

Assurance vie facultative

Comme vous êtes titulaire d'une assurance vie de base établie par le Régime d'assurance collective des chambres de commerce^{MC}, vous pourriez bénéficier d'une protection complémentaire en souscrivant l'**assurance vie facultative du Régime des chambres de commerce**. Vous auriez également ainsi la possibilité d'assurer votre conjoint ou conjointe et vos enfants à charge. Cette garantie est assortie du tarif avantageux des assurances collectives et d'un niveau élevé de souplesse à l'échelle individuelle, vous permettant de souscrire les protections dont vous avez besoin à un prix abordable.

La protection est offerte en tranches de **10 000 \$** pour vous et votre conjoint ou conjointe, jusqu'à concurrence d'une prestation maximale de 500 000 \$ pour chaque personne. Vous pourriez également ajouter une protection de 5 000 \$ pour chaque enfant à votre charge.

Une fois la protection choisie, elle demeure en vigueur jusqu'à la date à laquelle vous demandez la résiliation ou la date de votre 70^e anniversaire. Elle ne prend pas fin à votre cessation d'emploi.

COMMENT DÉPOSER VOTRE DEMANDE D'ASSURANCE

Veillez remplir une *Proposition d'assurance vie facultative* du Régime des chambres de commerce pour chaque personne à assurer, soit vous, votre conjoint ou conjointe et vos enfants. Les enfants à charge comprennent tous les enfants à charge âgés de moins de 21 ans.

À mesure que vous remplissez le formulaire, vous constaterez des petites différences pour chaque type de personne adhérente.

POUR VOUS, EN TANT QUE PERSONNE EMPLOYÉE

Veillez remplir les sections RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX et DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE en indiquant les bénéficiaires de la somme assurée. Veillez remplir la DÉCLARATION DE SANTÉ et signer la déclaration de la personne adhérente.

POUR VOTRE CONJOINT OU CONJOINTE

Vous devez remplir la section RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX. Votre conjoint ou conjointe doit remplir la section RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT OU LA CONJOINTE et une DÉCLARATION DE SANTÉ **distincte**. Vous et votre conjoint ou conjointe devez signer la déclaration de la personne adhérente.*

POUR VOS ENFANTS À CHARGE

Vous devez remplir les sections 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 de la personne adhérente.*

* Vous (la personne employée) êtes automatiquement désignée comme la personne bénéficiaire de la somme assurée de votre conjoint ou conjointe et de vos enfants à charge.

Veillez retourner la proposition dûment remplie à votre employeur ou employeuse 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**.

Proposition d'assurance vie facultative

Nom de l'entreprise _____ Numéro d'entreprise _____ Numéro de certificat _____

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX (À remplir par la personne employée.)

Nom de famille _____ Numéro de téléphone (_____) _____

Prénom _____ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____

Adresse (domicile) _____ Indentité de genre : Femme Homme

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Autre expression de genre Non dévoilé

Personne fumeuse

Préférence linguistique : Français Anglais

Personne non-fumeuse (pendant au moins 12 mois consécutifs)

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

Protection demandée : moi _____ \$ conjoint-e _____ \$ 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 OU LA CONJOINTE (À remplir si l'assurance du conjoint ou de la conjointe est demandée. Une Déclaration de santé distincte doit être présentée.)

Nom de famille _____ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____

Prénom(s) _____ Femme Homme Autre expression de genre Non dévoilé

Personne fumeuse Personne non-fumeuse (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(s) _____ Femme Homme Autre expression de genre Non dévoilé

L'enfant à moins de 21 ans.

Nom de famille _____ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____

Prénom(s) _____ Femme Homme Autre expression de genre Non dévoilé

L'enfant à moins de 21 ans.

Nom de famille _____ Date de naissance (AAAA/MM/JJ) _____

Prénom(s) _____ Femme Homme Autre expression de genre Non dévoilé

L'enfant à moins de 21 ans.

