Assomption Vie
Assurance collective

AVIS

DOSSIER ET RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Cet avis s'applique à vous, le participant, ainsi qu'à vos personnes à charge pour qui vous faite une demande d'assurance.

Dans le cadre de l'administration de votre assurance collective, Assomption Vie recueille des renseignements personnels à votre sujet ainsi qu'au sujet de toute autre personne à assurer. Assomption Vie peut retenir les services d'un administrateur spécialisé pour gérer votre dossier d'assurance y compris la gestion de vos réclamations.

Dans le but de protéger le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Assomption Vie est responsable de voir à ce qu'un dossier dans lequel seront versés les renseignements concernant votre demande d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute demande de règlement d'assurance soit constitué et conservé selon les règles applicables. Ces renseignements que nous obtenons à votre sujet peuvent être de nature médicale ou porter sur vos habitudes de vie. Nous ou nos réassureurs pourrons consulter tout dossier d'assurance en notre possession ou en possession d'autres assureurs ou réassureurs concernant toute autre demande d'assurance ou déclaration que vous auriez faite par le passé pour l'étude de votre demande d'assurance ou lors de l'étude d'une réclamation.

S'il s'agit d'une couverture familiale, les relevés et les chèques de règlement, qui peuvent contenir des renseignements personnels sur votre conjoint et vos personnes à charge, vous seront automatiquement envoyés en votre qualité de participant au régime. Vous devez donc aviser les membres de votre famille que ces renseignements vous seront communiqués.

Lors de l'étude d'une réclamation, nous pourrions exiger une copie de votre dossier médical. Nous pourrions aussi retenir les services d'un enquêteur dans le but d'effectuer une enquête à votre sujet. Cette enquête peut porter sur votre santé, vos finances et votre style de vie. Lors de cette enquête, des membres de votre famille, vos amis ou vos voisins pourraient être interrogés à votre sujet. Lors de l'étude d'une réclamation de décès, nous pourrions exiger une copie d'un rapport d'enquête policière, un rapport du coroner ou tout autre renseignement pouvant nous permettre de déterminer les circonstances de votre décès.

Seuls les employés ou mandataires (dont tout professionnel de la santé ou pharmacien) pour qui ces renseignements sont nécessaires à l'exercice de leurs fonctions ou à l'exécution de leur mandat auront accès à votre dossier. Assomption Vie ne pourra communiquer vos renseignements personnels à des tiers sans votre consentement que si la loi ou une ordonnance d'un tribunal l'y oblige.

Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans votre dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante :

ASSOMPTION VIE, a/s Assurance collective
C.P. 160 / 770 rue Main
Moncton NB E1C 8L1
Tél. 1-888-869-9797 Téléc. (855)401-9068

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie,
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. 1-888-869-9797 Téléc. 855-401-9068 Courriel : collectif@assomption.ca

Assomption Vie
Assurance collective

EFFACER

Demande d'adhésion à l'assurance collective

Section 1 être remplie par l'administrateur

_____ _____ _____ _____
Employeur | Police | Division | Catégorie d'employé

_____
Métier/Profession

☐ Permanent ☐ Saisonnier
(si saisonnier, indiquer le nombre de mois au travail _____)

___/___/_____ ___/___/_____
Date d'embauche (JJ/MM/AAAA) | Date effective (JJ/MM/AAAA)

Salaire _____ $ ☐ horaire ☐ hebdomadaire ☐ mensuel ☐ annuel

Heures/semaine travaillées _____ **(le nombre d'heures est requis)**

Section 2 être remplie par l'employé(e)

_____ _____ Date de naissance ___/___/_____ Sexe ☐ M ☐ F Préférence linguistique ☐ français ☐ anglais
Prénom | Nom de famille | (JJ /MM/ AAAA)

_____ _____ _____ _____
Adresse | Ville | Province | Code postal

Téléphone : (_____)_____ - _____ (_____)_____ - _____ (_____)_____ - _____
Maison | Travail | Cellulaire

Couverture du régime provincial d'assurance maladie ? ☐ Oui ☐ Non

_____
Courriel

Section 3 Choix de plan (si applicable, selon votre police)

Choix de plan : ☐ Individuelle ☐ Familiale ☐ Couple * ☐ Monoparentale *

* **Si votre contrat ne prévoit pas cette option, la couverture familiale sera retenue.**

Section 4 Renseignements sur les personnes à charge

Tout(e) employé(e) avec conjoint/conjointe et/ou enfant sera accordé la garantie assurance vie des personnes à charge si cette garantie est applicable au régime. Veuillez noter que l'informatino des personnes à charge doit être indiquée ci-dessous.

