Régime d'assurance vie temporaire

L'assurance vie temporaire est une façon économique de venir en aide aux personnes qui vous sont chères, lorsqu'elles en ont besoin le plus.

Si vous êtes âgé(e) entre 45 à 70 ans et résident(e) permanent(e) du Canada, vous pouvez souscrire le régime assurance vie temporaire en répondant à cinq questions médicale simples. Vous pouvez choisir une protection de 25 000 $, a 150 000 $, en tranches de 25 000 $. Les primes sont garanties pour une période de 10 ans, et des taux réduits sont accordés aux non-fumeurs.

Admissibilité

Ce régime d'assurance vie temporaire est conçu pour les membres d'association et leur conjoint(e) qui sont âgés entre 45 à 70 ans.

Le terme <<vous>> s'applique à vous, a votre conjoint ou a vous et votre conjoint

L'admissibilité est déterminée par l'assureur, selon vos réponses aux questions médicales figurant sur la proposition d'assurance.

Votre protection et vos prestations

Vous pouvez vous procurer une protection d'assurance vie de 25 000 $ à 150 000 $, en tranches de 25 000 $. Les primes sont calculées selon votre âge au moment de la souscription et sont garanties pour une période de 10 ans.

La protection se renouvelle automatiquement à tous les 10 ans et les primes sont établies selon votre âge à la date de renouvellement. Votre protection est renouvelable à vie.

Suite à 24 mois de protection continue, vous pouvez demander une prestation anticipée, si vous recevez un diagnostique de maladie en phase terminale vous attribuant une espérance de vie de 12 mois ou moins. La prestation anticipée est payable et ce, sans exiger d'intérêt, jusqu'à 50 % du montant de votre assurance vie. Cette prestation est assujettie à un maximum de 50 000 $ et à l'approbation de l'assureur. Les prestations vous sont versées directement, pour utiliser à votre gré. Lorsque vous recevez une prestation anticipée, vous serez exonère(e) du paiement de vos primes et le solde de votre protection demeurera en vigueur.

Vous pouvez designer comme bénéficiaire la personne ou l'institution de votre choix, et vous pouvez changer cette désignation a tout le moment sous réserve des lois applicables.

Les prestations versées à votre bénéficiaire sont libres d'impôt

A l'âge de 80 ans, votre protection sera réduite à 10 % du montant initial d'assurance et sera maintenue à vie, exonérée de toute prime. Il n'y a aucun frais additionnel de contrat ou de service à payer. Dans l'éventualité d'un suicide pendant les deux premières années d'assurance, aucunes prestations ne seront versées et vos primes seront remboursées.

Votre prime mensuelle

La prime mensuelle est déterminée selon votre sexe, votre âge, le montant d'assurance choisi et votre statut de fumeur ou de non-fumeur. Une fois souscrit au régime, votre prime n'augmentera qu'a tous les dix ans, et celle-ci sera établie selon votre âge actuel à ce moment.

Exemple : Une femme, non-fumeur, âgée de 53 ans qui choisit une protection de 50 000 $ paiera 22,20 $ par mois jusqu'à l'âge de 63 ans. À l'âge de 63 ans, la prime pour la même protection sera de 51,62 $ par mois (ou les primes applicables à ce moment) et ne changera pas pour un autre dix ans.

Primes mensuelles pour non-fumeurs

Les taux pour non-fumeurs s'appliquent à ceux et celles qui n'ont pas fait usage du tabac durant les 12 derniers mois et qui rencontrent les exigences de l'assureur visant les états de sante.

