

L'assurance-vie facultative vous offre, à vous et à votre conjoint, la possibilité de souscrire une assurance-vie supplémentaire pour compléter la protection d'assurance-vie de base.

Pourquoi ai-je besoin d'une couverture supplémentaire?

Les statistiques indiquent que les familles canadiennes ont besoin d'une couverture d'assurance à un niveau de 4 à 6 fois le revenu annuel du ménage. L'un des atouts les plus précieux que nous possédons en tant qu'individus est la capacité de gagner un revenu. La perte de revenu due à un décès prématuré peut avoir un effet dévastateur sur le mode de vie et les rêves d'une famille à moins que des dispositions ne soient prises pour remplacer le revenu perdu.

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Cette brochure est conçue pour décrire les avantages auxquels vous avez 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 Vie.

Un examen médical est-il obligatoire?

Co-operators Vie 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?

Votre couverture entrera en vigueur une fois que vous aurez reçu la confirmation écrite de Co-operators Vie.

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 500 000 \$. Le montant minimum d'assurance qui peut être demandé est de 50 000 \$. Le coût de cette couverture est décrit dans la feuille de taux ci-jointe. Vous pouvez choisir le montant de protection qui vous convient.

À titre d'exemple, une personne de 34 ans souhaite souscrire 10 unités (100 000 \$) d'assurance vie supplémentaire.

Si le coût de cette couverture est de 0,051 \$ par 1 000 \$ de couverture par mois, alors: $100\,000 \$ \div 1\,000 \$ \times 0,051 \$ = 5,10 \$$ 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
P.O. Box 970
Guelph, Ontario N1H 6N1

Pour plus d'informations et des formulaires de demande supplémentaires, contactez votre administrateur de régime.

DEMANDE D'ASSURANCE VIE COLLECTIVE OPTIONNELLE

Toute la demande doit être remplie à l'encre.

Les télécopies ne sont pas acceptées.

Informations sur le candidat (veuillez imprimer)

Montant d'assurance demandé à ce moment: _____ \$ (N'incluez pas les avantages déjà en vigueur.)

Statut du demandeur: Employé Conjoint (Si le conjoint est le demandeur, veuillez également fournir le nom de l'employé et son employeur ci-dessous.)

Nom de l'employé: _____ Employeur: _____

L'employé est-il activement au travail? Oui Non (Si "Non", pourquoi? _____)

Nom du demandeur: _____ Genre mâle femme

Adresse du demandeur: _____
Rue Ville Province Code postal

Salaire annuel du demandeur: _____ \$ Profession du candidat: _____

Date de naissance du demandeur: _____ Téléphone: (domicile) _____ (Entreprise): _____
Jour Mois An

Le demandeur est-il actuellement assuré pour cette couverture? Oui Non If OUI, numéro de contrat / NIP #: _____

Bénéficiaire en cas de décès du Demandeur (Désignation par l'employé seulement):

Prénoms complets: _____

Relation avec le postulant: _____

Remarque: Pour les demandes de conjoint, le bénéficiaire de cette assurance sera l'employé.

Déclaration d'assurabilité du demandeur

1. Un membre de la famille a-t-il reçu un diagnostic de diabète, de maladie cardiaque, d'hypertension artérielle, d'hyperlipidémie, de cancer, de maladie mentale, de VIH, ou a-t-il eu un accident vasculaire cérébral?
 Oui Non Si OUI, précisez: _____

2. L'un de vos parents, frères ou sœurs a-t-il eu des troubles héréditaires (par exemple, la chorée de Huntington, la polykystose rénale, etc.)?
 Oui Non Si OUI, précisez: _____

3. 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.

4. Quelle est votre taille et votre poids actuels? Hauteur _____ pi./po. cm Poids _____ lbs. kg
 Votre poids a-t-il changé au cours de la dernière année? Oui Non
 Si OUI, combien? _____ Pourquoi? _____

5. 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.

6. 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 tout trouble, affection, ou état? (Les fournisseurs de soins de santé alternatifs comprennent l'herboriste, l'acupuncteur, le chiropraticien ou le praticien de l'homéopathie ou de la naturopathie, etc.)
 Oui Non Si OUI, quoi? _____
 Pourquoi? _____

7. 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 An

8. Avez-vous une affection pour laquelle une hospitalisation ou une intervention chirurgicale a été conseillée ou est envisagée? Oui Non
 Si OUI, précisez: _____

9. 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 (p. ex., 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"/>

	Oui	Non
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 d'un déficit immunitaire humain Virus (VIH) ou tout autre trouble immunologique?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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 3, si NON à la question 5 ou si OUI à l'une des questions de la question 9, 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		

10. Avez-vous déjà pris des drogues, 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: _____

11. 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): _____

12. 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

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 renseignements médicaux ou autres renseignements personnels pertinents ou des dossiers me concernant à divulguer et échanger avec MDM, Co-operators, l'administrateur du régime collectif ou leurs représentants et/ou agents, toute information nécessaire pour l'un ou l'ensemble des objectifs suivants: 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 je subisse un tel examen médical ou paramédical examen(s) ou évaluation(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.

Je souhaite demander la couverture facultative en vertu de la police collective # _____ - _____ émis par Co-operators, Life Insurance Company, et autoriser mon employeur à déduire régulièrement de mon salaire toute cotisation requise par moi.

Signature du demandeur: _____ Date de signature: _____

Signature de l'employé: _____ 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. Retourner le formulaire de demande rempli par la poste à : MDM Insurance Services Inc., Group Underwriting, PO Box 970, Guelph ON N1H 6N1.

Barème d'assurance-vie collective facultative

Disponible en unités de 10 000 \$ jusqu'à un maximum de 500 000 \$ pour l'employé et le conjoint du salarié. Le montant minimum d'assurance qui peut être demandé est 50 000 \$. La prime inclut l'exonération de la clause de prime. Les tarifs sont recalculés à chaque date de renouvellement du régime d'avantages sociaux, quelle que soit la date d'entrée en vigueur la couverture de l'assuré a commencé.

TARIFS VIE OPTIONNELS*				
<small>(par tranche de 1 000 \$ de couverture)</small>				
Âge	Homme <i>Non fumeur</i>	Femme <i>Non fumeur</i>	Homme <i>Fumeur</i>	Femme <i>Fumeur</i>
Moins de 30 ans	0,043	0,036	0,072	0,058
30 - 39	0,051	0,044	0,101	0,088
40 - 44	0,101	0,066	0,226	0,153
45 - 49	0,184	0,123	0,417	0,285
50 - 54	0,335	0,210	0,663	0,436
55 - 59	0,478	0,302	1.000	0,613
60 - 64	0,741	0,524	1.352	0,853
65 - 69	1.278	0,907	2.332	1.468

* Ne comprend pas la taxe de vente provinciale (TVP).

Exemple de calcul de la prime mensuelle:

Un homme, non-fumeur, âgé de 34 ans, demandant une couverture de 100 000 \$:

$$0,051 \times 100\,000 \div 1\,000 = 5,10 \text{ \$ par mois}$$