	Prénom	Nom de famille	Sexe	Date de naissance Jour/Mois/Année	Statut des personnes à charges	Couverture du régime provincial d'assurance maladie ?
Conjoint(e)			☐ M ☐ F		☐ Conjoint de fait(1) ☐ Marier	☐ Oui ☐ Non
Enfant			☐ M ☐ F		☐ Invalidité totale(2) ☐ Étudiant(3)	☐ Oui ☐ Non
Enfant			☐ M ☐ F		☐ Invalidité totale(2) ☐ Étudiant(3)	☐ Oui ☐ Non
Enfant			☐ M ☐ F		☐ Invalidité totale(2) ☐ Étudiant(3)	☐ Oui ☐ Non
Enfant			☐ M ☐ F		☐ Invalidité totale(2) ☐ Étudiant(3)	☐ Oui ☐ Non
Enfant			☐ M ☐ F		☐ Invalidité totale(2) ☐ Étudiant(3)	☐ Oui ☐ Non

(1) ☐ Si conjoint de fait, indiquer la date du début de cohabitation: (JJ/MM/AAAA) ___/___/____
(2) Invalidité totale – Si la personne à charge a une incapacité physique ou mentale
(3) Étudiant – Si la personne à charge a dépassé l'âge de dépendance et est étudiant(e) dans une institution d'enseignement reconnue

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie,
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. 1-888-869-9797 Téléc. 855-401-9068 Courriel : collectif@assomption.ca

Assomption Vie
Assurance collective

Section 5 Couverture du conjoint (e) (Coordination des prestations) (si vous n'avez pas de conjoint (e) , cette section ne s'applique pas)

Est-ce que votre conjoint a une couverture d'assurance maladie sous son propre régime d'assurance? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, est-ce une couverture d'assurance maladie : ☐ Individuelle ☐ Familiale

Est-ce que votre conjoint a une couverture d'assurance dentaire sous son propre régime d'assurance? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, est-ce une couverture d'assurance dentaire : ☐ Individuelle ☐ Familiale

Nom de l'assureur du conjoint : _____ Numéro du contrat : _____

Section 6 Renonciation aux garanties

Remarque : Toutes les garanties offertes sous votre régime d'assurance collective sont obligatoires. Cependant, vous pouvez renoncer aux garanties d'assurance maladie et dentaire si vous possédez une protection similaire en vertu du régime de votre conjoint/conjointe.

Je comprends les modalités du régime d'assurance collective qui m'est offert, mais je renonce à participer à :	**Vous et vos personnes à charge**	**Vos personnes à charge**
Assurance maladie	☐	☐
Assurance dentaire	☐	☐

Si vous perdez la protection offerte par le régime de votre conjoint/conjointe, vous disposez d'un délai de 31 jours pour présenter une demande de protection. Une fois ce délai terminé,, vous et vos personnes à charge devez fournir une preuve d'assurabilité jugée acceptable par Assomption Vie afin d'être couvert. Des restrictions et des limites s'appliquent à l'assurance dentaire pour toute adhésion tardive.

Nom de l'assureur du conjoint : _____ Numéro du contrat : _____

Section 7 Demande d assurance vie additionnel (vie-facultative) (si votre régime le prévoit)

☐ Assurance vie facultative _____ $ ☐ Assurance vie facultative pour le conjoint /la conjointe _____ $

☐ Fumeur ☐ Non-Fumeur **Veuillez inclure le formulaire de déclaration de santé.** ☐ Fumeur ☐ Non-Fumeur

Section 8 Désignation de bénéficiaire(s)