HOMMES						
Âge de la proposante a la date d'entrée en vigueur	**Montant d'assurance de 25 000 $**	**Montant d'assurance de 50 000 $**	**Montant d'assurance de 75 000 $**	**Montant d'assurance de 100 000 $**	**Montant d'assurance de 125 000 $**	**Montant d'assurance de 150 000 $**
45 à 49	12, 10 $	24,20 $	36,30 $	48,40 $	60,50 $	72,60 $
50 à 54	17,85	35,70	53,55	71,40	89,25	107,10
55 à 59	26,52	53,04	79,56	106,08	132,63	159,15
60 à 64	39,85	79,70	119,55	159,40	199,25	239,10
65 à 69	53,08	79,70	159,24	212,32	265,38	318,45
70 à 74**	87,85	175,70	263,55	351,40	439,25	527,10
75 à 79**	145,83	291,66	437,49	583,32	729,13	874,95

FEMMES						
Âge de la proposante a la date d'entrée en vigueur	**Montant d'assurance de 25 000 $**	**Montant d'assurance de 50 000 $**	**Montant d'assurance de 75 000 $**	**Montant d'assurance de 100 000 $**	**Montant d'assurance de 125 000 $**	**Montant d'assurance de 150 000 $**
45 à 49	7,85 $	15,70 $	23,55 $	31,40 $	39,25 $	47,10 $
50 à 54	11,10	22,20	33,30	44,40	55,50	66,60
55 à 59	17,56	35,12	52,68	70,24	87,75	105,30
60 à 64	25,81	51,62	77,43	103,24	129,00	154,80
65 à 69	33,50	67,00	100,50	134,00	167,50	201,00
70 à 74**	63,02	126,04	189,06	252,08	315,13	378,15
75 à 79**	117,92	235,84	353,76	471,68	589,63	707,55

*Les primes augmenteront à tous les dix ans pour tenir compte de votre nouvelle catégorie d'âge.
**Renouvellement de la protection seulement – vous ne pouvez souscrire au-delà de 70 ans.

Les primes susmentionnées peuvent être modifiées sans préavis. Cependant, une fois que vous êtes assuré(e), vos primes sont garanties pour une période de 10 ans.

Monthly Premiums for Smokers

HOMMES						
Âge de la proposante a la date d'entrée en vigueur	**Montant d'assurance de 25 000 $**	**Montant d'assurance de 50 000 $**	**Montant d'assurance de 75 000 $**	**Montant d'assurance de 100 000 $**	**Montant d'assurance de 125 000 $**	**Montant d'assurance de 150 000 $**
45 à 49	24,15 $	48,30 $	72,45 $	96,60 $	120,75 $	144,90 $
50 à 54	37,75	75,50	113,25	151,00	188,75	226,50
55 à 59	58,85	117,70	176,55	235,40	294,25	353,10
60 à 64	81,75	163,50	245,25	327,00	408,75	490,50
65 à 69	100,10	200,20	300,30	400,40	500,50	600,60
70 à 74**	133,44	266,88	400,32	533,76	667,25	800,70
75 à 79**	187,50	375,00	562,50	750,00	937,50	1125,00

FEMMES						
Âge de la proposante a la date d'entrée en vigueur	**Montant d'assurance de 25 000 $**	**Montant d'assurance de 50 000 $**	**Montant d'assurance de 75 000 $**	**Montant d'assurance de 100 000 $**	**Montant d'assurance de 125 000 $**	**Montant d'assurance de 150 000 $**
45 à 49	15,96 $	31,92 $	47,88 $	63,84 $	79,75 $	95,70 $
50 à 54	22,96	45,92	68,88	91,84	114,75	137,70
55 à 59	32,85	65,70	98,55	131,40	164,25	197,10
60 à 64	44,63	89,62	133,89	178,52	223,13	267,75
65 à 69	55,42	110,84	166,26	221,68	277,13	332,55
70 à 74**	85,94	171,88	257,82	343,76	429,75	515,70
75 à 79**	139,38	278,76	418,14	557,52	696,88	836,25

*Les primes augmenteront à tous les dix ans pour tenir compte de votre nouvelle catégorie d'âge.
**Renouvellement de la protection seulement – vous ne pouvez souscrire au-delà de 70 ans.

Les primes susmentionnées peuvent être modifiées sans préavis. Cependant, une fois que vous êtes assure(e), vos primes sont garanties pour une période de 10 ans.

