Demande de participation - Régime UnionAdvantage

Mettez votre famille et vous-même à l'abri des conséquences financières d'un accident pour seulement quelques cents par jour.

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province: _____ Code postal : _____

Nom du syndicat ou de l'association :_____

Numéro de section syndicale :_____

Veuillez tout simplement remplir, signer, dater et nous retourner le présent formulaire. Pour profiter de la protection offerte en vertu du régime UnionAdvantage, n'oubliez pas de cocher l'option correspondant à votre choix.

Renseignements sur le participant

Numéro de telephone : (_____) _____

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Date de naissance : D D M M Y Y Y Y

Renseignements sur le conjoint *(le cas échéant)*

Nom : _____

Sexe : ☐ Homme ☐ Femme

Date de naissance : D D M M Y Y Y Y

Choix de régime et primes mensuelles :

S'il s'agit d'une première inscription au régime AdvantagePlus, veuillez remplir la **SECTION A**. *Si vous avez déjà souscrit la garantie complète et désirez opter pour la garantie complète Plus, veuillez remplir la* **SECTION B**.

SECTION A • Nouvelle inscription	**Régime à titre gracieux**	**Garantie complète**	**Garantie complète Plus**	**Indemnité spéciale pour études**
Participant	Sans frais ☐	10,40 $ ☐	11,40 $ ☐	2,40 $ ☐
Participant et conjoint		14,85 $ ☐	16,25 $ ☐	
Participant, conjoint et enfants		17,75 $ ☐	19,75 $ ☐	
Participant et enfants		13,30 $ ☐	14,90 $ ☐	

SECTION B • Garanties améliorées	**Régime complet Plus**	**Indemnité spéciale pour études**
Participant	11,40 $ ☐	2,40 $ ☐
Participant et conjoint	16,25 $ ☐	
Participant, conjoint et enfants	19,75 $ ☐	
Participant et enfants	14,90 $ ☐	

Modalités de Règlement

☐ Visa ☐ Mastercard ☐ Retraits mensuels préautorisés *(veuillez joindre un spécimen de chèque portant la mention «NUL»)*

Renseignements sur la carte de crédit *(le cas échéant)* : _____ Numéro de la carte crédit _____ Expiration (MM/AA)

Autorisation

POLITIQUE DE CONFIDENTIALITÉ — Lorsque vous soumettez une demande de participation au régime UnionAdvantage, établi par Assurance-Vie ACE INA («ACE»), les renseignements déjà consignés aux dossiers d'assurances de ACE et les renseignements demandés dans la demande de participation sont requis par ACE, ses réassureurs et ses agents autorisés aux fins du traitement de votre demande de participation (et, si celle-ci est approuvée), aux fins de l'administration de votre police d'assurance, de l'étude de vos demandes d'indemnisation et de la détection de fraudes. ACE créera un dossier auquel elle versera les renseignements sur vos assurances, et, advenant un sinistre, elle y versera également les renseignements qu'elle obtiendra de vous-même ainsi que d'autres sources aux fins de l'étude de votre demande d'indemnisation et de l'administration des indemnités en vertu des garanties du régime. L'accès à ce dossier sera limité aux employés de ACE, à ses agents autorisés et à ses réassureurs qui devront y accéder aux fins de l'administration du régime et du traitement des demandes d'indemnisation ainsi qu'à d'autres personnes autorisées par la Loi. Vous pouvez demander d'examiner vos renseignements contenus à ce dossier et d'y faire apporter des corrections en communiquant par écrit avec le Chargé de la protection de la vie privée, Assurance-Vie ACE INA, The Exchange Tower, 130 King Street West, 12th Floor, Toronto, ON, M5X 1A6. De temps à autre, d'autres produits et services, dont des services d'assurances, pourraient vous être offerts et vous intéresser. Votre consentement quant à l'utilisation et à la divulgation de vos renseignements personnels aux fins de vous proposer d'autres produits et services est facultatif. Si vous ne désirez pas que vos renseignements personnels soient utilisés ou divulgués par ACE afin de vous offrir d'autres produits ou services, veuillez cocher ici ____.

Je demande par la présente mon inscription à la garantie complète au régime UnionAdvantage. J'ai moins de 75 ans, et je comprends que l'acceptation de ma demande est garantie. Veuillez me faire parvenir mon Certificat d'assurance et imputer, jusqu'à nouvel ordre, les primes mensuelles à ma carte de crédit ou à mon compte bancaire. Je comprends en outre que je dispose d'un délai de 30 jours pour prendre connaissance de mon Certificat d'assurance et que, pendant ce délai, si je constate que le régime ne me donne pas pleine satisfaction, je peux le retourner et que tous frais imputés à ma carte de crédit ou à mon compte bancaire seront entièrement crédités.

_____Signature Date (MM/YY)

Veuillez poster votre Demande de participation remplie à :

Assurance-Vie ACE INA, PO Box 11233
STN BRM B, Toronto, ON M7Y 2G1
Ou la transmettre par télécopieur au numéro :
416-594-2835

Pour complément d'information, vous pouvez communiquer avec Assurance-Vie ACE INA en composant le 1 877 534-3655, ou le (416) 313-4977 (appels locaux).

UNION UFCW LABEL LOCAL CANADA 832

vie ace SM

ATTENTION — Votre protection prendra effet le premier jour du mois suivant le traitement de votre Demande de participation par Assurance-Vie ACE INA.