



Numéro de contrat		

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

DIRECTIVES						
DIRECTIVES						
Important: cocher les modifications demandées.						
☐ Changement de nom	Remplir les sections 1, 2 et 13.					
☐ Changement du mode de paiement	Remplir les sections 1, 4, 5 (le cas échéant) et 13.					
☐ Changement de bénéficiaire	Remplir les sections 1, 3, 12 (le cas échéant) et 13.					
☐ Diminution du ou des montants de prestations mensuelles	Remplir les sections 1, 6 et 13.					
☐ Augmentation du ou des délais de carence	Remplir les sections 1, 7 et 13.					
☐ Diminution de la ou des périodes d'indemnisation	Remplir les sections 1, 8 et 13.					
☐ Résiliation d'un ou de plusieurs avenants	Remplir les sections 1, 9, 12 (le cas échéant) et 13.					
☐ 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.					
☐ 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.					
☐ 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.					
☐ 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.					
☐ 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 :						
Adresse (S'agit-il d'une nouvelle adresse? ☐ Oui ☐ Non)						





2 CHANGEMENT DE NOM					
Une preuve d'identité est exigée en to	out temps, sauf s'il s'agit uniqu	uement de la suppression d'un c	les deux noms de fa	mille apparaissant	: déjà au contrat.
☐ Preneur/assuré ☐ Bénéficiaire					
Dernier prénom (tel qu'indiqué dans n	os dossiers)	Dernier nom (tel qu'i	ndiqué dans nos do	ssiers)	
Nouveau prénom		Nouveau nom			
Raison du changement:					
☐ Mariage: ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	Divorce: Année	Mois Jour			
☐ Reprise du nom à la naissance					
☐ Jugement autorisant le changement	de nom (joindre une copie du	jugement)			
□ Autre:					
3 CHANGEMENT DE BÉNÉI	FICIAIRE (pour l'avenant	t de décès accidentel ou p	oour la protection	on Automobilist	le prudent)
Bénéficiaire révocable/irrévocable: L désigne la personne à laquelle il est m n'ait indiqué qu'il souhaite qu'elle soit l	arié ou uni civilement comme				
La désignation d'un bénéficiaire irrévo remplacer ou pour effectuer certaines r ou à une transaction et ni les parents n	nodifications ou transactions.	Il est à noter qu'un bénéficiaire i	rrévocable mineur i	ne peut consentir à	
<b>Bénéficiaire mineur</b> : À l'extérieur du 0 fiduciaire, la prestation sera payable au objet au Québec). Au Québec, c'est le t	Québec, si un mineur est désig u fiduciaire qui la détiendra er	gné comme bénéficiaire, il est r n fiducie pour le bénéficiaire mi	ecommandé de nor neur jusqu'à ce qu	mmer un fiduciaire e celui-ci atteigne	sa majorité (sans
Succession, héritiers légaux, ayants légaux ou les ayants droit du preneur/a	droit: Les expressions «succ		•		
BÉNÉFICIAIRE					
		Date de naissance	Lien avec le	Cocher une cas	se <b>Quote-part</b> %
Nom	Prénom	Année Mois Jour	preneur/assuré	Révocable Irrévo	cable Total 100 %
					]
					]
					]
(L'enregistrement de ce	ette désignation de bénéficiaire	e dans les registres de l'Assureu	ır n'en garantit pas	la validité ni la légi	timité.)
4 CHANGEMENT DU MODE	DE PAIEMENT DES PR	IMES			
☐ Annuel					
	ance accident simplifiée.				
☐ Débits préautorisés (DPA) Remplir	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				





