

<input style="width: 95%;" type="text"/> Nom du preneur/assuré	<input style="width: 95%;" type="text"/> Prénom du preneur/assuré
Date de naissance : <input style="width: 150px; height: 20px;" type="text"/> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Année Mois Jour </div>	<input style="width: 95%;" type="text"/> 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 (IND105F) » 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 ACCIDENT ET 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 Détenez-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.

	Année et mois d'émission (cocher si à l'étude)		INVALIDITÉ				Est-ce que la remise en vigueur est demandée pour remplacer ce contrat d'assurance?		
			Prestation mensuelle	Délai de carence		Période d'indemnisation			
					Accident	Maladie		Accident	Maladie
Nom de la compagnie	Année	Mois	À l'étude	Prestation mensuelle	Accident	Maladie	Accident	Maladie	Joindre au besoin le préavis de remplacement.
_____	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
_____	_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	\$ _____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____
_ _ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____

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

2.5 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

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:

--	--	--	--	--

 \$

--	--	--	--	--

 \$

TRAVAILLEUR AUTONOME ET PROPRIÉTAIRE D'ENTREPRISE

Revenu annuel net des 2 dernières années¹:


	Année: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>						Année: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>					
Bénéfice net d'entreprise ²	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> \$						<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> \$					
Dans le cas d'une société incorporée, salaire versé au preneur/assuré par la société, le cas échéant	+ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> \$						+ <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> \$					
	= <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> \$						= <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> \$					

1. Si moins de 12 mois de revenu gagné, indiquer le nombre de mois où un revenu a été gagné : _____ mois
2. 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