

Formulaire d'adhésion

Assurance-vie collective de base gratuite

Côté A

Numéro de contrat : 87032G

1 RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		INITIALE	
DATE DE NAISSANCE (aaaa/mm/jj)	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU STTP (Obligatoire)			LANGUAGE <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
ADRESSE			VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
TÉLÉPHONE (Domicile)		TÉLÉPHONE (Cellulaire)		ADRESSE COURRIEL	

2 DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		INITIALE	
DATE DE NAISSANCE (aaaa/mm/jj)	LIEN DE PARENTÉ			%	
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		INITIALE	
DATE DE NAISSANCE (aaaa/mm/jj)	LIEN DE PARENTÉ			%	
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		INITIALE	
DATE DE NAISSANCE (aaaa/mm/jj)	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 RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT (LE CAS ECHEANT)

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		INITIALE	
DATE DE NAISSANCE (aaaa/mm/jj)	SEXE <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme				

4 COUVERTURE DES ENFANTS

NOM D'ENFANT (Nom de famille, Prénom)	DATE DE NAISSANCE (aaaa/mm/jj)
NOM D'ENFANT (Nom de famille, Prénom)	DATE DE NAISSANCE (aaaa/mm/jj)
NOM D'ENFANT (Nom de famille, Prénom)	DATE DE NAISSANCE (aaaa/mm/jj)
NOM D'ENFANT (Nom de famille, Prénom)	DATE DE NAISSANCE (aaaa/mm/jj)

5 AUTORISATION DE RECUEILLIR, D'UTILISER ET DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Accord et autorisation. En signant le présent formulaire :

1. Vous demandez d'obtenir la couverture prévue au régime d'assurance collective fourni par le promoteur (« régime ») et vous autorisez le prélèvement de retenues salariales équivalant aux cotisations nécessaires, s'il y a lieu, pour couvrir les coûts des prestations du régime auquel vous avez adhéré, conformément aux dispositions du régime.

2. Vous autorisez Coughlin & associés ltée (l'administrateur du régime), une entreprise de People Corporation, à utiliser et à communiquer les renseignements inscrits sur le formulaire aux fins établies ci-après. Vous convenez également d'aviser immédiatement Coughlin & associés ltée de toute modification apportée aux renseignements que vous avez fournis sur ce formulaire.

3. Vous attestez que les renseignements sont véridiques, exacts et complets, au meilleur de vos connaissances, et que, si vous avez fourni des renseignements sur un conjoint, un enfant à charge, un bénéficiaire ou un fiduciaire, vous êtes autorisé à le faire et avez obtenu le ou les consentements requis afin de nous permettre d'utiliser et de communiquer l'information indiquée aux présentes. Vous reconnaissez que toute photocopie ou copie électronique du formulaire que vous avez signé a la même valeur que l'original.

Utilisation des renseignements personnels.

- Coughlin & associés ltée utilise et communique vos renseignements personnels pour :
 - Déterminer votre admissibilité aux prestations offertes par le régime, de même que celle de votre conjoint et de vos enfants à charge; prendre des dispositions pour que ces prestations vous soient versées; administrer le régime et votre participation; vérifier, gérer et évaluer le régime et vos demandes de règlement; enquêter sur vos demandes de règlement; vous verser les prestations; se conformer aux exigences réglementaires; faire des analyses.
 - Vérifier votre identité et effectuer des recherches pour vous trouver ou trouver vos bénéficiaires.
 - Répondre aux questions sur le régime et les prestations qu'il offre.

2. Nous utilisons et communiquons vos renseignements personnels et, si applicable, les renseignements personnels sur la santé afin d'effectuer l'évaluation actuarielle du régime et des prestations, pour déterminer l'admissibilité aux prestations de vos enfants à charge et, au besoin, pour vérifier votre identité.

Si vous êtes tenu de participer au régime, vous n'êtes pas autorisé à retirer votre consentement à utiliser et à communiquer ces renseignements personnels dans le contexte d'avantages obligatoires. Si vous retirez votre consentement pour ce qui touche les avantages facultatifs, vous pourriez de ce fait mettre fin à votre adhésion à cette partie du régime.

Utilisation des renseignements personnels facultatifs. Si vous fournissez des renseignements, vous pouvez nous retirer l'autorisation de les utiliser et de les communiquer. Pour ce faire, envoyez une demande écrite à l'administrateur du régime ou à notre agent de protection de la vie privée adressée à la personne-ressource indiquée ci-après.

- Dans le cas de renseignements sur un bénéficiaire, toute prestation de décès n'ayant pas à être versée à votre conjoint le sera aux bénéficiaires désignés. Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaires, la prestation de décès sera payée à la succession.
- Si un bénéficiaire désigné a moins de 18 ans, la prestation de décès sera versée en fiducie au fiduciaire que vous aviez désigné.
- Advenant que vous ayez fourni vos renseignements bancaires en lien avec toute couverture d'assurance vie facultative, ces renseignements seront utilisés pour payer les primes associées à cette couverture.