Proposition d'assurance vie facultative

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

Je comprends que la désignation de bénéficiaire ci-dessous ne s'applique qu'à l'assurance vie facultative et non aux autres garanties collectives que je peux avoir souscrites auprès de mon employeur. Je comprends également que je suis la personne bénéficiaire au titre de la protection de ma conjointe ou mon conjoint et de mes enfants à charge, le cas échéant, et que cette protection ne peut pas être cédée à un tiers. Je peux modifier ma désignation de bénéficiaire n'importe quand sans le consentement de ma-mon bénéficiaire, sauf si je réside dans la province de Québec.

Nom	Prénom et initiale	% du capital	Lien avec la personne employée	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Les sommes dues doivent être divisées comme suit : pourcentage de la somme assurée (doit totaliser 100 %) en parts égales entre les personnes survivantes

Lorsque les dispositions législatives du Québec s'appliquent, la désignation du conjoint ou de la conjointe comme bénéficiaire est irrévocable (la personne 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 ou une fiduciaire ou d'un administrateur ou administratrice : Si la personne bénéficiaire est mineure (non applicable pour les personnes résidant au Québec), je désigne, par la présente, la ou le fiduciaire ou l'administrateur ou administratrice ci-dessous mentionné-e. Cette personne recevra pour la personne bénéficiaire mineure, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par la ou le fiduciaire ou l'administratrice ou administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise la ou le fiduciaire ou l'administratrice ou 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 de la personne mineure.

Nom complet	Lien avec la personne employée
_____	_____

Si vous désignez un ou une fiduciaire ou un administrateur ou une administratrice, nous vous recommandons de consulter une conseillère ou un conseiller juridique et tout-e fiduciaire ou administrateur ou administratrice proposé-e.

Personnes résidant au Québec : 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 POUR LA COLLECTE ET LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(À remplir par la personne employée et le conjoint ou la conjointe – si le conjoint ou la conjointe présente une proposition 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 la personne employée occupe activement son poste de travail permanent,* 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 la personne employée ou du conjoint ou de la conjointe est approuvée. La personne employée 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 le personnel professionnel des soins de santé, les établissements, les prestataires de services, 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.

Je reconnais 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 Web www.lecollectifdeschambres.ca ou auprès du personnel administratif de mon régime d'assurance collective.

Une photocopie de la présente **Déclaration et autorisation** est aussi valide que l'original.

Signature de la personne employée _____ Adresse courriel _____

Signature du conjoint ou de la conjointe _____ Signature des enfants à charge à assurer de 16 ans et plus (14 ans et plus pour le Québec) _____

Date _____

*Dans le cas des entreprises dont la date d'entrée en vigueur des garanties tombe avant le 1^{er} mars 2024 et qui ont choisi de ne pas inclure les personnes employées à temps partiel, pour être admissibles, les personnes employées doivent travailler à temps plein, pendant au moins 20 heures par semaine.

Proposition 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 la personne employée en leur nom. Tous les renseignements fournis sont confidentiels.

Nom de la personne adhérente _____ Employé-e Conjoint-e 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 ou de la médecin habituel-le _____

Date de la dernière consultation médicale (AAAA/MM/JJ) _____

Précisez la raison pour cette consultation. _____

Veillez décrire les traitements ou les médicaments au numéro 6 indiqué ci-dessous.

- | | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Avez-vous déjà consulté un ou une médecin, été affligé-e, reçu des traitements ou vous a-t-on déjà dit que vous aviez l'une des conditions suivantes? | | | | | |
| | Oui | Non | | Oui | Non |
| a) Problèmes pulmonaires (p. ex. asthme, bronchite, tuberculose)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | f) Avez-vous des résultats positifs, vous a-t-on conseillé ou vous a-t-on dit que vous aviez une des conditions suivantes : le 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 cœur)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | g) Épilepsie, paralysie, troubles nerveux, mentaux ou émotionnels? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Trouble de l'estomac (p. ex. ulcère, indigestion ou troubles 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-e ou en observation médicale, pris des médicaments ou obtenu une consultation médicale ou chirurgicale, ou reçu des soins autres que ceux énumérés précédemment? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consommé un produit du tabac, une cigarette électronique ou tout autre produit de remplacement du tabac? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous déjà consommé des stupéfiants (sauf pour des raisons médicales), ou été avisé-e de réduire votre consommation d'alcool ou avez-vous été traité-e pour toxicomanie ou alcoolisme? | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. PRÉCISIONS – si vous avez répondu « oui » à l'une ou l'autre des questions précédemment posées, veuillez expliquer vos réponses ci-dessous. | | | | | |

