

Formulaire d'adhésion L'assurance-vie facultative du STTP

OFFRE D'UNE DURÉE LIMITÉE - AUCUNE PREUVE D'ASSURABILITÉ REQUISE - À COMPLÉTER AVANT LE 30 AVRIL 2020

1 RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	INITIALE
DATE DE NAISSANCE (a/m/j)	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU STTP (Obligatoire)		SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
ADRESSE	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
NO DE TÉLÉPHONE (Primaire)	ADRESSE DE COURRIEL ÉLECTRONIQUE	AVEZ-VOUS CONSOMMÉ DES PRODUITS DU TABAC DANS LES 12 DERNIERS MOIS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

2 DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE DU MEMBRE

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	INITIALE
DATE DE NAISSANCE (a/m/j)	LIEN DE PARENTÉ	%	
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	INITIALE
DATE DE NAISSANCE (a/m/j)	LIEN DE PARENTÉ	%	
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	INITIALE
DATE DE NAISSANCE (a/m/j)	LIEN DE PARENTÉ	%	

Si vous désignez un mineur comme bénéficiaire, veuillez nommer un fiduciaire. NOTA : Au Québec, tout montant à être payé à un bénéficiaire au moment où il/elle est mineur(e) sera payé pour son compte au(x) parent(s) ou tuteur légal de ce bénéficiaire. Le règlement des sommes dues au fiduciaire libère la Compagnie de toute obligation.

NOM DE FAMILLE DU FIDUCIAIRE	PRÉNOM DU FIDUCIAIRE	LIEN DE PARENTÉ
------------------------------	----------------------	-----------------

Au Québec, si vous désignez comme bénéficiaire votre conjoint en vertu d'un mariage ou d'une union civile, ce bénéficiaire est irrévocable à moins que vous cochiez la case désignation révoicable.

DÉSIGNATION RÉVOICABLE

Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, le produit sera versé à votre succession.

Cette déclaration de bénéficiaire remplacera toutes les nominations précédentes et s'appliquera aux polices d'assurance-vie de base et d'assurance-vie facultative émises par la Sun Life au nom du STTP.

3 COUVERTURE DU MEMBRE

100 000 \$* (OUI, JE VEUX LA PREMIÈRE TRANCHE DE 100 000 \$ EN ASSURANCE-VIE FACULTATIVE POUR MOI-MÊME)

TAUX MENSUEL DE PRIMES

	Moins de 40 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 70 ans
Homme, non-fumeur	9,20 \$	13,40 \$	26,20 \$	46,00 \$	84,00 \$	122,00 \$	178,72 \$
Homme, fumeur	17,60 \$	29,00 \$	52,80 \$	92,90 \$	155,00 \$	212,60 \$	348,92 \$
Femme, non-fumeuse	7,80 \$	13,40 \$	23,40 \$	37,40 \$	59,80 \$	79,40 \$	113,60 \$
Femme, fumeuse	14,60 \$	20,40 \$	37,40 \$	61,40 \$	92,40 \$	118,80 \$	184,80 \$

4 RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT / LA CONJOINTE (À REMPLIR SEULEMENT SI VOUS AVEZ SÉLECTIONNÉ UNE COUVERTURE FACULTATIVE POUR CONJOINT(E))

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	INITIALE
DATE DE NAISSANCE (a/m/j)	VOTRE CONJOINT(E) A CONSOMMÉ DES PRODUITS DU TABAC DANS LES 12 DERNIERS MOIS ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme

Avis de non-responsabilité : Si la couverture de conjoint(e) est sélectionnée, le membre sera automatiquement désigné comme bénéficiaire.

