

ASSURANCE-VIE COLLECTIVE FACULTATIVE

POLICE DE LA CANADA LIFE: 138020ACE | POLICE CHUBB: OE10373701 POLICE: OE10373701

Demande d'assurance-vie collective facultative

Renseignements du membre

Nom _____ Prénom _____ Initiale _____

Adresse résidentielle _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ #ID employé _____

Téléphone _____ Courriel _____ Date de naissance _____
(AAAA/MM/JJ)

Sexe: Homme Femme Langue: Anglais Français Statut de fumeur: Fumeur Non-fumeur

Renseignements du conjoint (si applicable)

Nom _____ Prénom _____ Initiale _____

Sexe: Homme Femme Date de naissance _____ Statut de fumeur: Fumeur Non-fumeur
(AAAA/MM/JJ)

COUVERTURE DES ENFANTS (SI APPLICABLE)

Je demande la couverture de mes enfants au montant de 5 000 \$ par enfant et atteste qu'ils sont en bonne santé.

Nom, prénom de l'enfant _____ Date de naissance _____
(AAAA/MM/JJ)

Nom, prénom et de l'enfant _____ Date de naissance _____
(AAAA/MM/JJ)

Couverture totale demandée

(Indiquer la couverture totale d'assurance demandée dans cet espace. La couverture se doit d'être en tranches de 10 000 \$ à concurrence d'un maximum de 500 000 \$).

Membre \$ _____ Conjoint(e) \$ _____

Désignation du bénéficiaire du membre

Nom _____

Prénom _____

Lien de parenté avec le membre _____

Le bénéficiaire de la couverture du conjoint/des enfants sera le membre, s'il est vivant, ou sinon la succession du membre.

Si le Code civil du Québec s'applique, toute désignation du conjoint légal (marié ou de fait) en tant que bénéficiaire est irrévocable sauf si vous optez pour une désignation révocable en cochant la case marquée « révocable ».

Cette désignation est révocable Révocable

Assurance-vie facultative de groupe

Ce tableau illustre les primes mensuelles par tranche de 10 000 \$ de couverture. La couverture maximale permise est de 500 000 \$ pour les membres et de 500 000 \$ pour les conjoints, incluant l'assurance décès et mutilation accidentels sans frais. Les primes sont basées sur votre âge, votre sexe et votre statut de fumeur ou non-fumeur. Une prime mensuelle additionnelle de 0,65 \$ couvre tous vos enfants à charge admissibles. Chaque enfant bénéficiera d'une assurance-vie de 5 000 \$.

* Les taux augmenteront à la prochaine catégorie d'âge le 1er février suivant la date à laquelle vous atteindrez la catégorie d'âge suivante.

Âge	Homme		Femme	
	Non-fumeur	Fumeur	Non-fumeuse	Fumeuse
Moins de 34	0,50	0,71	0,43	0,50
35-39	0,50	0,71	0,43	0,50
40-44	0,85	1,28	0,71	0,85
45-49	1,56	2,13	1,21	1,42
50-54	2,83	4,33	1,92	3,12
55-59	4,33	6,31	3,05	4,75
60-64	6,31	11,05	4,11	6,17
65-69	8,72	14,53	5,46	8,01

Exemple: La prime mensuelle d'une femme non-fumeuse âgée de 38 ans qui demande une couverture de 100 000 \$ (10 x 10 000 \$) serait de 4,30 \$ (10 x 0,43 \$). La prime pour un homme non-fumeur du même âge et demandant la même couverture serait de 5,00 \$ (10 x 0,50 \$).

