



Public Service Alliance of Canada
Alliance de la Fonction publique du Canada

Protection Enrichie formulaire d'adhésion

Veuillez améliorer ma sécurité financière grâce à la Protection enrichie de l'AFPC !

Coughlin & associés ltée | C.P. 3518, Succ. C | Ottawa, ON K1Y 4G1 | tél : 613-237-6792 ou 1-800-216-1107 | www.coughlin.ca/psac-afpc

Renseignements personnels

Certificat (NIO) : AX- Numéro d'identification de l'AFPC :

Nom de famille :

Prénom : Initiale :

Adresse :

Ville : Province : Code postal :

Téléphone à la maison : Téléphone au bureau :

Adresse de courriel :

Date de naissance : Sexe : Homme Femme
(AAAA/MM/JJ)

Taille : cm pi/po Poids : kg lb

Langue : Anglais Français

Renseignements sur le conjoint/la conjointe (au besoin)

Nom de famille du conjoint(e) :

Prénom du conjoint(e) : Initiale :

Adresse de courriel :

Date de naissance : Sexe : Homme Femme
(AAAA/MM/JJ)

Taille : cm pi/po Poids : kg lb

Protection des enfants

Je demande une couverture pour mon (mes) enfant(s) d'un montant de 20 000 \$ pour chaque enfant et atteste qu'il ou elle est en bonne santé.

Nom de famille : Prénom : Date de naissance :
(AAAA/MM/JJ)

Nom de famille : Prénom : Date de naissance :
(AAAA/MM/JJ)

Nom de famille : Prénom : Date de naissance :
(AAAA/MM/JJ)

Couverture totale demandée (par tranches de 25 000 \$ jusqu'à 250 000 \$)

Membre : \$ Conjoint(e) : \$

Désignation du bénéficiaire du membre

La désignation d'un bénéficiaire unique ci-dessous représente l'attribution de 100 % du montant des prestations le plus récent.

Nom de famille : Prénom : Date de naissance :
(AAAA/MM/JJ)

Lien de parenté avec le membre :

Le bénéficiaire de la couverture du conjoint ou des enfants sera le membre, s'il est vivant, ou la succession du membre. Vous devez rendre votre désignation de bénéficiaire révocable ou irrévocable en cochant l'une des cases ci-dessous. Vous pouvez à tout moment modifier la désignation de bénéficiaire révocable. Vous ne pouvez pas modifier la désignation d'un bénéficiaire irrévocable ou apporter certaines modifications à votre régime sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable. Nota : Lorsque le droit québécois s'applique et que vous avez désigné votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable, sauf si vous cochez la case « Révocable ».

Révocable Irrévocable

Taux de prime mensuelle de la Protection enrichie de l'AFPC

Le tableau ci-contre indique la prime mensuelle par tranche de 25 000 \$ de protection. La protection maximale disponible est de 250 000 \$ pour vous et de 250 000 \$ pour votre conjoint-e. Les primes sont déterminées en fonction de l'âge, du sexe et de l'usage du tabac, et augmentent au fur et à mesure que la personne passe d'un groupe d'âge à un autre.

Exemple : Une non-fumeuse de 38 ans désirant obtenir une protection de 100 000 \$ (4 X 25 000 \$) verserait une prime mensuelle de 9 \$ (4 X 2,25 \$). La même protection pour un nonfumeur de 38 ans serait de 11 \$ (4 x 2,75 \$). À l'âge de 40 ans, la femme versera 13 \$ par mois (4 x 3,25 \$) tandis que l'homme paiera 15 \$ par mois (4 x 3,75 \$) pour la même protection.

Âge	Homme Non-fumeur	Homme Fumeur	Femme Non-fumeuse	Femme Fumeuse
Jusqu'à 34	2,50 \$	3,25 \$	2,00 \$	2,50 \$
35-39	2,75 \$	3,50 \$	2,25 \$	2,75 \$
40-44	3,75 \$	6,00 \$	3,25 \$	4,25 \$
45-49	5,75 \$	7,75 \$	4,50 \$	6,50 \$
50-55	9,25 \$	13,50 \$	7,25 \$	10,25 \$
56-60	15,50 \$	22,50 \$	11,50 \$	16,50 \$
61-66	25,25 \$	28,25 \$	18,00 \$	25,75 \$
67-70	38,50 \$	61,50 \$	21,50 \$	33,00 \$

Questionnaire médical

Si vous avez répondu « Oui » à l'une ou l'autre des questions, veuillez préciser ci-dessous en indiquant notamment a) la description ou le nom de l'état; b) le traitement et les résultats (guérison ou effets résiduels); c) le nom et l'adresse des médecins et des hôpitaux.

