



Secrétariat

ST/IC/1996/42
17 juillet 1996

CIRCULAIRE

Circulaire du Contrôleur

Destinataires : Les fonctionnaires du Secrétariat

Objet : ASSURANCE-GROUPE SUR LA VIE – DIMINUTION DU MONTANT DE LA PRIME ET RENONCIATION AU RELÈVEMENT AUTOMATIQUE DU CAPITAL ASSURÉ*

1. La présente circulaire a pour objet d'annoncer que, avec effet au 1er août 1996, le montant de la prime payable au titre du régime d'assurance-groupe sur la vie de la compagnie Aetna diminuera un peu. En outre, le montant des indemnités prévues par le régime d'assurance-groupe sur la vie de la compagnie Aetna, qui est ajusté périodiquement en fonction des augmentations de la rémunération considérée aux fins de la pension de chaque assuré, sera relevé à compter du 1er octobre 1996.

Diminution du montant de la prime

2. Au 1er août 1995, la prime payable au titre du régime d'assurance-groupe sur la vie de la compagnie Aetna a été portée de 28 à 30 cents par tranche de 1 000 dollars d'assurance. Avec effet au 1er août 1996, ce taux diminuera de 1 cent et la prime sera donc ramenée à 29 cents par tranche de 1 000 dollars d'assurance.

3. Ce nouveau taux de 29 cents par tranche de 1 000 dollars d'assurance sera appliqué dans les états de paie de juillet 1996, les primes étant versées à Aetna au début de chaque mois. Le nouveau barème de primes mensuelles figure à l'annexe I à la présente circulaire.

Renonciation au relèvement automatique du capital assuré

4. Comme indiqué au paragraphe 1 ci-dessus, pour les assurés qui n'ont pas atteint le plafond d'indemnisation, il sera tenu compte dans les états de paie de septembre d'un ajustement automatique du montant des indemnités opéré en fonction de l'augmentation de la rémunération considérée aux fins de la pension de chaque assuré et prenant effet au 1er octobre 1996. Le relèvement tiendra

* Manuel d'administration du personnel, No 6221 de l'index.

compte de toutes les augmentations de cette rémunération qui sont intervenues depuis le 1er octobre 1995 comme de celles qui pourront intervenir entre la date de la présente circulaire et septembre 1996.

5. En conséquence, il est rappelé à tous les assurés qui n'ont pas signé de formule de renonciation que si leur rémunération considérée aux fins de la pension en septembre 1996 les place dans une tranche d'assurance supérieure, le montant pour lequel ils sont assurés sera automatiquement relevé à moins qu'ils ne signent la formule de renonciation figurant à l'annexe II à la présente circulaire.

Effet de la renonciation

6. Tout assuré qui signe la formule de renonciation au relèvement automatique choisit de maintenir le montant pour lequel il est assuré à son niveau actuel. La renonciation a donc pour effet de geler indéfiniment le montant du capital assuré, à moins que l'intéressé ne demande ultérieurement à être assuré pour le montant auquel sa rémunération considérée aux fins de la pension lui donne alors droit. Dans ce cas, il devra, au moment de la demande, FOURNIR À LA COMPAGNIE D'ASSURANCE LA PREUVE QU'IL EST ASSURABLE. Une formule spéciale est disponible à cet effet. La compagnie d'assurance, pour sa part, se réserve le droit de rejeter toute demande de cette nature et peut exiger que l'intéressé subisse, à ses propres frais, un examen médical.

7. Avant de décider de renoncer au relèvement automatique du capital assuré, les fonctionnaires peuvent vérifier le montant actuel de leur rémunération considérée aux fins de la pension en consultant leur dernier relevé de la Caisse des pensions et se reporter au barème des tranches d'assurance figurant à l'annexe I de la présente circulaire.

Formule de renonciation

8. La formule de renonciation qui figure à l'annexe II peut être détachée ou photocopiée. Les assurés qui souhaitent renoncer à tout futur relèvement automatique du montant de leur assurance-vie doivent remplir la formule de renonciation, la signer et la faire parvenir LE 15 AOÛT 1996 AU PLUS TARD à la Section des états de paie, Division de la comptabilité, Bureau de la planification des programmes, du budget et de la comptabilité (bureau S-1826) ou, s'ils sont en poste dans un bureau hors Siège, à la section financière compétente. Ils doivent également adresser une copie de la formule signée à la Section des assurances et des demandes d'indemnisation, Bureau de la planification des programmes, du budget et de la comptabilité (bureau S-2765).

Désignation des bénéficiaires

9. Il est rappelé aux fonctionnaires qu'ils peuvent reconsidérer la désignation de leurs bénéficiaires aux fins de l'assurance-groupe sur la vie. Ils peuvent modifier cette désignation à tout moment en remplissant les formules prévues à cet effet, qui sont à leur disposition à la Section des assurances et des demandes d'indemnisation au Siège (bureau S-2765, poste téléphonique 3-5806). Les fonctionnaires en poste dans un bureau hors Siège peuvent demander ces formules aux fonctionnaires d'administration dont ils relèvent.

