

## Assurance vie facultative

Dans le cadre de votre programme d'avantages sociaux collectif, vous souscrivez actuellement une assurance vie de base au titre du Régime d'assurance collective des chambres de commerce<sup>MC</sup>. Or, une **assurance vie facultative** vous est également offerte au titre du même régime vous permettant d'inscrire une protection additionnelle pour votre conjoint et vos enfants à charge. Elle est assortie du tarif avantageux des assurances collectives et d'un niveau élevé de souplesse à l'échelle individuelle. Vous pouvez maintenant souscrire les protections dont vous avez besoin à un prix abordable.

Vous et votre conjoint pouvez souscrire une protection par tranche de **10 000 \$**, jusqu'à concurrence de 500 000 \$ chacun. Vos enfants à charge sont admissibles à une protection de 5 000 \$ chacun à condition que vous ou votre conjoint ayez souscrit la protection.

### COMMENT DÉPOSER VOTRE DEMANDE D'ASSURANCE

Veillez remplir une *Demande d'assurance vie facultative* pour chaque personne à assurer, soit vous, votre conjoint et vos enfants. Les enfants à charge comprennent tous les enfants à charge âgés de moins de 21 ans ou 25 ans s'ils sont étudiants à temps plein.

À mesure que vous remplissez le formulaire, vous constaterez des petites différences pour chaque type d'adhérent.

#### POUR VOUS, EN TANT QU'EMPLOYÉ

Veillez remplir les sections intitulées RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX et DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE en indiquant le bénéficiaire de la somme assurée. Veillez remplir la section intitulée DÉCLARATION DE SANTÉ et signer la déclaration.

#### POUR VOTRE CONJOINT

Vous devez remplir la section intitulée RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX. Votre conjoint doit remplir la section intitulée RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT et une DÉCLARATION DE SANTÉ **distincte**. Vous et votre conjoint devez signer la déclaration.\*

#### POUR VOS ENFANTS À CHARGE

Vous devez remplir les sections intitulées RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX et RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS À CHARGE. Veillez remplir une DÉCLARATION DE SANTÉ **distincte** au nom de **chaque** enfant que vous voulez assurer et signer la déclaration.\*

\* Vous (l'employé) êtes automatiquement désigné comme le bénéficiaire de la somme assurée de votre conjoint et de vos enfants à charge.

---

Veillez retourner la demande dûment remplie à votre employeur qui l'expédiera à l'adresse suivante :  
Régime d'assurance collective des chambres de commerce  
1051, rue King Edward  
Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4

---

Cette assurance est souscrite par Desjardins Sécurité financière et administrée par Johnston Group inc. Si vous avez des questions à cet égard, veuillez communiquer avec le Centre de service au **1 800 294-4080**.



## Demande d'assurance vie facultative

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_ Numéro d'entreprise \_\_\_\_\_ Numéro de certificat \_\_\_\_\_

### RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (À remplir par l'employé.)

Nom de famille \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Adresse (domicile) \_\_\_\_\_  Femme  Homme

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  Fumeur  Non-fumeur (pendant au moins 12 mois consécutifs)

Langue :  Français  Anglais

Il s'agit :  d'une nouvelle demande  d'une demande de modification de la protection  d'un changement de bénéficiaire

Protection demandée :  moi \_\_\_\_\_ \$  conjoint \_\_\_\_\_ \$  enfants à charge (5000\$ par enfant)

### Montant de protection : (PAR TRANCHE DE 10 000 \$, JUSQU'À CONCURRENCE DE 500 000 \$)

A. Montant actuel \_\_\_\_\_ \$

B. Montant additionnel demandé \_\_\_\_\_ \$

Total (A + B) \_\_\_\_\_ \$

### RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT (À remplir si l'assurance du conjoint est demandée. Une Déclaration de santé distincte doit être présentée.)

Nom de famille \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_  Femme  Homme

Fumeur  Non-fumeur (pendant au moins 12 mois consécutifs)

### RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS À CHARGE (À remplir si l'assurance des enfants à charge est demandée. Une Déclaration de santé distincte doit être présentée.)

Nom de famille \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_  Femme  Homme

L'enfant  a moins de 21 ans

est un étudiant âgé de moins de 25 ans

Nom de famille \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_  Femme  Homme

L'enfant  a moins de 21 ans

est un étudiant âgé de moins de 25 ans

Nom de famille \_\_\_\_\_ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_  Femme  Homme

L'enfant  a moins de 21 ans

est un étudiant âgé de moins de 25 ans

## Demande d'assurance vie facultative

### DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE – Remplie par l'employé, pour la protection de l'employé seulement. Veuillez écrire lisiblement à l'encre. Tout texte raturé ou biffé doit être paraphé par l'employé.

