



### Entente de client

Allstate Insurance Company of Canada (AICC)

C.P. 8100 SUCC T

Ottawa, ON K1G 3H6

Téléphone : 844-436-1105

Télécopieur : 844-436-1107

www.mybenefits.allstatevoluntary.ca

Numéro du groupe/du compte \_\_\_\_\_ Numéro du compte principal \_\_\_\_\_ Date d'entrée en vigueur \_\_\_\_\_

#### 1. Profil du compte

A. Nom du groupe/du compte \_\_\_\_\_ B. Province \_\_\_\_\_

C. Type d'activités \_\_\_\_\_ D. Nombre d'années en affaires \_\_\_\_\_

E. Adresse\* \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

\* L'adresse doit être fonction de la province où la police collective est souscrite.

Cochez cette case si l'adresse de facturation est la même que celle qui figure ci-dessus.

#### F. Personnes-ressources :

1. Agent responsable de l'employeur \_\_\_\_\_

Titre \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

Si la personne-ressource à l'administration est la même que l'agent responsable de l'employeur, veuillez cocher ici.

2. Nom de la personne-ressource à l'administration \_\_\_\_\_

Courriel de la personne-ressource à l'administration \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_

#### 2. Personnes à assurer

##### A. Employés admissibles

1. Nombre total d'employés admissibles à la couverture : \_\_\_\_\_

2. Les employés admissibles sont (cocher les cases qui s'appliquent) :

Employés à temps plein travaillant 20 heures ou plus par semaine.

Employés à temps plein travaillant 25 heures ou plus par semaine.

Employés à temps plein travaillant 30 heures ou plus par semaine.

Employés permanents à temps partiel travaillant 20 heures ou plus par semaine.

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

3. Décrire les catégories d'employés/de membres exclues : \_\_\_\_\_

C. La période d'attente des nouveaux employés est de \_\_\_\_\_ jours après la date d'embauche.

La période d'adhésion des nouveaux employés comprend les 31 jours qui suivent la période d'attente des nouveaux employés.

La couverture des nouveaux employés commence  Le premier jour du mois qui suit l'adhésion - ou -  Le jour suivant

D. Les personnes admissibles en période d'attente au moment de la date d'entrée en vigueur de la police :

Termineront la période d'attente - ou -  Seront admissibles immédiatement

E. Les personnes initialement admissibles après la date d'entrée en vigueur de la police peuvent adhérer :

Au cours des 31 jours qui suivent leur admissibilité - ou -  Uniquement lors de la période d'adhésion annuelle suivante

##### B. Membres d'une association ou d'un syndicat admissibles

1. Nombre total de membres admissibles à la couverture : \_\_\_\_\_

2. Les membres admissibles sont (cocher les cases qui s'appliquent) :

Membres à temps plein travaillant 20 heures ou plus par semaine.

Membres à temps plein travaillant 25 heures ou plus par semaine.

Membres à temps plein travaillant 30 heures ou plus par semaine.

Membres permanents à temps partiel travaillant 20 heures ou plus par semaine.

Autre (préciser) : \_\_\_\_\_

### 3. Renseignements pour la facturation

A. Nom du compte \_\_\_\_\_ Numéro du compte \_\_\_\_\_

B. Adresse de facturation \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

C. Personne-ressource pour la facturation \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

#### Entrer une autre adresse de facturation :

Adresse de facturation \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Personne-ressource pour la facturation \_\_\_\_\_

Téléphone \_\_\_\_\_ Télécopieur \_\_\_\_\_ Courriel \_\_\_\_\_

#### D. Mode de facturation

Facturer l'employeur

Service/administrateur de la paie désigné pour le compte

Nom du service/de l'administrateur de la paie désigné pour le compte \_\_\_\_\_

### 4. Assurance collective

#### A. Filiales à inclure dans la couverture :

Nom \_\_\_\_\_ Adresse \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Nombre d'employés \_\_\_\_\_ Filiale en propriété exclusive du titulaire de la police?\*  Oui  Non

#### B. Date d'entrée en vigueur demandée pour l'année de régime

\_\_\_\_\_ Destinataire \_\_\_\_\_ Date de la première retenue salariale \_\_\_\_\_