ASSURANCE-VIE COLLECTIVE FACULTATIVE

POLICE DE LA CANADA LIFE: 138020ACE | POLICE CHUBB: OE10373701 POLICE: OE10373701

Questionnaire médical et style de vie

Taille du membre _____ pd/po. cm Poids du membre _____ lbs. kg

Taille du conjoint(e) _____ pd/po. cm Poids du conjoint(e) _____ lbs. kg

	Membre		Conjoint(e)	
	Oui	Non	Yes	Non
1. Avez-vous fumé des cigarettes dans les 12 derniers mois ?				
2. Avez-vous connaissance d'une condition quelconque actuelle qui pourrait nécessiter une hospitalisation ou une chirurgie future ou un traitement psychiatrique ?				
3. Avez-vous déjà présenté une demande d'assurance-vie qui a été refusée, retardée ou modifiée de quelque façon que ce soit ?				
4. Avez-vous des raisons de croire que vous n'êtes pas présentement en excellente santé et libre de tout symptôme de maladie ?				
5. Participez-vous présentement à une activité dangereuse telle que la plongée en scaphandre, le pilotage d'un avion, la course automobile, le parachutisme, le deltaplane, la course en motocyclette, etc.? Si oui, svp spécifier :				
6. Au cours des deux dernières années, avez-vous déjà reçu des soins médicaux ou subi une chirurgie en raison d'une maladie ou d'une blessure ?				
7. Au cours des cinq dernières années, avez-vous subi des radiographies, électrocardiogrammes, tests sanguins ou autres tests spéciaux pour des motifs autres qu'un examen médical de routine ?				
8. Au cours des cinq dernières années, souffrez-vous des problèmes cardiaques, de douleur ou de serrement à la poitrine, d'hypertension, d'hémopathie, de maladie intestinale, maladie de la glande thyroïde, SIDA ou autre atteinte du système immunitaire, ou subi des tests suite à une exposition au virus du SIDA (VIH), d'asthme, tuberculose ou problème pulmonaire, tumeur cancéreuse, hépatite, maladie du foie, maladie du rein, présence de sang, albumine ou sucre dans vos urines, de fièvre rhumatismale, paralysie ou maladie des muscles ou des os, incluant les articulations, la colonne vertébrale et la peau ?				

Si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre de ces questions, SVP fournir des détails dans l'espace ci-dessous incluant les détails suivants : a) détails ou nom de la condition; b) traitement et résultats (rétablissement ou séquelles); c) noms et adresses des médecins et hôpitaux; et d) date du traitement.

Membre: _____

Conjoint(e): _____

Autorisation et déclaration

Je confirme être un membre actif employé de l'Association canadienne du contrôle du trafic aérien (ACCTA), ou son conjoint, et par la présente demande l'assurance offerte par l'ACCTA. J'autorise : Coughlin à utiliser mes renseignements personnels aux fins de rapports gouvernementaux, d'identification et d'administration de mes avantages sociaux; Coughlin à échanger mes renseignements personnels avec les personnes, parties et organismes suivants : Fournisseurs de soins de santé, sociétés affiliées à Coughlin; institutions financières; agences gouvernementales; compagnies d'assurance; employeurs ou anciens employeurs; mon syndicat local ou fiduciaires du régime et vérificateurs; et Coughlin à utiliser les renseignements personnels contenus dans mon dossier pour me fournir des informations additionnelles à propos des avantages sociaux auxquels j'ai droit. Lorsque je fournis des renseignements personnels pour mon conjoint et/ou mes enfants, je confirme que je suis autorisé à agir en leur nom. J'accepte qu'une photocopie ou copie numérisée de cette Autorisation et Déclaration soit aussi valide que l'original. J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques, corrects et complets au meilleur de ma connaissance.

Les renseignements fournis dans ce formulaire seront utilisés par la Canada Life pour déterminer votre assurabilité et pour vous fournir les assurances demandées en vertu de ce régime.

J'AUTORISE : La Canada Life, tout fournisseur d'assurance-maladie, l'administrateur de mon régime, d'autres assureurs, le Bureau des renseignements médicaux, d'autres organismes, ou des fournisseurs d'avantages sociaux qui travaillent avec la Canada Life à échanger des renseignements, lorsque nécessaire à la détermination de mon assurabilité et à l'administration du régime d'assurance collective : La Canada Life à procéder à des tests, examens, profils sanguins et tests d'urine si besoin est pour déterminer mon assurabilité en rapport avec la présente demande.