Membre		
	Oui	Non
1. Avez-vous fumé des cigarettes au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous connaissance d'un état existant qui nécessiterait que vous soyez hospitalisé ou que vous subissiez une intervention chirurgicale ou un traitement psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà demandé de l'assurance-vie que l'on a refusé de vous accorder, dont on a différé l'application ou que l'on a modifié de quelque façon que ce soit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous des motifs de croire que vous n'êtes pas en ce moment en excellente santé et libre de tout symptôme d'une maladie quelconque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous adonnez-vous actuellement à des activités dangereuses comme la plongée en scaphandre autonome, le pilotage d'avion, la course automobile, le deltaplane, la course en motocyclette, etc. ? Dans l'affirmative, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au cours des deux dernières années, avez-vous reçu des soins médicaux ou chirurgicaux en raison d'une maladie ou d'une blessure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Au cours des cinq dernières années, avez-vous passé des radiographies, des électrocardiogrammes, des tests sanguins ou d'autres tests spéciaux pour d'autres motifs que l'examen de santé habituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Au cours des cinq dernières années, avez-vous souffert d'un trouble cardiaque, d'hypertension, d'un trouble sanguin, de colite, d'ulcère, de diabète, d'un trouble de la thyroïde, du syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), du syndrome apparenté au sida (ARC), d'un trouble mental ou du système nerveux, d'asthme, de tuberculose ou d'une affection pulmonaire, de tumeurs, d'un trouble rénal ou de présence de sang, d'albumine ou de sucre dans l'urine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Conjoint(e)		
	Oui	Non
1. Avez-vous fumé des cigarettes au cours des 12 derniers mois ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous connaissance d'un état existant qui nécessiterait que vous soyez hospitalisé ou que vous subissiez une intervention chirurgicale ou un traitement psychiatrique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà demandé de l'assurance-vie que l'on a refusé de vous accorder, dont on a différé l'application ou que l'on a modifié de quelque façon que ce soit ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous des motifs de croire que vous n'êtes pas en ce moment en excellente santé et libre de tout symptôme d'une maladie quelconque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Vous adonnez-vous actuellement à des activités dangereuses comme la plongée en scaphandre autonome, le pilotage d'avion, la course automobile, le deltaplane, la course en motocyclette, etc. ? Dans l'affirmative, veuillez préciser :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Au cours des deux dernières années, avez-vous reçu des soins médicaux ou chirurgicaux en raison d'une maladie ou d'une blessure ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Au cours des cinq dernières années, avez-vous passé des radiographies, des électrocardiogrammes, des tests sanguins ou d'autres tests spéciaux pour d'autres motifs que l'examen de santé habituel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Au cours des cinq dernières années, avez-vous souffert d'un trouble cardiaque, d'hypertension, d'un trouble sanguin, de colite, d'ulcère, de diabète, d'un trouble de la thyroïde, du syndrome d'immunodéficience acquis (SIDA), du syndrome apparenté au sida (ARC), d'un trouble mental ou du système nerveux, d'asthme, de tuberculose ou d'une affection pulmonaire, de tumeurs, d'un trouble rénal ou de présence de sang, d'albumine ou de sucre dans l'urine?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Autorisation et déclaration

Par la présente, je demande de l'assurance et j'autorise le fait que la cotisation, que je dois verser pour couvrir le coût de ces avantages et qui est basée sur les taux de primes figurant au verso de la présente demande, soit déduite de ma paie.

J'atteste que je suis actuellement effectivement au travail à temps plein et à plein salaire et que les renseignements inscrits sur le présent formulaire sont exacts et complets, pour autant que je sache.

J'autorise n'importe quel prestataire de soins de santé, une autre compagnie d'assurance, la Commission des accidents du travail, mon employeur ou d'autres personnes à divulguer et à transmettre des renseignements à la Financière Manuvie, si ces renseignements sont nécessaires pour traiter ma demande d'assurance.

Je conviens que l'exemplaire photocopié de cette autorisation est aussi valide que l'original.

Signature du membre (obligatoire)

Date

(AAAA/MM/JJ)

Signature du conjoint/de la conjointe (pour la couverture du conjoint/de la conjointe seulement)

Date

(AAAA/MM/JJ)