5 ACCOF	RD DE DPA								
IDENTIFICATIO	ON DU PAYEUR DE LA PRIME								
Preneur/assu	ré □ Autre: □ M. □ Mme	Prénom  Adresse (nº, rue, appart	I I		Nom Année	Jou	ur Mois	Code pos	ı ı İ
_	Nom de l'entreprise	Тегернопе			Aimee		Téléphone		
	Adresse (nº, rue, ville, province)  ON DU COMPTE BANCAIRE:	J Spáoiman da ahàgua	o ioint à la proposi	tion 🗆 Coordon	náoc hano	aires fou	urnios oi dosc	Code pos	ital
TYPE DE DPA:  DATE DU PRÉL  Je renonce à n montant ou de  DPA. Pour obte institution finar avez le droit de d'information s porter au débit	Numéro de l'institution  Personnel Entreprise  ÈVEMENT: Le de chace de de l'institution  de l'institution  De chace de l'institution  De chace de chace de chace de chace de l'institution  De chace de chace de chace de chace de l'institution de l'institution de l'institution de chace de l'institution	Numéro du compte  que mois (entre le 1 <sup>er</sup> e vis du montant ou de eut être annulé à la récou pour de plus amples a. Vous avez certains ot tout débit qui n'est par uniquez avec votre insur le spécimen de chèque	la date du DPA a eption par l'Assure s renseignements droits de recours s autorisé ou qui r stitution financière	pis). Si aucune da insi qu'à mon di eur d'un préavis sur le droit d'anr si un débit n'est l'est pas compati e ou visitez www.	roit de rec d'au moins nulation du pas confoi ible avec le cdnpay.ca	ndiquée, sevoir un s 10 jours u présent rme au p e présent . J'autori	préavis de s avant la dat t accord, con présent acco t Accord de E se l'Assureui	tout changen te prévue du p nmuniquez av rd. Par exemp DPA. Pour obte r ou son mand	nent du rochain ec votre le, vous enir plus lataire à
Signature du pay	nt des sommes dues à l'Assure eur de la prime		ate	625,	rue Jacques	s-Parizeaı		financiers ébec) G1R 2G5 riel: gfi@lacapit	ale.com
Le montant t	UTION DU OU DES MON otal des prestations mensuelle 'invalidité totale en cas d'accid	s d'invalidité totale en			e inférieur	ou égal a		otal des prest	tations
☐ Police de bas	se d'invalidité en cas d'accident		de		\$	à		n de 500 \$)	_ \$
☐ Avenant d'in	validité en cas d'accident (couv	rerture additionnelle)	de		\$	à		.,	_ \$
☐ Avenant d'in	validité en cas de maladie		de		\$	à	(minimur	n de 500 \$)	_ \$
☐ Avenant d'in	validité en cas de maladie (cou	verture additionnelle)	de		\$	à			_ \$





7 AUGMENTATION DU OU DES DÉLAIS DE CARE	NCE					
Les délais de carence en cas de maladie doivent toujours être sup	oérieu	rs ou égaux au	ou	aux délais de d	arence en cas d'accide	nt.
Est-ce que le preneur/assuré verse des cotisations à l'assurance emplo	oi? ⊏	] Oui □ Non				
□ Police de base d'invalidité en cas d'accident	de	☐ 0 jour☐ 14 jours☐ 30 jours☐ 90 jours☐	à	☐ 14 jours ☐ 30 jours ☐ 90 jours ☐ 120 jours	·	
☐ 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	□ 0 jour □ 14 jours □ 30 jours	à	☐ 14 jours ☐ 30 jours ☐ 90 jours	Non offert pour l'Assu	rance accident simplifiée
□ Avenant d'invalidité en cas de maladie	de	☐ 14 jours ☐ 30 jours ☐ 90 jours	à	□ 90 jours	Disponible seulement verse des cotisations	
☐ 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	☐ 14 jours ☐ 30 jours	à	□ 30 jours □ 90 jours		
8 DIMINUTION DE LA OU DES PÉRIODES D'INDE	MNI	SATION				
Les périodes d'indemnisation en cas de maladie doivent toujours ê	tre inf	érieures ou éga	ales	à la ou aux pér	iodes d'indemnisation e	en cas d'accident.
☐ Police de base d'invalidité en cas d'accident	de	e □ 5 ans □ jusqu'à l □ jusqu'à l			à □ 2 ans □ 5 ans	
☐ Avenant d'invalidité en cas d'accident (couverture additionnelle)	de	e □ 5 ans □ jusqu'à l □ jusqu'à l	_		à □ 2 ans □ 5 ans	
☐ Avenant d'invalidité en cas de maladie	de	e □ 5 ans □ jusqu'à l	'âge	e de 65 ans	à □ 2 ans □ 5 ans	
☐ Avenant d'invalidité en cas de maladie (couverture additionnelle)	) de	e □ 5 ans □ jusqu'à l	'âge	e de 65 ans	à □ 2 ans □ 5 ans	