C. Cette police doit-elle remplacer une couverture collective de même nature?  Oui  Non Si oui :

Date de résiliation de l'autre régime \_\_\_\_\_ Nom de l'autre assureur \_\_\_\_\_

D. Le titulaire de la police met-il fin à un régime d'assurance volontaire antérieur?  Oui  Non

Dans l'affirmative, nom de l'assureur précédent et types de produits \_\_\_\_\_

**\*Si le titulaire de la police n'est pas propriétaire de la « filiale », veuillez préciser la relation au point 5, « Commentaires ».**

### 5. Commentaires

Point n°	Autres renseignements
01	_____

## 6. Convention de compte

### A. Acceptation électronique des produits de la Allstate Insurance Company of Canada

En cochant la case « Oui » ci-dessous, vous acceptez que le certificat d'assurance et les avis qui l'accompagnent (« les certificats ») soient transmis par voie électronique. Si les certificats sont transmis par voie électronique, les assurés recevront des instructions sur la façon de recevoir leur certificat.

Pour recevoir leur certificat par voie électronique, les assurés auront besoin d'un ordinateur personnel avec accès à Internet et d'un logiciel de navigation approprié, ainsi que du logiciel Adobe Acrobat Reader®.

OUI, j'accepte que les assurés reçoivent leur certificat par voie électronique, par Internet.

NON, je préfère que les assurés reçoivent une copie papier de leur certificat.

### B. Acceptation de l'assurance volontaire

Sous réserve de l'approbation de la Allstate Insurance Company of Canada, nous convenons à titre de responsables du compte d'établir un régime d'assurance volontaire à l'intention de nos employés et de nos membres. Pour chaque employé ou membre qui signe une demande de retenue à la source, nous retiendrons le montant autorisé. Nous transmettons cet argent directement à la Allstate Insurance Company of Canada quand nous recevons l'avis de la prime exigible pour chaque employé ou membre.

Nous pouvons, en transmettant un avis écrit à la Allstate Insurance Company of Canada et à nos employés ou nos membres, mettre fin à notre participation au régime d'assurance de la Allstate Insurance Company of Canada. Dans un tel cas, la poursuite du paiement des primes devra être convenue directement par chaque employé ou membre avec la Allstate Insurance Company of Canada.

Nous n'assumons aucune responsabilité quant à la transmission des primes de toute personne autre que les employés ou les membres actuels.

Nous comprenons que la Allstate Insurance Company of Canada ne divulgue pas de renseignements personnels sur ses employés ou ses membres à des entreprises ou organisations non affiliées à la Allstate Insurance Company of Canada qui utiliseraient ces renseignements pour commercialiser leurs propres produits et services. Toutefois, la Allstate Insurance Company of Canada peut partager avec nous des renseignements personnels concernant nos employés ou nos membres, et d'autres personnes, aux fins du régime d'assurance proposé par la Allstate Insurance Company of Canada. Les renseignements personnels comprennent tous les renseignements identifiables sur la santé et autres renseignements :

- fournis par une personne à la Allstate Insurance Company of Canada dans le but de souscrire une assurance;
- qui sont liés à une opération d'assurance;
- qui sont obtenus de quelque autre façon aux fins de souscription d'une assurance.

Nous nous engageons à ne pas divulguer ni utiliser ces renseignements personnels, sauf dans la mesure nécessaire à notre participation au régime d'assurance de la Allstate Insurance Company of Canada. L'accès à ces renseignements en format électronique peut nous être accordé, et nous avons la responsabilité de limiter l'accès à ces renseignements à ceux qui sont nécessaires à notre participation.

Producteur inscrit au dossier pour le compte : \_\_\_\_\_

### Signature du titulaire de la police :

Représentant autorisé - Nom en caractères d'imprimerie \_\_\_\_\_

Représentant autorisé - Signature : \_\_\_\_\_ Date de signature : \_\_\_\_\_

### C. Signature du producteur

En signant ci-dessous, j'affirme avoir personnellement rencontré le client, vérifié tous les renseignements ci-dessus et que le compte est prêt à être traité.

