

ASSURANCE VIE COLLECTIVE OPTIONNELLE DEMANDE POUR ENFANTS À CHARGE

L'assurance-vie facultative pour enfants offre au parent la possibilité de souscrire une assurance-vie pour ses enfants à charge.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Cette brochure est conçue pour décrire les prestations auxquelles votre enfant a droit et ne crée ni ne confère aucun droit contractuel ou autre. Tous les droits relatifs aux prestations d'une personne assurée seront régis uniquement par la police collective émise par Co-operators Life Insurance Company.

Un examen médical est-il obligatoire?

Co-operators Life Insurance Company se réserve le droit de demander un examen médical ou d'autres preuves sans frais pour vous. Vous serez informé directement si nécessaire.

Quand l'assurance prend-elle effet?

La couverture de votre enfant entrera en vigueur une fois que vous aurez reçu une confirmation écrite de MDM Insurance Services Inc.

Comment les primes sont-elles payées?

Le paiement de la prime se fait par retenue sur salaire.

Comment ça marche?

La couverture est disponible en tranches de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de 50 000 \$. Vous pouvez choisir le montant de protection qui vous convient.

Le coût de cette couverture par enfant à charge est de 0,14\$ par tranche de 1000\$ de couverture par mois. Alors:

10 000 \$ de couverture = 1,40 \$ par mois
20 000 \$ de couverture = 2,80 \$ par mois
30 000 \$ de couverture = 4,20 \$ par mois
40 000 \$ de couverture = 5,60 \$ par mois
50 000 \$ de couverture = 7,00 \$ par mois

Comment postuler?

Pour postuler, merci de remplir le dossier de candidature ci-joint et de le transmettre à:

MDM Insurance Services Inc.
Group Underwriting
PO Box 970
Guelph, Ontario N1H 6N1

Pour obtenir des renseignements supplémentaires et des formulaires de demande, communiquez avec votre administrateur de régime.

DEMANDE D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE OPTIONNELLE POUR ENFANTS À CHARGEToute la demande doit être remplie à l'encre.
Copies non acceptables.**Informations sur le candidat (veuillez imprimer)**Montant d'assurance demandé à ce moment: _____ \$ La couverture est disponible en unités de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de 50 000 \$.
(N'incluez pas les avantages déjà en vigueur.)Statut du demandeur: Enfant (Veuillez indiquer ci-dessous le nom de l'employé et son employeur)

Nom de l'employé: _____ Employeur: _____

Nom du demandeur: _____ Genre: mâle femelleAdresse du demandeur: _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____Date de naissance du demandeur: _____ Téléphone: (Maison) _____ (Travail) _____
Jour Mois AnLe demandeur est-il actuellement assuré pour cette couverture? Oui Non Si OUI, Numéro de contract/NIP#: _____

Bénéficiaire en cas de décès du demandeur:

Prénoms complets: _____ Relation avec le demandeur: _____

Remarque: Pour les demandes d'enfants, le bénéficiaire de cette assurance sera l'employé.**Déclaration d'assurabilité du demandeur**1. Avez-vous eu des symptômes ou un traitement pour une condition médicale, un trouble ou une affection ayant entraîné votre hospitalisation au cours des 2 dernières années?
 Oui Non Si OUI, donnez les DÉTAILS dans l'espace prévu au verso.2. Quelle est votre taille et votre poids actuels? Hauteur _____ pi./po. cm Poids _____ lbs. kgVotre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? Oui Non

Si OUI, combien? _____ Pourquoi? _____

3. Êtes-vous maintenant, au mieux de vos connaissances et de vos convictions, en bonne santé et exempt de tout symptôme de maladie? Oui Non Si NON, donnez les DÉTAILS dans l'espace prévu au verso.

4. Êtes-vous actuellement sous observation ou suivez-vous un traitement ou des médicaments auprès d'un médecin ou d'un fournisseur de soins de santé alternatifs pour un trouble, maladie ou condition? (Les fournisseurs de soins de santé alternatifs comprennent l'herboriste, l'acupuncteur, le chiropraticien ou le praticien de l'homéopathie ou naturopathie, etc.)

 Oui Non Si OUI, quoi? _____

Pourquoi? _____

5. Qui est votre médecin traitant ou médecin de famille? _____

Adresse: _____
Rue _____ Ville _____ Province _____ Code Postal _____Date de la dernière vue: _____ Raison et résultat: _____
Jour Mois An6. Avez-vous une affection pour laquelle une hospitalisation ou une intervention chirurgicale a été conseillée ou envisagée? Oui Non

