

 Nom du preneur/assuré	 Prénom du preneur/assuré
Date de naissance : Année Mois Jour	 N° de contrat

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

DIRECTIVES

- Pour la remise en vigueur d'une assurance **Accident simplifiée**, remplir les sections 1 et 3.
- Pour la remise en vigueur d'une assurance **Invalidité en cas d'accident** seulement ou **Accident et maladie**, remplir les sections 2 et 3.
- Pour la remise en vigueur d'une assurance **Automobiliste prudent assortie d'un avenant Tout accident**, remplir les sections 2 et 3. Pour la remise en vigueur d'une assurance **Automobiliste prudent seulement**, utiliser plutôt la demande d'adhésion « Automobiliste Prudent (F3002) » et cocher l'option de remise en vigueur.

1 REMISE EN VIGUEUR D'UNE ASSURANCE ACCIDENT SIMPLIFIÉE

Pour être admissible, le preneur/assuré doit être en mesure de répondre OUI aux questions 1.1 et 1.2 et NON à la question 1.3 et remplir le formulaire « Autorisation médicale (IND178F) ».

- 1.1 Travaillez-vous actuellement un minimum de 21 heures par semaine, 35 semaines par année? ☐ Oui ☐ Non
- 1.2 Êtes-vous un citoyen canadien ou le gouvernement canadien vous a-t-il accordé le statut de résident permanent (immigrant reçu)? ☐ Oui ☐ Non
- 1.3 Avez-vous déjà subi une ou des blessures ou avez-vous un problème de santé qui vous imposent actuellement des restrictions dans vos mouvements corporels ou dans l'exercice de vos activités quotidiennes? ☐ Oui ☐ Non

2 REMISE EN VIGUEUR D'UNE ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT SEULEMENT OU D'ACCIDENT ET DE MALADIE

Remplir le formulaire « Déclarations d'assurabilité » approprié selon le type de garantie de la police et répondre aux questions 2.1 à 2.7 du présent formulaire.

- 2.1 Êtes-vous actuellement au travail à temps plein? ☐ Oui ☐ Non – Si non, expliquez pourquoi: _____
- 2.2 Avez-vous changé d'emploi depuis la date de votre dernière proposition d'assurance? ☐ Oui ☐ Non – Si oui, veuillez préciser: _____
- 2.3 Déterminez-vous présentement un contrat 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 ce type 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)			Prestation mensuelle	INVALIDITÉ		Période d'indemnisation		Est-ce que la remise en vigueur est demandée pour remplacer ce contrat d'assurance? Joindre au besoin le préavis de remplacement.
	Année	Mois	À l'étude		Délai de carence		Accident	Maladie	
_____			☐	\$ _____	Accident		Accident		☐ Oui ☐ Non
_____			☐	\$ _____	Maladie		Maladie		☐ Oui ☐ Non

- 2.4 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
		☐	☐	☐	_____	_____	_____
		☐	☐	☐	_____	_____	_____

2 REMISE EN VIGUEUR D'UNE ASSURANCE INVALIDITÉ EN CAS D'ACCIDENT SEULEMENT OU D'ACCIDENT ET DE MALADIE (suite)

- 2.5 Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac ou de tout produit contenant de la nicotine (par exemple: gros cigares, cigarillos, cigarettes, marijuana/cannabis avec tabac, cigarettes électroniques, produits de vapotage, pipe, tabac à chiquer, timbres ou gomme à la nicotine) ?
☐ Oui ☐ Non – **Si oui**, inscrire le type, la quantité, la fréquence et la date de la dernière utilisation.

Type	Quantité	Fréquence	Date de la dernière utilisation	
			Année	Mois
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

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

2.7 RENSEIGNEMENTS RELATIFS AU REVENU

EMPLOYÉ SALARIÉ

Revenu annuel brut gagné des 2 dernières années:

Année: \$

Année: \$

TRAVAILLEUR AUTONOME ET PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE

Revenu annuel net des 2 dernières années¹:

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

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

3 DÉCLARATIONS

- Je demande à l'Assureur de remettre en vigueur la police susmentionnée et conviens que cette demande est conditionnelle à la réception par l'Assureur des déclarations d'assurabilité dûment remplies et du paiement des primes échues ainsi que tout autre montant dû et impayé.
- Je certifie que les renseignements fournis dans ces déclarations sont vrais.
- Je conviens que la remise en vigueur de ce contrat ne prendra effet qu'à compter de la date où l'Assureur confirmera par écrit son acceptation. En cas de refus, toute somme versée à cet effet est remboursée.
- Je reconnais que les délais relatifs à l'incontestabilité recommenceront à courir à partir de la date de la remise en vigueur.
- Je reconnais également que l'Assureur couvrira uniquement une perte qui résulte d'une blessure subie après la date de la remise en vigueur et d'une maladie qui se manifeste après le délai prévu aux clauses contractuelles d'un avenant d'invalidité en cas de maladie attaché à la police, le cas échéant.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____.



Signature du preneur/assuré