Comment souscrire

- Téléphoner à belairdirect en composant le 1 833 749.1324 (sans frais) pour obtenir le sommaire des garanties la proposition d'assurance.
- Remplissez la proposition d'assurance vie temporaire
- Répondre aux 5 questions de sante sur le formulaire de demande
- Postez votre formulaire de demande et un chèque marque <<ANNULÉ>> a belairdirect dans l'enveloppe affranchie fournie

belairdirect, en tant qu'administrateur du régime…

- Transmettez votre demande au souscripteur, La Compagnie d'Assurance Vie Manufactures (Financière Manuvie)
- Vous informer de la décision du souscripteur

Si votre demande est approuvée, belairdirect...

- Vous enverrez par courrier une police individuelle et une lettre de confirmation de couverture
- Organisera le paiement de vos primes mensuelles le 5de chaque mois par prélèvement bancaire automatique sur votre compte cheque.

Votre couverture commence à la date à laquelle votre demande est approuvée par l'assureur, à condition que le premier cheque de prime soit honore lors de sa première présentation au paiement.

Votre satisfaction est garantie

Lorsque vous recevrez votre contrat d'assurance individuelle, vous aurez 30 jours pour l'examiner et, si vous n'êtes pas complètement satisfait(e), retournez-le a belairdirect pour un remboursement complet des primes payées.

Profitez de votre statut de membre de votre association et adhérer a ce régime d'assurance vie temporaire à des conditions préférentielles. Posez votre candidature des aujourd'hui !

VOTRE CONFIDENTIALITÉ

Nous avons toujours été et continuons d'être fortement engages à protéger les informations personnelles de nos clients.

Pour plus de détails sur nos pratiques de confidentialité, veuillez visiter notre site web à l'adresse www.belairdirect.com/monassurance

Proposition d'assurance vie temporaire

EN CARACTERES D'IMPRIMERIE (*Remplissez cette section même si seul votre conjoint demande à souscrire la protection.*)

Prénom(s) **Nom de famille**

Adresse **No. d'appartement ou d'unité.**

Ville **Province/territoire** **Code postal** **No. de téléphone**

Indicatif regional

Date de naissance **Sexe** **Adresse électronique****

☐Homme ☐Femme

Jour Mois Année

Nom du groupe ou de l'association : _____

* Chaque fois que nous vous enverrons un courriel, nous vous offrirons la possibilité de faire rayer votre nom de notre liste d'envoi.

Renseignements sur le conjoint (*ne remplir que si le conjoint demande à souscrire la protection)*

Prénom(s) **Nom de famille**

Date de naissance **Sexe**

☐ Homme ☐ Femme

Jour Mois Annee

VEUILLEZ INDIQUER LE MONTANT D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE QUE VOUS VOULEZ SOUSCRIRE :

Membre:	☐ 25 000 $	☐ 50 000 $	☐ 75 000 $	☐ 100 000 $	☐ 125 000 $	☐ 150 000 $
Conjoint:	☐ 25 000 $	☐ 50 000 $	☐ 75 000 $	☐ 100 000 $	☐ 125 000 $	☐ 150 000 $

DESIGNATIONS DE BENEFICIAIRE

Assurance vie

En vertu du contrat du membre _____

Prénom **Nom de famille** **Lien avec le membre**

Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf stipulation contraire. Par la présente, je désigne mon conjoint comme bénéficiaire révocable. ☐

Si vous avez désigné un bénéficiaire de moins de 18 ans, veuillez indiquer le nom du fiduciaire. Les sommes assurées ne peuvent être versées à un bénéficiaire mineur. Elles seront envoyées au tuteur ou au fiduciaire désigné. Pour protéger vos bénéficiaires mineurs, veuillez vous assurer que vous avez nommé un tuteur ou un fiduciaire dans votre testament.

Fiduciaire : _____

Prénom **Nom de famille**

En vertu du contrat du conjoint : _____

Prénom **Nom de famille** **Lien avec le membre**

Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf stipulation contraire. Par la présente, je désigne mon conjoint comme bénéficiaire révocable. ☐

Si vous avez désigné un bénéficiaire de moins de 18 ans, veuillez indiquer le nom du fiduciaire. Les sommes assurées ne peuvent être versées à un bénéficiaire mineur. Elles seront envoyées au tuteur ou au fiduciaire désigné. Pour protéger vos bénéficiaires mineurs, veuillez-vous assurer que vous avez nommé un tuteur ou un fiduciaire dans votre testament.