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

DÉCLARATION ET AUTORISATION POUR LA COLLECTE ET LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

(À remplir par la personne employée et le conjoint ou la conjointe – si le conjoint ou la conjointe présente une proposition 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 la personne employée occupe activement son poste de travail permanent,* 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 la personne employée ou du conjoint ou de la conjointe est approuvée. La personne employée 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 le personnel professionnel des soins de santé, les établissements, les prestataires de services, 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.

Je reconnais 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 Web www.lecollectifdeschambres.ca ou auprès du personnel administratif de mon régime d'assurance collective.

Une photocopie de la présente **Déclaration et autorisation** est aussi valide que l'original.

Signature de la personne employée _____	Adresse courriel _____
Signature du conjoint ou de la conjointe _____	Signature des enfants à charge à assurer de 16 ans et plus (14 ans et plus pour le Québec) _____
Date _____	

*Dans le cas des entreprises dont la date d'entrée en vigueur des garanties tombe avant le 1^{er} mars 2024 et qui ont choisi de ne pas inclure les personnes employées à temps partiel, pour être admissibles, les personnes employées doivent travailler à temps plein, pendant au moins 20 heures par semaine.

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

Âge	Femme		Homme		Autre expression de genre/Non dévoilé	
	Personne fumeuse	Personne non-fumeuse	Personne fumeuse	Personne non-fumeuse	Personne fumeuse	Personne non-fumeuse
Moins de 30	0,63 \$	0,33 \$	0,97 \$	0,49 \$	0,97 \$	0,49 \$
De 30 à 34	0,86	0,36	1,27	0,58	1,27	0,58
De 35 à 39	0,99	0,53	1,30	0,64	1,30	0,64
De 40 à 44	1,81	0,76	2,68	1,14	2,68	1,14
De 45 à 49	2,73	1,34	4,71	1,99	4,71	1,99
De 50 à 54	4,45	2,26	7,42	3,52	7,42	3,52
De 55 à 59	7,72	3,54	12,62	5,63	12,62	5,63
De 60 à 64	10,19	5,81	16,31	8,11	16,31	8,11
De 65 à 69	16,84	9,66	27,87	12,33	27,87	12,33

Le tableau ci-dessus indique les taux mensuels par tranche de **10 000 \$** pour vous et votre conjoint ou conjointe. La protection des enfants à charge de 5 000 \$ coûte 0,22 \$ par mois par enfant à charge. Pour calculer votre prime mensuelle, déterminez le taux qui correspond à votre âge, à votre genre et à votre statut de personne fumeuse ou non-fumeuse et multipliez-le par le nombre d'unités de protection que vous demandez.

FEUILLE DE CALCUL DE LA PRIME D'ASSURANCE VIE FACULTATIVE

	Nom	Taux	N ^{bre} de tranches de 10 000 \$	Prime mensuelle
Employé-e	_____	_____	_____	_____ \$
Conjoint-e	_____	_____	_____	_____ \$
	Nom	Taux	N ^{bre} de tranches de 5 000 \$	Prime mensuelle
Enfant à charge	_____	0,22 \$ x	1	_____ \$
Enfant à charge	_____	0,22 \$ x	1	_____ \$
Enfant à charge	_____	0,22 \$ x	1	_____ \$
Prime mensuelle totale				_____ \$