5 COUVERTURE POUR CONJOINT(E)

50 000 \$* (OUI, JE VEUX LA PREMIÈRE TRANCHE DE 50 000 \$ EN ASSURANCE-VIE FACULTATIVE POUR MON / MA CONJOINT(E))

TAUX MENSUEL DE PRIMES

	Moins de 40 ans	40 à 44 ans	45 à 49 ans	50 à 54 ans	55 à 59 ans	60 à 64 ans	65 à 70 ans
Homme, non-fumeur	4,60 \$	6,70 \$	13,10 \$	23,00 \$	42,00 \$	61,00 \$	89,36 \$
Homme, fumeur	8,80 \$	14,50 \$	26,40 \$	46,10 \$	77,50 \$	106,30 \$	174,46 \$
Femme, non-fumeuse	3,90 \$	6,70 \$	11,70 \$	18,70 \$	29,90 \$	39,70 \$	56,80 \$
Femme, fumeuse	7,30 \$	10,20 \$	18,70 \$	30,70 \$	46,20 \$	59,40 \$	92,40 \$

6 AUTORISATION ET DÉCLARATION

J'autorise Coughlin à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins de rapports gouvernementaux, d'identification et d'administration de mon programme d'avantages sociaux; d'échange de mes renseignements personnels avec les personnes, organisations ou parties suivantes : des compagnies d'assurance et des vérificateurs; d'utilisation des renseignements personnels au dossier pour me transmettre un complément d'information concernant les avantages sociaux auxquels j'ai droit. Si je dois communiquer des renseignements personnels au sujet de mon conjoint ou des personnes à ma charge, je confirme que je suis autorisé à agir en leur nom. J'atteste qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section Autorisation et déclaration est aussi valide que l'original. Je certifie que les renseignements qui y figurent sont véridiques, pour autant que je sache.

Il faut en obtenir l'autorisation pour divulguer des renseignements sur votre conjoint et sur les personnes à votre charge pour les inscrire au programme. En souscrivant à ce programme, vous autorisez la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses agents et prestataires de services à utiliser et à divulguer des renseignements collectés dans le présent formulaire pour souscrire, administrer et rembourser des demandes de règlement. Votre répondant de programme et administrateur, Coughlin & associés liée, autorisée à utiliser les renseignements collectés sur le présent formulaire pour administrer vos avantages sociaux et procéder aux redevances nécessaires sur votre paie. L'ensemble des renseignements dans le présent formulaire sont véridiques et complets. Une photocopie ou version électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.



Signature du membre (pour votre couverture d'assurance-vie facultative du STTP)

Date (a/m/j)

Signature du conjoint/de la conjointe (pour la couverture d'assurance-vie facultative du STTP pour conjoint(e))

Date (a/m/j)

Les garanties collectives sont établies par la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Sun Life.

Numero de contrat : 87032G

* Si vous ou votre conjoint(e) demandez une assurance facultative auprès de la Sun Life pour la première fois, vous n'avez pas à fournir de renseignements sur votre état de santé au moment de présenter votre demande. Si vous avez déjà fait une demande d'assurance facultative par le passé et que celle-ci a été refusée, vous pouvez présenter une nouvelle demande, mais nous aurons besoin de renseignements sur votre état de santé.

Assurance maladies graves

MAINTENANT INCLUSE AVEC LA

Couverture d'assurance-vie facultative

Les membres et leurs conjoints(es) assurés avec l'assurance-vie facultative du STTP sont automatiquement admissibles à recevoir 5 000 \$ d'assurance maladies graves sans frais supplémentaires.

L'assurance contre les maladies graves est **SANS FRAIS SUPPLÉMENTAIRES** et vous offre un paiement forfaitaire de 5 000 \$ suite au diagnostic d'une des conditions médicales suivantes :

- accident vasculaire cérébral
- anémie aplastique
- brûlures sévères
- cancer (mettant le vie en danger)
- cécité
- chirurgie coronarienne
- chirurgie de l'aorte
- coma
- crise cardiaque
- démence, y compris la maladie d'Alzheimer
- infection professionnelle par le VIH
- insuffisance d'un organe vital avec inscription sur liste d'attente
- insuffisance rénale
- maladie de Parkinson ou de syndrome parkinsonien atypique
- maladie du motoneurone
- méningite bactérienne
- paralysie
- perte d'autonomie
- perte de la parole
- perte de membres
- remplacement ou réparation valvulaire
- sclérose en plaques
- surdité
- transplantation d'un organe vital
- tumeur cérébrale bénigne

*La couverture se termine à 65 ans.

Voir le document "**Faits Saillants - Assurance contre les maladies graves**" pour les définitions complètes des conditions couvertes, disponible pour téléchargement à :

www.coughlin.ca/cupw/pdf/NeedToKnow_CriticalIllness_FR.pdf