Je comprends que la désignation de bénéficiaire ci-dessous ne s'applique qu'à l'assurance vie facultative du régime d'avantages sociaux collectif, c'est-à-dire, à aucune autre garantie pouvant m'être offerte par l'employeur. Je comprends également que je suis le bénéficiaire de la protection d'un conjoint ou d'un enfant à charge, et que cette protection ne peut pas être attribuée à quelqu'un d'autre. Je peux en tout temps changer ma désignation de bénéficiaire sans le consentement du bénéficiaire ayant été désigné auparavant, à moins que je réside au Québec.

Nom	Prénom et initiale	% du capital	Lien avec l'employé	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Les sommes dues doivent être divisées comme suit :  selon les pourcentages indiqués ci-dessus (doit totaliser 100 %), ou  en parts égales entre les survivants

Lorsque les dispositions législatives du Québec s'appliquent, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable (un bénéficiaire irrévocable doit consentir à tout changement) sauf si vous cochez la case qui suit :  **Révocable**, je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

**Désignation d'un fiduciaire ou d'un administrateur** : Si le bénéficiaire est un mineur, je désigne, par la présente, le fiduciaire ou l'administrateur ci-dessous mentionné. Cette personne recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par le fiduciaire ou l'administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise le fiduciaire ou l'administrateur à agir selon sa discrétion et de déboursier ladite somme ou ledit revenu, en tout ou en partie, pour le soutien ou l'éducation dudit ou de ladite mineur(e).

Nom complet	Lien avec l'employé
_____	_____

Si vous désignez un fiduciaire ou un administrateur, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire ou administrateur proposé.

**Québec seulement** : Cette désignation doit être interprétée conformément aux dispositions régissant l'administration de la propriété d'autrui, en vertu du Code civil du Québec.

### DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (À remplir par l'employé et le conjoint - si le conjoint présente une demande d'assurance)

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Je conviens que l'assurance demandée n'entrera en vigueur que lorsque la compagnie d'assurance aura approuvé ma demande. De plus, je conviens que toute assurance accordée en vertu de la présente demande n'entrera en vigueur que si l'employé occupe activement son poste à temps plein, à la date à laquelle la protection entrerait normalement en vigueur. Il est entendu que toute assurance demandée pour les enfants à charge ne peut être accordée que si la demande d'assurance de l'employé ou du conjoint est approuvée. L'employé peut résilier cette assurance à tout moment en déposant une demande par écrit au Régime d'assurance collective des chambres de commerce.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à envoyer par courriel toute demande de renseignements médicaux supplémentaires ou les questionnaires demandés pour le traitement de toute demande de protection aux termes de ce régime, dont la correspondance ayant trait à la tarification des risques médicaux. Cette autorisation s'applique également à mes personnes à charge, le cas échéant.

J'ai été avisé(e) qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité » du site [www.lecollectifdeschambres.ca](http://www.lecollectifdeschambres.ca) ou auprès de l'administrateur de mon régime d'avantages sociaux.

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'originale.

Signature de l'employé \_\_\_\_\_ Adresse électronique \_\_\_\_\_

Signature du conjoint \_\_\_\_\_ Signature des enfants à charge à assurer de 16 ans et plus (14 ans et plus pour le Québec) \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## Demande d'assurance vie facultative

### DÉCLARATION DE SANTÉ - À remplir par chaque membre de la famille qui en fait la demande.

Dans le cas des enfants à charge, la *Déclaration de santé* doit être remplie par l'employé en leur nom. Tous les renseignements fournis sont confidentiels.

Nom de l'adhérent \_\_\_\_\_  Employé  Conjoint  Enfant à charge

Taille \_\_\_\_\_  pieds/pouces  cm Poids actuel \_\_\_\_\_  livres  kilos

Changements de poids durant les 12 derniers mois  gain  perte \_\_\_\_\_  livres  kilos