Fiduciaire : _____

Prénom **Nom de famille**

A défaut de bénéficiaire, les sommes assurées seront payées à vos ayants droit

CONDITIONS – A lire attentivement avant de signer.

Déclaration

Ce contrat est-il souscrit aux fins de remplacer une assurance existante ? ☐ Non ☐ Oui Dans l'affirmative, veuillez indiquer le(s) numéro(s) du(des) contrat(s) devant être remplace(s) ainsi que le nom de l'assureur.

No. de contrat du membre_____Assureur_____No. du contrat du conjoint_____Assureur_____

(L'assureur peut refuser une proposition indiquant que l'assurance souscrite vise à remplacer un contrat existant. Un nouveau contrat n'est pas considéré comme un remplacement lorsqu'une protection existante doit prendre fin d'office en raison de la limite d'âge, d'une retraite ou de toute autre circonstance indépendante de la volonté du proposant.)

Par la présente, je demande (nous demandons) a souscrire une assurance de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers (Financière Manuvie). Je (Nous) soussigne(s) atteste(attestons) que les déclarations contenues dans le présente proposition sont véridiques et complètes. Je sais (Nous savons) que le présente proposition, avec tout autre formulaire signe par mois(nous) relativement a celle-ci, constitue la base de tout contrat établi en vertu de la présente. Je conviens (Nous convenons) que toute fausse déclaration, y compris toute déclaration erronée sur l'usage du tabac, rendra l'assurance résiliable a la demande de l'assureur. Je conviens (Nous convenons) également qu'un suicide commis remplie, accompagnée de la première prime, sera reçue par belairdirect, sous réserve de l'approbation des tarificateurs de l'assureur.

Autorisation et révocation

En ce qui concerne l'assurance demandée, je (nous) soussigne(s), le(s) proposant(s), autorise (autorisons) par la présente les médecins agrées, praticiens, hôpitaux, pharmacies, cliniques ou autres établissements médicaux, compagnies d'assurance, le Bureau des renseignements médicaux, le promoteur du régime d'assurance, belairdirect, tiers administrateur du programme, les organismes d'enquête et de sécurité, agents, courtiers ou intermédiaires commerciaux, organismes d'Etat ou autres organismes ou personnes possédant des dossiers ou des renseignements sur mois(nous) ou mon (notre) état de santé ou su l'état de santé de toute personne a assurer au titre du présent régime, à fournir les renseignements en question a la Financière Manuvie ou à ses réassureurs, aux fins de la présente proposition, du contrat et de toute demande de règlement y afférente. J'autorise (Nous autorisons) la Financière Manuvie à consulter ses dossiers existants à cette fin. J'autorise (Nous autorisons) également la Financière Manuvie, ses filiales, sociétés affilées et agents à utiliser les renseignements fournis dans la présente proposition et dans leur dossiers existants pour m'offrir (nous offrir) leurs produits ou services. Je sais (Nous savons) que mon (notre) consentement a l'utilisation de ces renseignements pour m'offrir (nous offrir) des produits et des services est facultatif, et que je peux (nous pouvons) y mettre fin en écrivant à la Financière Manuvie à l'adresse indiquée dans le présent document. Une photocopie ou télécopie de la présente autorisation sera aussi valide que l'original.

Je déclare (Nous déclarons) avoir être été informe(s) des raisons pour lesquelles les questions relatives à ma (notre) sante sont nécessaires ainsi que des risques et avantages lies à mon (notre) consentement ou a mon (notre) refus de consentir. Ce consentement prendra effet a la date de signature de la présente proposition et expirera sept (7) ans après la date a laquelle prend fin tout contrat ou certificat établi en rapport avec cette proposition. Je conviens (Nous convenons) que le présent consentement peut être révoque en tout temps et que si, par suite d'une telle révocation, l'assureur ne peut obtenir la preuve d'un sinistre, la demande de règlement pourrait ne pas être honorée.