Communication de renseignements personnels. Les renseignements fournis dans le présent formulaire pourront être communiqués, s'il y a lieu, aux personnes suivantes :

- Nos employés, sous-traitants et conseillers professionnels, ainsi que les employés, sous-traitants et conseillers professionnels de nos sociétés affiliées, qui en ont besoin pour effectuer leurs tâches liées aux utilisations susmentionnées de ces renseignements.
- Les fournisseurs dont nous retenons les services pour nous aider à remplir nos obligations en vertu du régime, notamment en matière de sécurité des renseignements, de traitement des données, traitement des demandes d'indemnisation, contrôle des fraudes, de sauvegarde, de programmation, d'envoi de courrier et de localisation de personnes; ces fournisseurs se trouvent au Canada ou à l'étranger, et les renseignements sont susceptibles de divulgation aux autorités gouvernementales.
- Les personnes que vous avez autorisées à accéder à ces renseignements.
- Les personnes que la loi autorise à consulter ces renseignements.
- Le(s) établissement(s) financier(s) visé(s) par vos renseignements bancaires, des organismes gouvernementaux, des actuaux, des compagnies d'assurance et leurs réassureurs, des fournisseurs de services, votre employeur, le conseil d'administration du régime, le syndicat et des vérificateurs.

Communications facultatives

En cochant cette case, vous consentez à recevoir des communications électroniques sur nos autres produits et services et sur des produits et services offerts par nos fournisseurs de services ou nos fournisseurs de services affiliés.

Signature du membre (pour votre couverture d'assurance-vie de base gratuite du STTP)

Date (aaaa/mm/jj)

Protection de vos renseignements personnels. Nous reconnaissons et respectons votre droit à la vie privée. Lorsque des renseignements personnels nous sont fournis, nous les conservons dans un dossier confidentiel situé dans nos installations ou dans celles d'une organisation autorisée par nous. L'accès à ce dossier est limité à notre personnel ou à d'autres personnes autorisées par nous pour effectuer leurs tâches en rapport avec votre régime, à d'autres personnes autorisées par vous et à des personnes autorisées par la loi. Si vous souhaitez obtenir plus de détails sur nos mesures de protection de vos renseignements personnels ou sur les autres personnes à qui nous communiquons ces renseignements, consultez notre politique de protection de la vie privée à l'adresse <https://www.peoplecorporation.com/fr-ca/protection-de-la-vie-privee> ou encore, communiquez avec notre agent de protection de la vie privée par courrier envoyé à Coughlin & associés ltée, 1403, boul. Kenaston Winnipeg, MB, R3P 2T5, ou par courriel à l'adresse suivante privacy.officer@peoplecorporation.com.


COUGHLIN
 spécialistes des avantages sociaux


Remplir le formulaire d'adhésion au verso pour la couverture d'assurance-vie facultative du STTP
 Maintenant avec l'assurance maladies graves incluse. Pour plus de renseignements sur une couverture maladies graves veuillez visiter https://coughlin.ca/clients/cupw/pdf/NeedToKnow_CriticalIllness_FR.pdf



Formulaire d'adhésion

couverture d'assurance-vie facultative

Assurance maladies graves gratuite de 5 000 \$ incluse si le membre et/ou son conjoint est approuvé pour l'assurance vie facultative

Contrat : Facultative 87032G
Maladies Graves 106732

6 Veuillez m'inscrire à l'assurance-vie facultative et de mutilation par accident du régime collectif temporaire dont le montant est coché ci-dessous* :

Couverture facultative du Membre

25 000 \$ 50 000 \$ 75 000 \$ 100 000 \$ 125 000 \$ 150 000 \$ 175 000 \$ 200 000 \$ 225 000 \$ 250 000 \$

Couverture facultative du/de la Conjoint(e)

25 000 \$ 50 000 \$ 75 000 \$ 100 000 \$ 125 000 \$ 150 000 \$ 175 000 \$ 200 000 \$ 225 000 \$ 250 000 \$

Couverture facultative du/des Enfant(s) Admissible(s)

10 000 \$ Je demande la couverture facultative pour mes enfants au montant de 10 000 \$ pour chacun et atteste de leur bonne santé. Un enfant est admissible s'il est âgé de plus de 14 jours et de moins de 21 ans ou d'au moins 21 ans mais pas plus de 25 ans s'il est étudiant à temps plein. Le coût total des primes d'assurance-vie et en cas de décès ou de mutilation par accident est de 2 \$ par mois par famille pour la couverture des enfants.

*La couverture facultative est assujettie à une prime. La couverture maximale de l'assurance-vie est de 150 000 \$ à l'âge de 65 ans et prend fin le 1er janvier suivant le 70e anniversaire de l'assuré.

