



ASSURANCE COLLECTIVE

DEMANDE DE TRANSFORMATION

Admissibilité

- **Vous êtes admissible à la transformation d'assurance vie uniquement si :**
 - votre demande de transformation est reçue chez Humania Assurance dans les 31 jours suivant votre cessation d'emploi.
- **Vous êtes admissible à la transformation d'assurance maladies graves uniquement si :**
 - votre demande de transformation est reçue chez Humania Assurance dans les 31 jours suivant votre cessation d'emploi et ;
 - au moment de votre cessation d'emploi ou de l'annulation de l'assurance, vous étiez assuré par Humania Assurance pendant une période continue d'au moins 12 mois.
- **Vous êtes admissible à la transformation d'assurance invalidité uniquement si :**
 - votre demande de transformation est reçue chez Humania Assurance dans les 31 jours suivant votre cessation d'emploi ;
 - au moment de votre cessation d'emploi ou de l'annulation de l'assurance, vous étiez assuré par Humania Assurance pendant une période continue d'au moins 12 mois ;
 - votre assurance collective d'invalidité longue durée (LTD) a pris fin à la suite d'une cessation d'emploi, de l'annulation ou du retrait de cette assurance par votre employeur et ;
 - vous bénéficiez d'une assurance invalidité de longue durée (LTD) depuis au moins 24 mois continus sans réclamation pour invalidité, en vertu d'un régime parrainé par votre employeur au moment de votre cessation d'emploi ou de l'annulation de l'assurance.
- **Vous n'êtes pas admissible à la transformation de votre assurance invalidité de longue durée collective (ILD) si :**
 - vous avez atteint l'âge de soixante-trois (63) ans au dernier anniversaire ;
 - vous êtes actuellement invalide en vertu des termes de votre police d'assurance collective ;
 - immédiatement avant votre cessation d'emploi ou au moment de l'annulation de l'assurance invalidité de longue durée (ILD), vous n'étiez pas au travail ; vous aviez quitté votre emploi ou si vous étiez en congé autorisé ;
 - vous prenez votre retraite ou si vous touchez une rente d'un régime de retraite public ou un régime de retraite parrainé par l'employeur ; vous devenez admissible ou assuré en vertu d'un autre régime d'invalidité de longue durée (ILD) dans les 31 jours suivant votre cessation d'emploi ou de l'annulation de l'assurance invalidité de longue durée (ILD). Le cas échéant, si vous aviez déjà présenté votre demande de transformation, vous êtes tenu d'en informer Humania Assurance.

Procédure pour transformer l'assurance vie, maladie grave ou invalidité de longue durée collective

Toute demande de transformation doit être reçue chez Humania Assurance dans les 31 jours suivant la date à laquelle votre assurance a pris fin.

Sur approbation de votre demande de transformation, la police d'assurance transformée vous sera envoyée directement à l'adresse indiquée à la section **Identification de l'assuré**. Cette dernière entrera en vigueur à 0 h 01, le jour où votre assurance collective aura pris fin.

Les étapes à suivre :

1. Lisez attentivement la section **Admissibilité** ci-dessus afin de déterminer si vous êtes admissible à la transformation du produit désiré ;
2. Calculez le montant à l'aide du calculateur disponible sur le site d'Humania Assurance ;
3. Remplissez les parties 1, 2, 3, 4, 5, 7 et 8 ;
4. Conservez les parties 9, 10 et 11.
5. Faites parvenir votre demande de transformation d'assurance collective dûment remplie par courriel au assuranceindividuelle@humania.ca ou par la poste à l'adresse suivante ;
Humania Assurance Inc.
1555, rue Girouard Ouest
Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6
6. Vous pouvez communiquer avec notre service à la clientèle au **1 800 818-7236** pour obtenir une indication préliminaire de cette dernière.

Partie 3 - Protection demandée

Assurance invalidité

Pour être éligible à cette couverture d'invalidité, l'assuré doit être âgé entre 18 et 62 ans inclusivement.
Le pourcentage d'indemnité choisi, doit être égal ou inférieur à 50% de l'indemnité du contrat collectif remplacé.

Pour les assurés âgés entre 18 à 60 ans.

Délai de carence	Durée	Indemnité	Prime mensuelle	Prime annuelle
180 jours	2 ans	\$ _____	\$ _____	\$ _____
180 jours	5 ans	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Pour l'invalidité, les durées sont :

- 2 ans ou 5 ans pour ceux qui ont entre 18 ans et 60 ans inclusivement.
- 2 ans pour ceux qui ont plus de 60 ans.
- Délai de carence de 180 jours.

Pour les assurés âgés de plus de 60 ans.