BÉNÉFICIAIRE PRIMAIRE Prénom Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	%	Révocable	Irrévocable	Lien de parenté avec l'employé(e)
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
Total (doit être égal à 100%)					
BÉNÉFICIAIRE EN SOUS-ORDRE Prénom Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	%	Révocable	Irrévocable	Lien de parenté avec l'employé(e)
			☐	☐	
			☐	☐	
			☐	☐	
Total (doit être égal à 100%)					

Dans le cas d'un bénéficiaire mineur, veuillez désigner un fiduciaire : _____

Lien du fiduciaire avec l'employé(e) : _____

À moins d'indication contraire ou que cela ne soit pas permis par la loi, toute désignation de bénéficiaire est révocable à moins que vous ne spécifiiez qu'elle soit irrévocable. Si un bénéficiaire est désigné à titre irrévocable, soyez avisé que son consentement sera requis lors de toute demande qui pourrait affecter ses droits, incluant la désignation d'un nouveau bénéficiaire. Au Québec, la désignation du conjoint à titre de bénéficiaire est automatiquement irrévocable, à moins d'indication contraire. La police ne confère aucun droit aux bénéficiaires en sous-ordre avant le décès des bénéficiaires primaires.

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie,
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. 1-888-869-9797 Téléc. 855-401-9068 Courriel : collectif@assomption.ca

Assomption Vie
Assurance collective

Section 9 Autorisations, déclarations et signature

J'atteste que les renseignements fournis dans ce document sont complets et exacts.

J'atteste avoir obtenu le consentement de mes personnes à charge (conjoint/conjointe et/ou enfants) pour souscrire au présent régime d'assurance collective en leur nom. (Seulement applicable si vous avez demandé des garanties pour couvrir votre conjoint/conjointe et/ou vos enfants.)

J'autorise mon employeur à recueillir mes renseignements personnels et ceux de mes personnes à charge, s'il y a lieu, contenus dans le présent formulaire d'adhésion et de prélever les cotisations nécessaires sur mon salaire et à les remettre à Assomption Vie.

J'autorise Assomption Vie à déposer dans le compte bancaire désigné tous mes remboursements de règlement liés à mes demandes (seulement applicable si vous en avez fait la demande).

J'autorise tout assureur, réassureur, fournisseur de soins de santé, professionnel de la santé, pharmacien, hôpital, clinique de santé, administrateur de mon régime d'assurance collective, administrateur de programmes gouvernementaux ou de tout autre programme d'avantages sociaux, organisme, ou tout fournisseur de services dans le cadre de mon régime d'assurance collective à recueillir et à échanger avec Assomption Vie mes renseignements personnels, ainsi que ceux de mes personnes à charge pour déterminer l'admissibilité aux garanties ainsi que pour les fins d'administration du régime et de l'étude de toute réclamation. Ces informations peuvent être de nature médicale ou autre.

En cas de décès, j'autorise tout bénéficiaire, héritier ou liquidateur de ma succession à fournir à Assomption Vie ou ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la demande de prestations et l'obtention de pièces justificatives. J'autorise toute force policière, tout coroner, tout toxicologue à échanger avec Assomption Vie mes renseignements personnels, incluant tout rapport d'accident et rapport d'enquête policière, dans le cadre de l'étude d'une réclamation portant sur mon décès, invalidité ou une mutilation. J'autorise aussi la communication de mes renseignements personnels (autre que ceux de nature médicale) à tout enquêteur privé dans le cadre d'une étude de réclamation et autorise cet enquêteur privé à fournir toute information obtenue à mon sujet à Assomption Vie.

Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de sa remise en vigueur

Je reconnais qu'une reproduction de cette autorisation a la même validité que l'original.

J'autorise Assomption Vie à utiliser mes renseignements personnels afin de me communiquer des renseignements sur des produits et services additionnels qui pourraient m'intéresser. Dans la négative, cochez √ la case suivante : ☐ Je n'autorise pas cet usage.

_____ _____

Signature de l'employé(e) Date (JJ/MM/AAAA)

Assomption Compagnie Mutuelle d'Assurance-Vie, faisant affaire sous le nom Assomption Vie,
C.P. 160/770 rue Main, Moncton NB E1C 8L1 Tél. 1-888-869-9797 Téléc. 855-401-9068 Courriel : collectif@assomption.ca