Par la présente, je désigné (nous désignons) les personnes nommées comme bénéficiaires pour qu'elles reçoivent les sommes payables à mon (notre) décès.

Je déclare (nous déclarons) avoir reçu un avis sur la communication des renseignements ainsi que sur la vie privée et la confidentialité (voir la brochure).

Je joins (nous joignons) a la présente un chèque spécimen portant la mention <<NUL>>. belairdirect, L'administrateur du régime, est autorisé à effectuer des prélèvements mensuels sur le compte établi auprès de la banque, société de fiducie ou coopérative de crédit figurant sur le chèque (le premier prélèvement peut couvrir jusqu'à trois mois de primes) pour le paiement des primes mensuelles a échoir a partir de la date de la présente proposition.

_____

Signature du membre Date

_____

Signature du conjoint (s'il demande l'assurance) Date

QUESTIONS D'ORDRE MEDICAL – CHAQUE PERSONNE SOUSCRIVANT UNE PROTECTION D'ASSURANCE VIE TEMPORAIRE DOIT Y RÉPONDRA

Prénom et nom du membre | No. de telephone | Date

Medicin du membre | Nom | No. de telephone

Motif de la consultation | Resultat

Date de la dernière consultation (J/M/A)

Médecin du conjoint | Nom | No. de telephone

Motif de la consultation | Resultat

Date de la dernière consultation (J/M/A)

Membre: Taille_____ Poids_____ Conjoint: Taille_____ Poids_____

	Membre		**Conjoint**	
	Oui	Non	Oui	Non
1. Avez-vous déjà souffert d'une des affections suivantes ou été traite pour l'une d'entre elles : troubles mentaux ou nerveux (dépression, anxiété, stress, etc.) troubles cardiaques ou circulatoires, douleurs thoraciques, hypertension, diabète, cancer, tumeurs, maladie pulmonaire ou hépatique, hépatite (y compris l'état de porteur), infection rare ou anomalie du système immunitaire, VIH, virus du sida, troubles rénaux, anomalie urinaire, usage de drogue ou d'alcool, ou toute autre maladie ou blessure ?	☐	☐	☐	☐
2. Au cours des deux dernières années, vous a-t-on prescrit es médicaments ou autre traitement, avez-vous consulte un médecin relativement a tout trouble, sauf dans le cas d'un examen de routine ou d'une maladie (rhume, grippe, etc.), vous a-t-on recommande de consulter un autre médecin, ou de subir une intervention chirurgicale, ou les résultats d'un test ou d'une analyse que vous avez subis ont-ils révélé quelque chose d'anormal dans votre état de santé ?	☐	☐	☐	☐
3. Avez-vous déjà fait une demande d'assurance qui vous a été refusée ou offerte après modification ou impositions d'une surprime ?	☐	☐	☐	☐
4. Avez-vous fumé la cigarette ou la marijuana au cours des 12 derniers mois ? (Si vous avez fait usage du tabac sous d'autres formes, veuillez préciser.)	☐	☐	☐	☐
5. Au cours des trois dernières années, votre permis de conduire a-t-il été suspendu ? Dans l'affirmative, précisez la raison et la date de la suspension ainsi que le numéro du permis.	☐	☐	☐	☐

Membre: _____ Conjoint: _____

Si vous avez répondu <<Oui>> a l'une ou l'autre des questions ci-dessus, précisez ci-après. Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser une page distincte.

Question No.	Nom	Nature du trouble	Duree et date	Resultat	Médecin traitant ou hopital

REMARQUE : L'assureur peut exiger un examen médical, une analyse d'urine ou des tests, notamment un profil sanguin (y compris un test de dépistage du VIH) qui seront effectués sans frais pour le proposant. Si la loi l'exige, les résultats de tout test positif révélant une maladie infectieuse seront communiqués au ministre de la sante vise.