Délai de carence	Durée	Indemnité	Prime mensuelle	Prime annuelle
180 jours	2 ans	\$ _____	\$ _____	\$ _____

Assurance Maladies Graves

Pour être éligible à cette couverture d'invalidité, l'assuré doit être âgé de moins de 60 ans.

Capital assuré	Prime mensuelle	Prime annuelle
\$ _____	\$ _____	\$ _____

Assurance Vie

Temporaire 1 an

Pour être éligible au plan Temporaire 1 an, l'assuré doit être âgé entre 18 et 64 ans inclusivement.
Capital assuré doit être supérieur à 5 000 \$.

Capital assuré	Prime mensuelle	Prime annuelle
\$ _____	\$ _____	\$ _____

Temporaire 65 ans

Pour être éligible au plan Temporaire 65 ans, l'assuré doit être âgé entre 18 et 63 ans inclusivement.
Capital assuré doit être supérieur à 25 000 \$.

Capital assuré	Prime mensuelle	Prime annuelle
\$ _____	\$ _____	\$ _____

Partie 7 - Accord relatif au paiement par débit préautorisé (DPA)

COORDONNÉES BANCAIRES

Ces services sont pour utilisation (cocher une mention) personnelle d'affaires

Nom de la banque ou de l'institution financière :

N° de succursale :

N° de banque :

N° de compte :

Adresse :

Ville : Province :

Code postal :

L'institution financière nommée ci-dessus est par la présente autorisée à honorer à partir de maintenant les demandes de DPA ou de frais de police présentés par Humania Assurance sur le compte bancaire indiqué ci-dessus, y compris la présentation à nouveau d'un débit préautorisé dans les 30 jours suivant la non-acceptation du débit initial. Les payeurs nommés ci-après autorisent Humania Assurance à effectuer ces prélèvements sur un autre compte, à l'occasion, suivant leurs instructions verbales ou écrites.

Fait à :
(ville/province)

Le : jour de :
(mois/année)

Nom du payeur (titulaire du compte) :

Prénom du payeur (titulaire du compte) :

Nom du deuxième payeur :
(titulaire du compte) (s'il y a lieu)

Prénom du deuxième payeur :
(titulaire du compte) (s'il y a lieu)

Signature du payeur :

Signature du deuxième payeur (s'il y a lieu) :

SPÉCIMEN DE CHÈQUE MARQUÉ « NUL »

Partie 7 - Accord relatif au paiement par débit préautorisé (DPA) (suite)

L'ACCORD DE DÉBIT PRÉAUTORISÉ (DPA)

Le payeur nommé ci-après autorise Humania Assurance Inc. (Humania Assurance) à effectuer des prélèvements mensuels sur le compte bancaire qu'il détient à l'institution financière nommée, ou toute autre institution financière désignée à une date ultérieure, pour acquitter les primes d'assurance conformément au calendrier de versements des primes de la police ou des polices, y compris la prime initiale.

LE COMPTE

- Le présent accord doit être signé par chaque personne dont la signature est requise pour un DPA au compte désigné ci-après.
- Vous devez joindre un spécimen de chèque portant la mention « NUL ». Le spécimen de chèque que vous transmettez à Humania Assurance vaut pour tous les nouveaux débits que vous pourriez autoriser sur ce compte.
- Si vous désirez changer le compte à partir duquel sont effectués les DPA, vous devez transmettre à Humania Assurance un spécimen de chèque de ce nouveau compte.

LES PRÉLÈVEMENTS

- Vous devez être le titulaire ou le payeur du contrat d'assurance et être le titulaire du compte bancaire sur lequel les DPA sont effectués.
- Vous choisissez la date de débit désirée, du 1^{er} au 28 du mois. Les DPA seront effectués à cette date, chaque mois pour la durée prévue au contrat d'assurance.
- Vous pourrez modifier la date de prélèvement seulement si la prime pour le mois courant est payée ou est due au moins 10 jours après la nouvelle date choisie.
- Le montant des débits variera selon la prime prévue par votre contrat d'assurance.
- En cas de changement du montant du débit, le titulaire du compte dispense Humania Assurance de lui adresser un préavis.
- À moins d'un avis contraire de votre part, votre autorisation sera valide pour tout renouvellement ou toute transformation de votre contrat d'assurance.

L'ANNULATION DE L'AUTORISATION

- Vous pouvez en tout temps mettre fin à cette autorisation, sous réserve d'un préavis écrit d'au moins 10 jours, et ce, pour toutes les polices d'assurance visées par l'accord.
- Vous pouvez obtenir de l'information supplémentaire sur vos droits concernant la résiliation de l'accord de DPA, en consultant le site de l'Association canadienne des paiements à l'adresse : www.cdnpay.ca.