Si OUI, précisez: _____

7. Avez-vous déjà eu ou vous a-t-on dit que vous aviez l'un des symptômes suivants:

- | | Oui | Non |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Trouble pulmonaire ou respiratoire (p. ex., asthme, bronchite, tuberculose, emphysème)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Trouble cardiaque (p. ex. douleur thoracique, essoufflement, hypertension artérielle, rhumatisme articulaire aigu, souffle, crise cardiaque ou accident vasculaire cérébral)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Problème d'estomac (par exemple, ulcère, appendicite, vésicule biliaire, hernie, colite ou autre trouble digestif)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Diabète, maladie rénale, maladie sexuellement transmissible ou urine anormale? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Cancer, kyste, tumeur, croissance ou trouble sanguin? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Épilepsie, paralysie, étourdissements ou trouble nerveux ou mental? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Névrite, arthrite, rhumatisme ou trouble du dos, de la colonne vertébrale, des articulations osseuses ou des muscles? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Troubles nerveux, y compris dépression, anxiété grave ou pensées suicidaires? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) SIDA ou un complexe lié au SIDA, ou une réaction positive à un test conçu pour révéler la présence de Virus de l'immunodéficience (VIH) ou tout autre trouble immunologique? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7.		Oui	Non
j) Hépatite A, B, C, ou de type inconnu, ou tout autre trouble du foie?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Toute maladie, déficience ou difformité non mentionnée ci-dessus?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si OUI à la question #1, si NON à la question #3 ou si OUI à l'une des questions de la question #7, veuillez fournir les détails ci-dessous. Joindre des feuille(s) si nécessaire.

Nom du trouble, de la maladie, etc.	Date de		Résultat	Médecin traitant ou hôpital
	Début	Récupération		

8. Avez-vous déjà consommé de la drogue, y compris de la marijuana et de la cocaïne, à des fins autres que médicales ou vous a-t-on conseillé de réduire votre consommation d'alcool ou avez reçu ou avez été conseillé de recevoir un traitement pour toxicomanie ou alcoolisme? Oui Non Si OUI, précisez: _____

9. Vous a-t-on déjà refusé une assurance-vie ou vous a-t-on proposé une assurance modifiée de quelque façon que ce soit? Oui Non Si OUI, donnez des détails, y compris la(les) date(s) et la(les) raison(s): _____

10. Avez-vous fumé des produits du tabac au cours des 12 derniers mois? (Les produits du tabac comprennent les cigarettes, les cigarillos, les cigares, les mini-cigares, les pipes tabac à mâcher, gomme ou timbre à la nicotine, marijuana ou haschich.) Oui Non

Déclaration de confidentialité

MDM Insurance Services Inc. ("MDM") et Co-operators Life Insurance Company ("Co-operators") s'engagent à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels qu'ils recueillent, utilisent, conservent et divulguent dans le cadre de la conduite des affaires.

Déclaration et autorisation du demandeur

Le demandeur comprend le parent ou le tuteur d'un enfant de moins de 16 ans à assurer.

J'autorise par la présente tout médecin, hôpital, clinique ou tout autre fournisseur ou établissement médical ou de soins de santé, toute compagnie d'assurance, régime provincial d'assurance-maladie, ministère ou organisme gouvernemental, ou toute autre personne ou organisation ayant des informations ou des dossiers médicaux ou autres informations personnelles pertinentes me concernant ou mon enfant de moins de 16 ans à remettre et à échanger avec MDM, Co-operators, l'administrateur du régime collectif ou leurs représentants et/ou agents, tout et toutes les informations nécessaires à l'une ou à l'ensemble des fins suivantes: pour souscrire ma demande de couverture d'assurance, évaluer mon admissibilité à la couverture, et statuer sur toutes les réclamations.

J'autorise en outre MDM, Co-operators, l'administrateur du régime collectif ou leurs représentants et/ou agents à demander que moi-même ou mon enfant de moins de 16 ans, subissions tout examen ou évaluation médical(s) ou paramédical(s) requis à ces fins.

Je comprends que mon refus ou mon retrait de consentement peut entraîner le retard ou le refus de ma demande.

Je reconnais que toute information obtenue à partir de tout examen paramédical ou médical, tout formulaire de preuve médicale, questionnaire(s) ou tout autre document écrit les déclarations remplies et fournies à titre de preuve d'assurabilité font partie de la présente demande et je déclare que toutes ces informations et les informations fournies dans cette demande comme étant véridiques, complètes et exactes. Je reconnais que tout défaut de divulguer ou toute fausse déclaration d'un fait important peut annuler la politique.

Cette autorisation restera valable jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Toute copie de cette autorisation sera aussi valide que l'original. J'autorise mon employeur à déduire régulièrement de mon salaire toute cotisation requise par moi.

Signature du demandeur (si 16 ans ou plus): _____ Date de signature: _____

Signature de l'employé: _____ Date de signature: _____

Parent ou tuteur
Signature (demande pour enfant de moins de 16 ans années): _____ Date de signature: _____

**Ce formulaire doit être reçu à notre bureau dans les 60 jours suivant la date ci-dessus, sinon une nouvelle demande doit être remplie.
Retournez le formulaire de demande dûment rempli par la poste à: MDM Insurance Services Inc., Group Underwriting, PO Box 970, Guelph ON N1H 6N1.**