Précisez la raison pour ce changement de poids. \_\_\_\_\_

Nom et adresse postale du médecin habituel \_\_\_\_\_

Date de la dernière consultation chez un médecin (AAAA/MM/JJ) \_\_\_\_\_

Précisez la raison pour cette consultation. \_\_\_\_\_

**Veillez répondre à TOUTES les questions et fournir les détails demandés au numéro 6 indiqué ci-dessous.**

1. Avez-vous déjà consulté un médecin, a été affligé, reçu des traitements pour l'une des conditions suivantes?

- |  | Oui                      | Non                      |   | Oui                      | Non                      |
|--|--------------------------|--------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Problèmes pulmonaires (p. ex. asthme, bronchite, tuberculose)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f) Résultats positifs, ou consultation prétest ou diagnostic du SIDA, les anticorps anti-VIH ou tout autre problème du système immunitaire? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Trouble cardiaque (p. ex. douleur thoracique, essoufflement, hypertension, ou souffle au coeur)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g) Épilepsie, paralysie, trouble nerveux, mental ou émotionnel?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Trouble de l'estomac (p. ex. ulcère, indigestion ou trouble de la vésicule biliaire)?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | h) Névrite, arthrite, rhumatisme, trouble de la colonne vertébrale ou du dos, douleurs ou problèmes aux muscles ou de fatigue chronique?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Diabète, maladie rénale ou anomalie de l'urine?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | i) Toute maladie, altération ou difformité non citée précédemment?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Cancer, tumeur ou trouble sanguin?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |   |                          |                          |
| 2. Avez-vous un problème de santé physique ou mentale ou d'anomalie physique ou de symptôme de maladie?  |                          |                          |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Au cours des cinq dernières années, avez-vous été hospitalisé ou en observation médicale, pris des médicaments ou obtenu une consultation médicale ou chirurgicale, ou reçu des soins autres que ceux indiqués ci-dessus? |                          |                          |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous utilisé une forme de tabac, dont des cigarettes électroniques ou d'autres substituts du tabac?   |                          |                          |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous déjà consommé des stupéfiants (sauf pour des raisons médicales), été conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou reçu des soins en raison de toxicomanie ou d'alcoolisme?                               |                          |                          |   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Explication des réponses affirmatives aux questions ci-dessus.  |                          |                          |   |                          |                          |

Question numéro	Description de la condition médicale	Date du Début / Rétablissement	Médicaments et/ou traitements	Coûts mensuels approximatifs	Médecin traitant ou hôpital

### DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

#### (À remplir par l'employé et le conjoint - si le conjoint présente une demande d'assurance)

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets. Je conviens que l'assurance demandée n'entrera en vigueur que lorsque la compagnie d'assurance aura approuvé ma demande. De plus, je conviens que toute assurance accordée en vertu de la présente demande n'entrera en vigueur que si l'employé occupe activement son poste à temps plein, à la date à laquelle la protection entrerait normalement en vigueur. Il est entendu que toute assurance demandée pour les enfants à charge ne peut être accordée que si la demande d'assurance de l'employé ou du conjoint est approuvée. L'employé peut résilier cette assurance à tout moment en déposant une demande par écrit au Régime d'assurance collective des chambres de commerce.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à envoyer par courriel toute demande de renseignements médicaux supplémentaires ou les questionnaires demandés pour le traitement de toute demande de protection aux termes de ce régime, dont la correspondance ayant trait à la tarification des risques médicaux. Cette autorisation s'applique également à mes personnes à charge, le cas échéant.

J'ai été avisé(e) qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité » du site [www.lecollectifdeschambres.ca](http://www.lecollectifdeschambres.ca) ou auprès de l'administrateur de mon régime d'avantages sociaux.

Une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'originale.

Signature de l'employé

Adresse électronique

Signature du conjoint

Signature des enfants à charge à assurer de 16 ans et plus (14 ans et plus pour le Québec)

Date

### TAUX MENSUELS D'ASSURANCE VIE FACULTATIVE DU RÉGIME DES CHAMBRES DE COMMERCE

Âge	Homme		Femme	
	Fumeur	Non-fumeur	Fumeuse	Non-fumeuse
Moins de 30	1,08 \$	0,54 \$	0,70 \$	0,37 \$
De 30 à 34	1,41	0,64	0,95	0,40
De 35 à 39	1,45	0,71	1,10	0,58
De 40 à 44	2,97	1,27	2,01	0,85
De 45 à 49	5,24	2,21	3,03	1,49
De 50 à 54	8,25	3,92	4,95	2,51
De 55 à 59	14,02	6,25	8,57	3,93
De 60 à 64	18,12	9,01	11,32	6,45
De 65 à 69	30,97	13,70	18,71	10,73

Le tableau ci-dessus indique les taux mensuels par tranche de **10 000 \$** pour vous et votre conjoint. La protection des enfants à charge de 5 000 \$ coûte 0,24 \$ par mois par enfant à charge. Pour calculer votre prime mensuelle, consultez la colonne « Homme » ou « Femme » dont le statut fumeur ou non-fumeur correspond à votre situation. Trouvez la ligne qui correspond votre âge. Multipliez le coût par le nombre de tranches d'assurance désirée.

### FEUILLE DE CALCUL DE LA PRIME D'ASSURANCE VIE FACULTATIVE

	Nom	Taux	N <sup>bre</sup> de tranches de 10 000 \$	Prime mensuelle
Employé	_____	_____	_____	_____ \$
Conjoint	_____	_____	_____	_____ \$
	Nom	Taux	N <sup>bre</sup> de tranches de 5 000 \$	Prime mensuelle
Enfant à charge	_____	0,24 \$ x	1	_____ \$
Enfant à charge	_____	0,24 \$ x	1	_____ \$
Enfant à charge	_____	0,24 \$ x	1	_____ \$
<b>Prime mensuelle totale</b>				_____ \$