

Numéro de contrat

Dans le présent formulaire, « l'Assureur » désigne La Capitale sécurité financière, compagnie d'assurance.

**DIRECTIVES**

**Important : cocher les modifications demandées.**

<input type="checkbox"/> Changement de nom	Remplir les sections 1, 2 et 13.
<input type="checkbox"/> Changement du mode de paiement	Remplir les sections 1, 4, 5 (le cas échéant) et 13.
<input type="checkbox"/> Changement de bénéficiaire	Remplir les sections 1, 3, 12 (le cas échéant) et 13.
<input type="checkbox"/> Diminution du ou des montants de prestations mensuelles	Remplir les sections 1, 6 et 13.
<input type="checkbox"/> Augmentation du ou des délais de carence	Remplir les sections 1, 7 et 13.
<input type="checkbox"/> Diminution de la ou des périodes d'indemnisation	Remplir les sections 1, 8 et 13.
<input type="checkbox"/> Résiliation d'un ou de plusieurs avenants	Remplir les sections 1, 9, 12 (le cas échéant) et 13.
<input type="checkbox"/> Résiliation du contrat (inclut la police de base et tous les avenants qui y sont rattachés)	Remplir les sections 1, 9, 12 (le cas échéant) et 13. Pour une demande de résiliation d'un contrat incluant l'avenant de décès accidentel ou la protection Automobiliste prudent, remplir la section 12 seulement si la désignation de bénéficiaire est irrévocable.
<input type="checkbox"/> Révision d'une exclusion	Remplir les sections 1, 10 et 13, et joindre le formulaire « Déclarations d'assurabilité » approprié selon le type de garantie de la police.
<input type="checkbox"/> Révision de surprime	Remplir les sections 1, 10 et 13, et joindre le formulaire « Déclarations d'assurabilité » approprié selon le type de garantie de la police.
<input type="checkbox"/> Demande de tarif non-fumeur	Remplir les sections 1, 10 et 13, et joindre le formulaire « Déclarations d'assurabilité » approprié selon le type de garantie de la police. Pour demander un tarif non-fumeur, le preneur/assuré doit être en mesure de répondre Non à la section 10.
<input type="checkbox"/> Demande de prestation garantie	Remplir les sections 1, 11 et 13, et joindre les preuves de revenu des 2 dernières années.
Demande de remise en vigueur dans les 90 jours suivant la date d'échéance de la prime impayée	Ne pas remplir le présent formulaire, mais plutôt les formulaires « Remise en vigueur (IND137F) » et « Déclarations d'assurabilité » appropriés selon le type de garantie de la police. Acquitter les primes impayées ainsi que tout autre montant dû et impayé. Une police ne peut être remise en vigueur plus de 90 jours après la date d'échéance de la prime impayée. Le cas échéant, soumettre une nouvelle proposition.
Toute autre demande de modification de contrat	Soumettre une nouvelle proposition.

**1 IDENTIFICATION DU PRENEUR/ASSURÉ**

Nom du preneur/assuré

Prénom du preneur/assuré

Date de naissance:          
 Année Mois Jour Profession

Adresse (S'agit-il d'une nouvelle adresse?  Oui  Non)





## 7 AUGMENTATION DU OU DES DÉLAIS DE CARENCE

Les délais de carence en cas de maladie doivent toujours être supérieurs ou égaux au ou aux délais de carence en cas d'accident.

Est-ce que le preneur/assuré verse des cotisations à l'assurance emploi?  Oui  Non

<input type="checkbox"/> Police de base d'invalidité en cas d'accident	de	<input type="checkbox"/> 0 jour <input type="checkbox"/> 14 jours <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours	à	<input type="checkbox"/> 14 jours <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 120 jours	Non offert pour l'Assurance accident simplifiée Disponibles seulement si le preneur/assuré verse des cotisations à l'assurance emploi.
<input type="checkbox"/> Avenant d'invalidité en cas d'accident (couverture additionnelle) Cette modification n'est pas disponible si le preneur/assuré verse des cotisations à l'assurance emploi.	de	<input type="checkbox"/> 0 jour <input type="checkbox"/> 14 jours <input type="checkbox"/> 30 jours	à	<input type="checkbox"/> 14 jours <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours	Non offert pour l'Assurance accident simplifiée
<input type="checkbox"/> Avenant d'invalidité en cas de maladie	de	<input type="checkbox"/> 14 jours <input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours	à	<input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours <input type="checkbox"/> 120 jours	Disponibles seulement si le preneur/assuré verse des cotisations à l'assurance emploi.
<input type="checkbox"/> Avenant d'invalidité en cas de maladie (couverture additionnelle) Cette modification n'est pas disponible si le preneur/assuré verse des cotisations à l'assurance emploi.	de	<input type="checkbox"/> 14 jours <input type="checkbox"/> 30 jours	à	<input type="checkbox"/> 30 jours <input type="checkbox"/> 90 jours	