LES CONSÉQUENCES D'UN DÉFAUT DE PAIEMENT

- Vous êtes toujours tenu responsable des conséquences d'un défaut de paiement ou de toute obligation découlant des dispositions prévues au contrat d'assurance.
- Vous êtes en défaut de paiement lorsqu'un DPA n'a pas pu être effectué en raison d'une insuffisance de fonds, de la fermeture d'un compte ou pour toute autre raison semblable.
- Si un débit n'est pas honoré par votre institution financière pour cause de provision insuffisante, Humania Assurance effectuera un débit en même temps que le débit préautorisé du mois suivant et des frais administratifs de 25 \$ seront alors perçus par Humania Assurance pour chaque débit qu'elle n'a pas pu effectuer. Humania Assurance peut aussi mettre fin au mode de paiement par DPA et la prime annuelle serait alors exigée pour tout contrat d'assurance visé par ce débit.
- Un arrêt de paiement de votre part, sans dispositions ou entente au préalable avec Humania Assurance pour le paiement de la prime, peut entraîner l'annulation de tout contrat d'assurance visé par le DPA.

LE REMBOURSEMENT D'UN PRÉLÈVEMENT

Vous avez certains droits de recours si un débit n'est pas conforme au présent accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir le remboursement de tout DPA qui n'est pas autorisé ou qui n'est pas compatible avec le présent accord de DPA. Pour obtenir un formulaire de demande de remboursement, ou pour plus d'information sur vos droits de recours, vous pouvez communiquer avec votre institution financière ou visiter le site : www.cdnpay.ca.

LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En établissant votre paiement par DPA, Humania Assurance ne communique à son institution financière que les renseignements personnels légalement requis.

Partie 8 - Mode de paiement par prélèvement bancaire Mode de paiement par prélèvement bancaire (Veuillez remplir la **PARTIE 7 - Accord relatif au paiement par débit préautorisé (DPA)**)Date du prélèvement mensuel (du 1er au 28 du mois) :

Montant versé à la signature de la proposition : _____ \$ (aucun paiement en espèces ou mandat-poste n'est accepté)

Mode de paiement annuel par chèque Mode de paiement annuel par chèque

Montant versé à la signature de la proposition : _____ \$

Mode de paiement par carte de crédit Mode de paiement par carte de crédit (**annuel ou 1^{er} versement mensuel**)Montant autorisé à prélever : _____ \$ **Si aucun montant d'indiqué nous préleverons le montant de la prime initiale.** Visa Master Card

Nom du détenteur de la carte : _____

Tout paiement par carte de crédit est effectué sur réception de la proposition au Siège Social de Humania Assurance Inc.Numéro de la carte : Expiration : **À l'usage du siège social**

Enregistré le _____ Par _____ N° de police: _____

Partie 9 - Avis relatif au droit d'annulation

À sa demande, le titulaire peut obtenir l'annulation de toute police établie dans le cadre de la présente proposition, pourvu qu'il en fasse la demande par écrit et qu'il retourne la police à l'assureur dans un délai de dix jours, à compter de la date de sa réception. Tout prime perçue en vertu de la police lui est alors remboursée.

Partie 10 - Renseignements personnels

Dans le but d'assurer le caractère confidentiel des renseignements personnels détenus à votre sujet, Humania Assurance Inc. constituera un dossier d'assurance dans lequel seront conservés les renseignements concernant votre proposition d'assurance ainsi que les renseignements relatifs à toute réclamation d'assurance. Seuls les employés ou mandataires responsables de la souscription, des enquêtes et des réclamations ainsi que toute autre personne que vous aurez autorisée, auront accès à ce dossier. Votre dossier sera conservé dans nos bureaux du siège social. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements contenus dans ce dossier et, le cas échéant, de les faire rectifier en formulant une demande écrite à l'adresse suivante :

Responsable de l'Accès à l'information, Humania Assurance Inc.
1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe, (Québec) J2S 2Z6

Dans le cadre normal du traitement des propositions d'assurance, toutes les compagnies d'assurance, y compris Humania Assurance Inc. peuvent demander une enquête personnelle ou un rapport sur le consommateur contenant des renseignements personnels à assurer. Il se peut que l'on communique avec vous à cet effet.

Partie 11 - Reçu

Reçu de : _____

La somme de : _____ /100 (_____ \$)

Fait à : _____ le :
année / mois / jour

Signature du représentant : _____ Code: Téléphone : _____

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe, (Québec) J2S 2Z6