Le producteur inscrit au dossier pour le compte est : \_\_\_\_\_

	Numéro d'agent	Nom	Signature	Date de signature
Producteur inscrit au dossier				
Producteur fournisseur de service				
Autre				
Autre				

**Assurance accident collective**

**Régime payé par l'employeur**

Régime de base \_\_\_\_\_ Unités

Régime supérieur \_\_\_\_\_ Unités

**Garanties facultatives :**

DMA \_\_\_\_\_ Unités

Améliorations au régime d'assurance vie

**Niveaux de couverture :**

empl

empl + enf

empl + conj

fam

Taux du régime de base	
Option 1 (empl)	\$
Option 2 (empl + enf)	\$
Option 3 (empl + conj)	\$
Option 4 (fam)	\$

Taux du régime supérieur	
Option 1 (empl)	\$
Option 2 (empl + enf)	\$
Option 3 (empl + conj)	\$
Option 4 (fam)	\$

**Régime volontaire** Régime de base \_\_\_\_\_ Unités

Régime supérieur \_\_\_\_\_ Unités

**Garanties facultatives :**

DMA \_\_\_\_\_ Unités

Améliorations au régime d'assurance vie

Taux du régime de base	
Option 1 (empl)	\$
Option 2 (empl + enf)	\$
Option 3 (empl + conj)	\$
Option 4 (fam)	\$

Taux du régime supérieur	
Option 1 (empl)	\$
Option 2 (empl + enf)	\$
Option 3 (empl + conj)	\$
Option 4 (fam)	\$

**Cotisations de l'employeur** Le titulaire cotise \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ % de la prime mensuelle totale pour chaque employé ou membre.

Le titulaire cotise \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ % de la prime mensuelle totale pour chaque personne à charge.

**Assurance maladies graves collective**

**Régime payé par l'employeur**

**Montant de la prestation de base**

Régime de base \$ \_\_\_\_\_

Régime supérieur \$ \_\_\_\_\_

**Niveaux de couverture :**

empl + enf

empl + conj + enf

Taux du régime de base	
Option 1 (empl + enf)	\$
Option 2 (empl + conj + enf)	\$

Taux du régime supérieur	
Option 1 (empl + enf)	\$
Option 2 (empl + conj + enf)	\$

**Régime volontaire** Montant de la prestation de base :

Régime de base \$ \_\_\_\_\_

Régime supérieur \$ \_\_\_\_\_

Taux du régime de base	
Option 1 (empl + enf)	\$
Option 2 (empl + conj + enf)	\$

Taux du régime supérieur	
Option 1 (empl + enf)	\$
Option 2 (empl + conj + enf)	\$

Maladies couvertes	<input type="checkbox"/> Régime de protection essentielle	<input type="checkbox"/> Régime de protection complète
Carcinome in situ		
Cancer invasif		
Infarctus du myocarde		
Accident vasculaire cérébral		
Insuffisance rénale		
Défaillance d'un organe vital (à la suite ou en attente d'une greffe)		
Maladie d'Alzheimer		
Maladie de Parkinson		
Sclérose latérale amyotrophique		

Maladies couvertes	Régime de protection essentielle	Régime de protection complète
Pontage coronarien	S.O.	
Sclérose en plaques	S.O.	
Paralysie	S.O.	
Surdité	S.O.	
Cécité	S.O.	
Chirurgie de l'aorte	S.O.	
Tumeur cérébrale bénigne	S.O.	
Coma	S.O.	
Brûlures sévères	S.O.	
Perte de la parole	S.O.	

**Garanties facultatives :**  2<sup>e</sup> occurrence de maladie grave et avenant de prestation pour deuxième évaluation

**Garanties facultatives pour un régime payé par l'employeur seulement :**

Réduction des prestations à 65 ans

Résiliation de la couverture à 70 ans

**Cotisations de l'employeur** Le titulaire de la police cotise \$ \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ % de la prime mensuelle totale pour chaque employé ou membre.

Le titulaire de la police cotise \$ \_\_\_\_\_ ou \_\_\_\_\_ % de la prime mensuelle totale pour chaque personne à charge.