## 8 DIMINUTION DE LA OU DES PÉRIODES D'INDEMNISATION

Les périodes d'indemnisation en cas de maladie doivent toujours être inférieures ou égales à la ou aux périodes d'indemnisation en cas d'accident.

<input type="checkbox"/> Police de base d'invalidité en cas d'accident	de	<input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à l'âge de 65 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à l'âge de 70 ans	à	<input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans
<input type="checkbox"/> Avenant d'invalidité en cas d'accident (couverture additionnelle)	de	<input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à l'âge de 65 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à l'âge de 70 ans	à	<input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans
<input type="checkbox"/> Avenant d'invalidité en cas de maladie	de	<input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à l'âge de 65 ans	à	<input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans
<input type="checkbox"/> Avenant d'invalidité en cas de maladie (couverture additionnelle)	de	<input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à l'âge de 65 ans	à	<input type="checkbox"/> 2 ans <input type="checkbox"/> 5 ans

**9 RÉSILIATION DU CONTRAT OU DE UN OU PLUSIEURS AVENANTS**

<input type="checkbox"/> Avenant d'invalidité en cas d'accident (couverture additionnelle)	
<input type="checkbox"/> Avenant d'invalidité en cas de maladie	
<input type="checkbox"/> Avenant d'invalidité en cas de maladie (couverture additionnelle)	
<input type="checkbox"/> Avenant tout accident (protection Automobiliste prudent)	
<input type="checkbox"/> Décès accidentel ou mutilation	Si la désignation de bénéficiaire est irrévocable, remplir la section 12.
<input type="checkbox"/> Fracture accidentelle	
<input type="checkbox"/> Hospitalisation en cas d'accident	
<input type="checkbox"/> Hospitalisation en cas de maladie	
<input type="checkbox"/> Invalidité partielle	S'applique seulement à l'Assurance accident simplifiée. Une fois résilié, cet avenant ne peut être rajouté. Pour l'Assurance protection de revenu, les prestations d'invalidité partielle sont imbriquées dans la police de base. L'invalidité partielle de l'Assurance protection de revenu ne peut donc pas être résiliée.
<input type="checkbox"/> Option d'assurabilité future	Une fois résilié, cet avenant ne peut être rajouté.
<input type="checkbox"/> Option d'indexation	Une fois résilié, cet avenant ne peut être rajouté.
<input type="checkbox"/> Prolongation de la profession habituelle	En cochant cette modification, l'avenant de prolongation de la profession habituelle en cas d'accident ou en cas de maladie, le cas échéant, sera résilié. Une fois résilié, cet avenant ne pourra être rajouté.
<input type="checkbox"/> Remboursement de primes	La résiliation de cet avenant entraîne automatiquement la résiliation de la police et de tous les avenants qui s'y rattachent.
<input type="checkbox"/> Résiliation du contrat (inclut la police de base et tous les avenants qui y sont rattachés)	Pour une demande de résiliation d'un contrat incluant l'avenant de décès accidentel ou la protection Automobiliste prudent, remplir la section 12 seulement si la désignation de bénéficiaire est irrévocable.

**10 USAGE DE TABAC (révision d'une exclusion ou d'une surprime ou demande de tarif non-fumeur)**

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					

**11 RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOI ET AU REVENU** (demande de prestation garantie)

**EMPLOYÉ SALARIÉ**

Fournir les déclarations de revenus des deux dernières années.