9 RÉSILIATION DU CONTRAT O	J DE UN OU PLUSIEI	JRS AVENANTS			
☐ Avenant d'invalidité en cas d'accident (co	uverture additionnelle)				
☐ Avenant d'invalidité en cas de maladie	avortaro adamentinono,				
☐ Avenant d'invalidité en cas de maladie (co	uverture additionnelle)				
□ Avenant tout accident (protection Automo	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				
☐ Décès accidentel ou mutilation	Si la désignation de bénéficiaire est irrévocable, remplir la section 12.				
☐ Fracture accidentelle	0.14 400.8.141.01.40 201.6				
☐ Hospitalisation en cas d'accident					
☐ Hospitalisation en cas de maladie					
☐ Invalidité partielle	Pour l'Assurance protect	'Assurance accident simplifiée. Une fois résilié, cet avenant ne peut être rajouté. ion de revenu, les prestations d'invalidité partielle sont imbriquées dans la police elle de l'Assurance protection de revenu ne peut donc pas être résiliée.			
☐ Option d'assurabilité future	Une fois résilié, cet avena	ant ne peut être rajouté.			
☐ Option d'indexation	Une fois résilié, cet avenant ne peut être rajouté.				
☐ 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.				
☐ Remboursement de primes	La résiliation de cet avenant entraîne automatiquement la résiliation de la police et de tous les avenants qui s'y rattachent.				
Résiliation du contrat (inclut la police de base et tous les avenants qui y sont rattachés)		siliation d'un contrat incluant l'avenant de décès accidentel ou la protection emplir la section 12 seulement si la désignation de bénéficiaire est irrévocable.			
Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fum	é la cigarette, le cigarillo, le uit de tabac ou de la nicoti	e surprime ou demande de tarif non-fumeur) cigare, la pipe, la pipe à eau, la chicha ou fait usage de noix de bétel, de tabac à priser, ne, ou fait usage de toute autre forme de tabac ou d'un substitut tel que la gomme, le oui:			
Туре	Quantité	Fréquence			
Si vous avez cessé de fumer dans les 12 derni	ers mois, indiquer la date o	de cessation: Année Mois			





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

EMPLOYÉ SALARIÉ	TRAVAILLEUR AUTONON
Fournir les déclarations de revenus des deux dernières années.	Fournir les déclarations financiers de l'entreprise l'entreprise, selon le cas
Profession:	Profession:
Fonctions:	Fonctions:
Nom de l'employeur :	Nom de l'entreprise :
Adresse de l'employeur:	Adresse de l'entreprise :
Nombre d'années chez l'employeur actuel :	Nombre d'années dans l'
Nombre d'années d'expérience connexe :	Nombre d'années d'expé
Nombre d'heures travaillées par semaine :  Nombre de mois travaillés par année :	Type d'entreprise : □ Pr □ Sc
Quel pourcentage de votre travail est considéré comme :  - Conduite automobile	□ Sc Nombre d'employés: Te
- Supervision%	Te Sa
- Travail de bureau/administratif	Nombre d'heures travaille Nombre de mois travaillé
Quel pourcentage de votre travail est effectué :  - À domicile	Quel pourcentage de voti – Conduite automobi – Supervision
- À l'extérieur du domicile%  Revenu annuel brut de l'année en cours :\$	– Travail de bureau/ad – Travail manuel – Autres :

## ME ET PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE de revenus (T1 générale) ainsi que les états e ou l'annexe des revenus et dépenses de des deux dernières années. 'entreprise: rience connexe: opriétaire unique ciété incorporée ciété de personnes mps plein: mps partiel: aisonniers: lées par semaine: s par année : re travail est considéré comme: <u></u>% % dministratif \_% Quel pourcentage de votre travail est effectué: - À domicile <u></u>% – À l'extérieur du domicile % Pourcentage des parts du preneur/assuré dans l'entreprise: <u></u>%





10	CONSENTEMENT	DILDENEELOLAIS		// / -  - / + \
	CONSENIEMENT	IIII KENEEK IAIR	ZE IRREVUILABLE	HE CAS ECHEANT

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\_\_\_\_\_\_.

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

Nom du bénéficiaire irrévocable (en caractères d'imprimerie)

## 13 DÉCLARATION ET SIGNATURES

Signature du bénéficiaire irrévocable

Signature du preneur/assuré

## 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.