J'ATTESTE ET CONFIRME QUE : Je suis membre actif employé de l'Association canadienne du contrôle du trafic aérien, ou son conjoint, à la date de signature de la présente demande; que j'ai lu et suis d'accord avec l'Avis important décrivant les procédures du Bureau des renseignements médicaux; que je conserve une copie de cette demande; que si je présente une demande de couverture pour mes personnes à charge, je suis autorisé à agir en leur nom; qu'une photocopie ou copie numérisée de la présente autorisation est aussi valide que l'originale.

Les énoncés et réponses dans ce formulaire seront utilisés pour déterminer votre assurabilité et fournir des avantages sociaux en vertu de ce régime. Tout changement de véracité de tout énoncé ou réponse dans ce formulaire entre la date à laquelle le formulaire est signé et la date à laquelle la Canada Life prend une décision doit être communiqué à la Canada Life.

Je comprends qu'à défaut de ce faire, toute couverture accordée sera nulle et sans effet. Je déclare qu'au meilleur de ma connaissance, toutes les réponses aux questions ci-dessus sont complètes et véridiques, et je comprends que si une réponse est incomplète ou fautive, toute couverture accordée sera nulle et sans effet. Je comprends qu'on peut refuser ma demande de couverture en totalité ou en partie si, selon l'opinion de la Canada Life, je ne suis pas assurable pour tout ou partie de cette assurance.

Pour les résidents du Québec : I request that all communication and documents be in English. Je demande à ce que toutes les communications et tous les documents soient en anglais.

Signature du membre (obligatoire)

Date (AAAA/MM/JJ)

Signature du conjoint(e) (pour la couverture du conjoint(e))

Date (AAAA/MM/JJ)

AVIS IMPORTANT CONCERNANT LE BUREAU DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

Vos renseignements personnels seront traités confidentiellement. La Canada Life et ses réassureurs peuvent cependant fournir un bref rapport au Bureau des renseignements médicaux, un organisme à but non-lucratif regroupant des compagnies d'assurance membres, qui exploite un service d'échange de renseignements au nom de ses membres. Si vous présentez une autre demande d'assurance-vie à une compagnie membre du Bureau, ou soumettez une demande de prestations à une telle compagnie, le Bureau fournira sur demande à cette compagnie les renseignements qu'elle pourrait avoir en sa possession.

La Canada Life et ses réassureurs peuvent aussi divulguer des renseignements à d'autres compagnies d'assurance auxquelles vous soumettez une demande d'assurance-vie, ou à qui vous présentez une demande de prestations. Cependant, la compagnie ne révélera pas à une autre compagnie ou au Bureau la mesure prise sur la base de votre présente demande d'assurance. Si vous désirez voir les renseignements contenus dans votre dossier au Bureau, ou les faire corriger, contactez le Bureau des renseignements médicaux au 330, avenue University, Toronto, Ontario, M5G 1R7, téléphone 416-597-0590.

CANADA LIFE: Protection de vos renseignements personnels

La Canada Life reconnaît et respecte le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Lorsque vous soumettez une demande de couverture, un dossier est créé en votre nom, lequel est conservé dans les bureaux de la Canada Life ou ceux d'un organisme autorisé par la Canada Life. Nous limitons l'accès au personnel de la Canada Life et aux personnes autorisées par la Canada Life qui en ont besoin dans l'exécution de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées par la loi. Ils utilisent ces renseignements pour vous fournir des services financiers et pour administrer le régime d'avantages sociaux.

COUGHLIN & ASSOCIATES LTD.: Protection de vos renseignements personnels

Chez Coughlin, nous reconnaissons et respectons le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Lorsqu'on nous transmet ce type de renseignements, nous créons et conservons un dossier confidentiel chez Coughlin ou dans les bureaux d'une organisation autorisée par Coughlin. Nous utilisons les renseignements personnels pour administrer le régime d'avantages sociaux. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier au personnel de Coughlin ou à des personnes autorisées par Coughlin qui en ont besoin dans l'exécution de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées par la loi.