Profession: \_\_\_\_\_

Fonctions: \_\_\_\_\_

Nom de l'employeur: \_\_\_\_\_

Adresse de l'employeur: \_\_\_\_\_

Nombre d'années chez l'employeur actuel: \_\_\_\_\_

Nombre d'années d'expérience connexe: \_\_\_\_\_

Nombre d'heures travaillées par semaine: \_\_\_\_\_

Nombre de mois travaillés par année: \_\_\_\_\_

Quel pourcentage de votre travail est considéré comme :

– Conduite automobile \_\_\_\_\_%

– Supervision \_\_\_\_\_%

– Travail de bureau/administratif \_\_\_\_\_%

– Travail manuel \_\_\_\_\_%

– Autres: \_\_\_\_\_%

Quel pourcentage de votre travail est effectué :

– À domicile \_\_\_\_\_%

– À l'extérieur du domicile \_\_\_\_\_%

Revenu annuel brut de l'année en cours: \_\_\_\_\_ \$

**TRAVAILLEUR AUTONOME ET PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE**

Fournir les déclarations de revenus (T1 générale) ainsi que les états financiers de l'entreprise ou l'annexe des revenus et dépenses de l'entreprise, selon le cas, des deux dernières années.

Profession: \_\_\_\_\_

Fonctions: \_\_\_\_\_

Nom de l'entreprise: \_\_\_\_\_

Adresse de l'entreprise: \_\_\_\_\_

Nombre d'années dans l'entreprise: \_\_\_\_\_

Nombre d'années d'expérience connexe: \_\_\_\_\_

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

Nombre d'employés: Temps plein: \_\_\_\_\_

Temps partiel: \_\_\_\_\_

Saisonniers: \_\_\_\_\_

Nombre d'heures travaillées par semaine: \_\_\_\_\_

Nombre de mois travaillés par année: \_\_\_\_\_

Quel pourcentage de votre travail est considéré comme :

– Conduite automobile \_\_\_\_\_%

– Supervision \_\_\_\_\_%

– Travail de bureau/administratif \_\_\_\_\_%

– Travail manuel \_\_\_\_\_%

– Autres: \_\_\_\_\_%

Quel pourcentage de votre travail est effectué :

– À domicile \_\_\_\_\_%

– À l'extérieur du domicile \_\_\_\_\_%

Pourcentage des parts  
du preneur/assuré dans l'entreprise: \_\_\_\_\_%

**12 CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE (le cas échéant)**

Dans le cas d'un changement de bénéficiaire dans l'avenant de Décès accidentel ou dans la protection Automobiliste prudent, je consens à ce que ma désignation comme bénéficiaire soit révoquée.

Dans le cas d'une résiliation de l'avenant de décès accidentel ou de la protection Automobiliste prudent, je consens à la présente demande de résiliation faite par le preneur/assuré de ce contrat.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

X

Signature du bénéficiaire irrévocable

Nom du bénéficiaire irrévocable (en caractères d'imprimerie)

(L'enregistrement de ce changement de bénéficiaire dans les registres de l'Assureur n'en garantit pas la validité ni la légitimité.)

**13 DÉCLARATION ET SIGNATURES**

**MISE EN GARDE RELATIVE À L'AVENANT DE REMBOURSEMENT DE PRIMES**

Si la modification demandée entraîne une réduction de la prime et que le contrat visé par cette demande contient un avenant de remboursement de primes, le montant du remboursement de primes sera calculé en fonction de la prime réduite, et ce, rétroactivement à la date d'entrée en vigueur initiale de l'avenant de remboursement de primes.

Le preneur/assuré reconnaît et convient que les réponses contenues dans ce formulaire sont complètes et véridiques.

Si le contrat visé par cette demande contient un avenant de remboursement de primes, le preneur/assuré reconnaît avoir lu et compris la mise en garde relative à l'avenant de remboursement de primes.

Le preneur/assuré reconnaît que cette demande, accompagnée de tout formulaire « Déclaration d'assurabilité » produit à l'Assureur, le cas échéant, sert de base à la modification demandée et fait partie intégrante du contrat.

L'Assureur est autorisé à effectuer la modification demandée de la façon qui lui est habituelle et qu'il juge appropriée.

Signé à \_\_\_\_\_ ce \_\_\_\_\_ jour de \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_.

X

Signature du preneur/assuré