10. Pour tous renseignements complémentaires concernant l'assurance-groupe sur la vie, prière de s'adresser à la Section des assurances et des demandes d'indemnisation, bureau S-2765.

11. La présente circulaire remplace et annule la circulaire ST/IC/1995/37, du 20 juin 1995.

Annexe I

BARÈME DES TRANCHES D'ASSURANCE

Montant annuel de la rémunération considérée aux fins de la pension (dollars)	Montant de l'assurance-vie (dollars)	Montant maximum de l'indemnité en cas d'accident ayant entraîné la mort ou l'invalidité (dollars)	Prime mensuelle actuelle (dollars)	Nouvelle prime mensuelle à compter du 1er août 1996 (dollars)
Jusqu'à 2 000 dollars	3 000	3 000	0,90	0,87
De 2 001 à 4 000	6 000	6 000	1,80	1,74
De 4 001 à 6 000	10 000	10 000	3,00	2,90
De 6 001 à 8 000	14 000	14 000	4,20	4,06
De 8 001 à 10 000	18 000	18 000	5,40	5,22
De 10 001 à 12 000	22 000	22 000	6,60	6,38
De 12 001 à 14 000	26 000	26 000	7,80	7,54
De 14 001 à 16 000	30 000	30 000	9,00	8,70
De 16 001 à 18 000	34 000	34 000	10,20	9,86
De 18 001 à 20 000	38 000	38 000	11,40	11,02
De 20 001 à 22 500	42 500	42 500	12,75	12,33
De 22 501 à 25 000	47 500	47 500	14,25	13,78
De 25 001 à 27 500	52 500	52 500	15,75	15,23
De 27 501 à 30 000	57 500	57 500	17,25	16,68
De 30 001 à 32 500	65 000	65 000	19,50	18,85
De 32 501 à 35 000	70 000	70 000	21,00	20,30
De 35 001 à 37 500	75 000	75 000	22,50	21,75
De 37 501 à 40 000	80 000	80 000	24,00	23,20
De 40 001 à 42 500	85 000	85 000	25,50	24,65
De 42 501 à 45 000	90 000	90 000	27,00	26,10
De 45 001 à 47 500	95 000	95 000	28,50	27,55
De 47 501 à 50 000	100 000	100 000	30,00	29,00
De 50 001 à 52 500	105 000	105 000	31,50	30,45
De 52 501 à 55 000	110 000	110 000	33,00	31,90
De 55 001 à 57 500	115 000	115 000	34,50	33,35
De 57 501 à 60 000	120 000	120 000	36,00	34,80
De 60 001 à 62 500	125 000	125 000	37,50	36,25
62 501 et au-dessus	130 000	130 000	39,00	37,70

Note : Le montant assuré dans le cas des fonctionnaires admis à bénéficier du régime à l'âge de 60 ans ou à un âge plus avancé restera limité à 7 000 dollars, plus une indemnité de même montant en cas d'accident ayant entraîné la mort ou l'invalidité.

Les fonctionnaires qui, à la date de leur 62e anniversaire, seraient assurés pour une somme supérieure à 58 500 dollars verront le montant de leur capital-décès et celui de l'indemnité en cas d'accident ayant entraîné la mort ou l'invalidité ramenés automatiquement à ce chiffre le 1er juillet suivant cette date.

Annexe II

RENONCIATION

Date : _____

Destinataire : Section des états de paie, bureau S-1826
(ou section financière compétente dans le
cas des fonctionnaires en poste hors Siège)

Objet : ASSURANCE-GROUPE SUR LA VIE
POLICES-GROUPES GL-14008 ET GC-14008-A

1. Je soussigné(e) certifie qu'il m'a été offert, par la circulaire de l'ONU ST/IC/1996/42, la possibilité de bénéficier d'indemnités plus élevées au titre de l'assurance-groupe sur la vie et que j'ai décidé de ne pas donner suite à cette offre. Je demande donc que les montants de l'assurance-vie que j'ai souscrite au titre des polices-groupes susmentionnées soient maintenus à leur niveau actuel.

2. Au cas où je voudrais, ultérieurement, obtenir le relèvement du capital assuré, JE SERAIS TENU(E) DE FOURNIR À LA COMPAGNIE D'ASSURANCE LA PREUVE QUE JE SUIS ASSURABLE et, le cas échéant, de subir, à mes propres frais, un examen médical. Je suis conscient(e) du fait que la compagnie d'assurance se réserve le droit de rejeter une demande de cette nature.

Témoin

Signature du fonctionnaire

Noms et prénoms
(en caractères d'imprimerie ou
dactylographiés)

Noms et prénoms
(en caractères d'imprimerie ou
dactylographiés)

Numéro de code

Lieu d'affectation