7 QUESTIONNAIRE MÉDICAL (REQUIS SI VOUS DEMANDEZ UNE COUVERTURE FACULTATIVE)

TAILLE DU MEMBRE

pi/po cm

POIDS DU MEMBRE

lb kg

TAILLE DU CONJOINT(E)

pi/po cm

POIDS DU CONJOINT(E)

lb kg

Si vous répondez « Oui » à l'une des questions ci-dessous : Fournissez des détails supplémentaires sur une feuille de papier séparée, en vous assurant que tous sont signés, datés et agrafés à ce formulaire. Ne nous parlez pas de tests génétiques ou de résultats de tests génétiques.

- | | MEMBRE | CONJOINT(E) |
|--|---|---|
| 1. Avez-vous consommé des produits du tabac dans les 12 derniers mois ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2. a) Avez-vous déjà été admis à un hôpital ou à une clinique comme patient (sauf pour grossesse ou accouchement) pour plus de cinq jours consécutifs ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| b) Avez-vous déjà reçu des prestations d'invalidité pendant une période de trois mois ou plus ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 3. Vous a-t-on refusé une demande d'assurance-vie ou d'assurance-invalidité, ou l'a-t-on évaluée à un niveau supérieur au taux de prime standard ? | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 4. Avez-vous déjà i) subi un traitement (y compris le fait de prendre des médicaments ou de recevoir des injections); ou ii) consulté un médecin; ou iii) été diagnostiqué comme étant atteint des affections suivantes: | | |

	MEMBRE	CONJOINT(E)		MEMBRE	CONJOINT(E)
Syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) ou du syndrome apparant au sida (ARC)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Trouble des reins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Examen indiquant la présence du VIH (virus du sida)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Problèmes psychiatriques ou psychologiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cancer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Trouble des poumons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Diabète	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Trouble neurologique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hypertension	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Trouble digestif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Problèmes cardiaques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Syndrome de fatigue chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Accident cérébrovasculaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Alcoolisme ou toxicomanie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble du foie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Arthrite ou problèmes de dos	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser :

Membre

Conjoint(e)

*TAUX MENSUEL DE PRIMES (par 25 000 \$ de couverture)

Âge	Homme Non-fumeur	Homme Fumeur	Femme Non-fumeuse	Femme Fumeuse
Moins de 40	2,30 \$	4,40 \$	1,95 \$	3,65 \$
40 à 44	3,35 \$	7,25 \$	3,35 \$	5,10 \$
45 à 49	6,55 \$	13,20 \$	5,85 \$	9,35 \$
50 à 54	11,50 \$	23,05 \$	9,35 \$	15,35 \$
55 à 59	21,00 \$	38,75 \$	14,95 \$	23,10 \$
60 à 64	30,50 \$	53,15 \$	19,85 \$	29,70 \$
65 à 70	44,68 \$	87,23 \$	28,40 \$	46,20 \$

Exemple : Une homme de 38 ans, qui ne fume pas, et qui désire bénéficier d'une couverture de 100 000 \$ (4 X 25 000 \$), versera une prime mensuelle de 9,20 \$ (4 X 2,30 \$). Les primes font l'objet d'un nouveau calcul le 1er janvier de chaque année.

8 AUTORISATION DE RECUEILLIR, D'UTILISER ET DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Accord et autorisation.

En signant le présent formulaire :
1. Vous demandez d'obtenir la couverture prévue au régime d'assurance collective fourni par le promoteur (« régime ») et vous autorisez le prélèvement de retenues salariales équivalant aux cotisations nécessaires, s'il y a lieu, pour couvrir les coûts des prestations du régime auquel vous avez adhéré, conformément aux dispositions du régime.

2. Vous autorisez Coughlin & associés ltée (l'administrateur du régime), une entreprise de People Corporation, à utiliser et à communiquer les renseignements inscrits sur le formulaire aux fins établies ci-après. Vous convenez également d'aviser immédiatement Coughlin & associés ltée de toute modification apportée aux renseignements que vous avez fournis sur ce formulaire.

3. Vous atteste que les renseignements sont véridiques, exacts et complets, au meilleur de vos connaissances, et que, si vous avez fourni des renseignements sur un conjoint, un enfant à charge, un bénéficiaire ou un fiduciaire, vous êtes autorisé à le faire et avez obtenu le ou les consentements requis afin de nous permettre d'utiliser et de communiquer l'information indiquée aux présentes. Vous reconnaissez que toute photocopie ou copie électronique du formulaire que vous avez signé a la même valeur que l'original.

Utilisation des renseignements personnels.

