

# Fiche d'adhésion à la couverture *Assurance individuelle contre les accidents* de l'ACCTA

Le tableau ci-dessous indique la prime mensuelle par tranche de 25 000 \$ de couverture. La couverture maximale offerte en vertu des programmes *Membre seulement* ou *Le membre et sa famille* est 250 000 \$.

## Exemple:

Une personne désirant obtenir une couverture de 100 000 \$ en vertu du programme *Membre seulement* verserait une prime mensuelle de 4 \$. La même couverture dans le cadre du programme *Membre et sa famille* s'obtient en versant une prime mensuelle de 6 \$.

Capital assuré choisi pour vous	Membre seulement	Membre et sa famille
25 000 \$ (minimum)	1,00 \$	1,50 \$
50 000 \$	2,00 \$	3,00 \$
75 000 \$	3,00 \$	4,50 \$
100 000 \$	4,00 \$	6,00 \$
125 000 \$	5,00 \$	7,50 \$
150 000 \$	6,00 \$	9,00 \$
175 000 \$	7,00 \$	10,50 \$
200 000 \$	8,00 \$	12,00 \$
225 000 \$	9,00 \$	13,50 \$
250 000 \$ (maximum)	10,00 \$	15,00 \$

## Information du proposant

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_  
N° d'assurance sociale \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Ville \_\_\_\_\_  
Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  
Adresse de CÉ \_\_\_\_\_  
N° de tél. au travail \_\_\_\_\_  
N° de tél. à la maison \_\_\_\_\_  
Employeur \_\_\_\_\_  
Occupation \_\_\_\_\_  
Sexe  Homme  Femme Langue  Anglais  Français  
Niveau de couverture d'ADMA demandé \_\_\_\_\_

## Type de couverture demandé (en cocher un)

- Couverture *Membre seulement*  
 Couverture *Le membre et sa famille*

## Renseignements sur le conjoint, pour la couverture *Le membre et sa famille*

Nom \_\_\_\_\_  
Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_  
Date de naissance \_\_\_\_\_ Sexe  Homme  Femme  
Niveau de couverture d'ADMA demandé \_\_\_\_\_

## Désignation du bénéficiaire révocable

Nom(s) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
Lien de parenté \_\_\_\_\_

L'employé, s'il est vivant, est le bénéficiaire de l'assurance du conjoint. S'il est décédé, sa succession devient le bénéficiaire.

Là où les lois du Québec s'appliquent, si le conjoint est le bénéficiaire désigné, cette désignation est irrévocable (ne peut être changée), à moins que vous n'indiquiez révocable en cochant cette case :  **Révocable**

## Autorisation

J'autorise la retenue des primes sur mon salaire concernant la couverture d'assurance demandée ci-dessus.

Date

Employé/demandeur

Date

Signature du conjoint (pour la couverture du conjoint)