANCE				DE L'ASSURANCE DE VOTRE CONJOINT			
Nom et prénom	Date de naissance Année Mois Jour			Nom et prénom	Date de naissance Année Mois Jour		
Lien avec le preneur	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable*			Lien avec le preneur	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable*		

MISE EN GARDE: Si vous vivez au Québec et si vous avez nommé la personne à laquelle vous êtes marié ou uni civilement, cette désignation est réputée irrévocable à moins que vous ayez indiqué que vous souhaitez 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 toute autre modification ou transaction. S'il est d'âge mineur, le consentement de son tuteur devra être obtenu en plus des autres formalités légales requises.

LE BÉNÉFICIAIRE DE LA PROTECTION DES ENFANTS EST LE PRENEUR.

Veuillez apposer vos initiales pour toute modification.

Suite au verso >>

4 ADMISSIBILITÉ

POUR VOUS ET VOTRE CONJOINT

Pour être admissible, vous n'avez pas à subir d'examen médical lors de l'adhésion. Vous devez être âgé de 18 à 49 ans inclusivement et être en mesure de répondre « non » aux questions ci-dessous. Si vous répondez « oui » à l'une de ces questions, vous ne pouvez pas adhérer à *Simplivie*. Appelez-nous alors au 1 866 612-3473 et l'un de nos conseillers se chargera de trouver le produit qui vous convient le mieux.

	VOUS		VOTRE CONJOINT	
1. Avez-vous déjà eu une proposition d'assurance vie différée, refusée ou acceptée avec surprime ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
2. Au cours des cinq dernières années, avez-vous été diagnostiqué, suivi, hospitalisé ou avez-vous suivi un traitement ou subi une chirurgie pour l'une ou l'autre des maladies suivantes : maladie cardiaque ou coronarienne (malformation cardiovasculaire, infarctus, angine, pontage, dilatation), insuffisance ou défaillance cardiaque, accident vasculaire cérébral, diabète, cirrhose, hépatite chronique, maladie de Crohn, colite ulcéreuse ou toute autre maladie chronique de l'intestin, insuffisance rénale, maladie pulmonaire obstructive chronique, emphysème, cancer, leucémie, tumeur maligne, sclérose en plaques, dystrophie musculaire ou toute autre maladie musculaire ou neurologique, transplantation d'organe, alcoolisme ou dépendance à la drogue ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
3. Avez-vous déjà été informé du résultat d'un test confirmant la présence d'une maladie ou d'un désordre immunologique, du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou êtes-vous atteint du syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA) ou de toute autre affection liée au SIDA ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
4. Avez-vous consulté un médecin, passé des tests ou prévoyez-vous consulter un médecin ou passer des tests pour des symptômes susceptibles de concerner une des maladies mentionnées ci-dessus (questions 2 et 3) et pour lesquels vous n'avez pas encore reçu le diagnostic ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
5. Au cours des deux dernières années, vous a-t-on suspendu ou retiré votre permis de conduire (sauf pour contraventions impayées) ou avez-vous pratiqué un sport dangereux (tel que la plongée sous-marine, le parachutisme, l'aviation, etc.) ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui
STATUT FUMEUR OU NON FUMEUR Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit ?	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui

POUR VOS ENFANTS

Aucun examen médical n'est exigé pour les enfants lors de l'adhésion. Ceux-ci doivent être âgés de 0 à 17 ans inclusivement et vous devez être en mesure de répondre « non » aux questions ci-dessous. Si vous répondez « oui » à l'une de ces questions, l'enfant ne peut pas adhérer à l'assurance. Appelez-nous alors au 1 866 612-3473 et l'un de nos conseillers se chargera de trouver le produit qui lui convient le mieux.

	ENFANT 1	ENFANT 2	ENFANT 3	ENFANT 4
1. Est-ce que l'enfant a déjà eu une proposition d'assurance vie différée, refusée ou acceptée avec surprime ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
2. Est-ce que l'enfant a déjà été suivi, traité ou hospitalisé pour :				
a) malformation cardiaque ou cérébrale, diabète, cancer, tumeur, leucémie ou troubles de reins ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
b) convulsions, épilepsie, trouble neurologique ou mental, syndrome de l'immunodéficience acquise (SIDA), affection liée au SIDA ou test positif pour le VIH ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui
c) alcoolisme ou dépendance à la drogue ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui

5 MODALITÉS DE PAIEMENT DES PRIMES

LA PRIME EST PAYABLE SELON L'UNE OU L'AUTRE DES MODALITÉS SUIVANTES :

- Débit préautorisé (DPA) (personnel)*** : Je, soussigné ou soussignée, autorise La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (La Capitale) ou son mandataire à porter au débit du compte bancaire figurant sur le chèque transmis en paiement de la première prime mensuelle les montants mensuels fixes requis pour le paiement des sommes dues à La Capitale.
- Vous recevrez un préavis d'au moins dix (10) jours avant la date prévue du premier DPA vous confirmant le montant et la date des DPA. Cet accord peut être annulé sur réception par La Capitale d'un préavis d'au moins trente (30) jours avant la date prévue du prochain DPA. De plus, 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 DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord. Pour obtenir un spécimen de formulaire d'annulation, ou pour de plus amples renseignements sur le droit d'annulation du présent accord ou sur vos droits de recours, communiquez avec La Capitale (téléphone : 418 528-2211 ou 1 800 463 4433, courriel : gfi@lacapitale.com) ou visitez cdpnipay.ca.

X

Signature du preneur

Année / Mois / Jour

IMPORTANT : Afin de nous permettre de procéder à la vérification de votre identité, veuillez nous retourner votre demande d'adhésion accompagnée d'un chèque en paiement de la première prime mensuelle.

- Sur une base annuelle** : Je joins un chèque du montant de la prime mensuelle totale multipliée par 12.
- Privilège paiement à la source*** : Je désire que les primes soient retenues sur mon salaire. J'autorise mon employeur à remettre les sommes retenues à La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc. (La Capitale) ou son mandataire. Il est entendu qu'en agissant ainsi, mon employeur n'assume aucune responsabilité envers qui que ce soit.

IMPORTANT : Cette modalité de paiement est offerte aux employés des secteurs public et parapublic québécois seulement.

Veuillez indiquer votre numéro d'employé :

X

Signature du payeur

Année / Mois / Jour

* 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.

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 Saint-Amable, 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.

6 DÉCLARATIONS

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 dès réception par l'assureur de la présente demande dûment remplie et que les primes applicables seront celles en vigueur à cette date. L'assurance restera gratuitement en vigueur jusqu'au paiement de la première prime. Celle-ci devra toutefois être payée dans un délai maximum de 30 jours, à compter de la date de réception de la demande, pour que l'assurance se poursuive au-delà de ce délai de 30 jours.
3. J'autorise l'assureur et ses réassureurs à recueillir les renseignements nécessaires à la tarification et à l'administration du dossier, ainsi qu'au règlement des prestations, auprès de toute personne physique ou morale, ou de tout organisme public ou parapublic détenant des renseignements personnels me concernant, notamment auprès des professionnels de la santé ou des établissements de santé, du Bureau de renseignements médicaux, des institutions financières, des compagnies d'assurance et de réassurance, des agents de renseignements personnels, des agences d'investissement ou de crédit, de mon employeur ou de mes employeurs antérieurs. J'autorise également l'assureur et ses réassureurs à transmettre à ces personnes ou organismes les renseignements personnels me concernant qui sont nécessaires à l'objet du dossier ou requis par la loi, ainsi qu'à demander un compte rendu d'enquête me concernant.
- La présente autorisation vaut également pour la cueillette, l'utilisation et la communication des renseignements personnels concernant mes enfants mineurs, dans la mesure où ils sont visés par cette demande. Une photocopie de cette autorisation a la même valeur que l'originale.
4. Je reconnais avoir pris connaissance des restrictions et exclusions de *Simplivie* mentionnées dans le dépliant.

X

Signature du preneur (vous)

Année / Mois / Jour

X

Signature de votre conjoint (si vous désirez l'assurer)

Année / Mois / Jour

POUR TOUT RENSEIGNEMENT SUR SIMPLIVIE

composez le numéro sans frais **1 866 612-3473** entre 8 h 30 et 17 h du lundi au vendredi ou écrivez-nous à simplivie@lacapitale.com. Une conseillère ou un conseiller en sécurité financière de La Capitale sera heureux de répondre à vos questions.

Faites-nous parvenir votre demande d'adhésion dûment remplie à l'adresse suivante :

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc., Réseau direct, C. P. 16040, succ. Terminus, Québec (Québec) G1K 9Z9