1. Coughlin & associés ltée utilise et communique vos renseignements personnels pour :
- Déterminer votre admissibilité aux prestations offertes par le régime, de même que celle de votre conjoint et de vos enfants à charge; prendre des dispositions pour que ces prestations vous soient versées; administrer le régime et votre participation; vérifier, gérer et évaluer le régime et vos demandes de règlement; enquêter sur vos demandes de règlement; vous verser les prestations; se conformer aux exigences réglementaires; faire des analyses.
 - Vérifier votre identité et effectuer des recherches pour vous trouver ou trouver vos bénéficiaires.
 - Répondre aux questions sur le régime et les prestations qu'il offre.

2. Nous utilisons et communiquons vos renseignements personnels et, si applicable, les renseignements personnels sur la santé afin d'effectuer l'évaluation actuarielle du régime et des prestations, pour déterminer l'admissibilité aux prestations de vos enfants à charge et, au besoin, pour vérifier votre identité.

Si vous êtes tenu de participer au régime, vous n'êtes pas autorisé à retirer votre consentement à utiliser et à communiquer ces renseignements personnels dans le contexte d'avantages obligatoires. Si vous retirez votre consentement pour ce qui touche les avantages facultatifs, vous pourriez de ce fait mettre fin à votre adhésion à cette partie du régime.

Je certifie ou confirme que je suis activement au travail et membre en règle du Syndicat des Travailleurs et Travailleuses des Postes, à la date de la signature de la présente demande.

Utilisation des renseignements personnels facultatifs. Si vous fournissez des renseignements, vous pouvez nous retirer l'autorisation de les utiliser et de les communiquer. Pour ce faire, envoyez une demande écrite à l'administrateur du régime ou à notre agent de protection de la vie privée adressée à la personne-ressource indiquée ci-après.

- Dans le cas de renseignements sur un bénéficiaire, toute prestation de décès n'ayant pas à être versée à votre conjoint le sera aux bénéficiaires désignés. Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaires, la prestation de décès sera payée à la succession.
- Si un bénéficiaire désigné a moins de 18 ans, la prestation de décès sera versée en fiducie au fiduciaire que vous aviez désigné.
- Advenant que vous ayez fourni vos renseignements bancaires en lien avec toute couverture d'assurance vie facultative, ces renseignements seront utilisés pour payer les primes associées à cette couverture.

Communication de renseignements personnels. Les renseignements fournis dans le présent formulaire pourront être communiqués, s'il y a lieu, aux personnes suivantes :

- Nos employés, sous-traitants et conseillers professionnels, ainsi que les employés, sous-traitants et conseillers professionnels de nos sociétés affiliées, qui en ont besoin pour effectuer leurs tâches liées aux utilisations susmentionnées de ces renseignements.
- Les fournisseurs dont nous retenons les services pour nous aider à remplir nos obligations en vertu du régime, notamment en matière de sécurité des renseignements, de traitement des données, traitement des demandes d'indemnisation, contrôle des fraudes, de sauvegarde, de programmation, d'envoi de courrier et de localisation de personnes; ces fournisseurs se trouvent au Canada ou à l'étranger, et les renseignements sont susceptibles de divulgation aux autorités gouvernementales.
- Les personnes que vous avez autorisées à accéder à ces renseignements.
- Les personnes que la loi autorise à consulter ces renseignements.
- Le(s) établissement(s) financier(s) visé(s) par vos renseignements bancaires, des organismes gouvernementaux, des actuaire, des compagnies d'assurance et leurs réassureurs, des fournisseurs de services, votre employeur, le conseil d'administration du régime, le syndicat et des vérificateurs.

Communications facultatives

En cochant cette case, vous consentez à recevoir des communications électroniques sur nos autres produits et services et sur des produits et services offerts par nos fournisseurs de services ou nos fournisseurs de services affiliés.

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

Date (aaaa/mm/jj)

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

Date (aaaa/mm/jj)

Protection de vos renseignements personnels. Nous reconnaissons et respectons votre droit à la vie privée. Lorsque des renseignements personnels nous sont fournis, nous les conservons dans un dossier confidentiel situé dans nos installations ou dans celles d'une organisation autorisée par nous. L'accès à ce dossier est limité à notre personnel ou à d'autres personnes autorisées par nous pour effectuer leurs tâches en rapport avec votre régime, à d'autres personnes autorisées par vous et à des personnes autorisées par la loi. Si vous souhaitez obtenir plus de détails sur nos mesures de protection de vos renseignements personnels ou sur les autres personnes à qui nous communiquons ces renseignements, consultez notre politique de protection de la vie privée à l'adresse <https://www.peoplecorporation.com/fr-ca/protection-de-la-vie-privee> ou encore, communiquez avec notre agent de protection de la vie privée par courrier envoyé à Coughlin & associés ltée, 1403, boul. Kenaston Winnipeg, MB, R3P 2T5, ou par courriel à d'adresse suivante privacy.officer@peoplecorporation.com.