

Nouvel employé
Rengagement

Date d'entrée en vigueur de l'assurance _____

1 - RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS (S.V.P. ÉCRIRE EN LETTRE MOUILLÉES)

Titulaire du contrat / employeur _____ No. de Police _____ No. de Police _____

Nom de famille du participant Prénom (s) (abrégé si nécessaire) Initiales Numéro d'Assurance Sociale No. Identification (No. Certificat)
_____ N/A _____

Adresse du participant No. et nom de la rue Ville Province Code postal

Date de naissance Sexe Statut civil Langue :
_____ Masculin Célibataire Marié (e) Séparé (e) Si conjoint de fait, depuis: Français
Féminin Veuf (Veuve) Divorcé (e) Conjoint de fait Anglais

2 - À COMPLÉTÉ POUR UN NOUVEL EMPLOYÉ

Date d'embauche à un poste permanent à temps plein Fonction ou titre du participant Classe Salaire (Annuel) Si taux horaire Propriétaire / Actionnaire
_____ / hrs par semaine _____ \$ / heure Autre

3 - À COMPLÉTÉ LORS D'UN RENDEMENT

Date de la dernière journée de travail: _____ Date du rengagement: _____

4 - COUVERTURE DES PERSONNES À CHARGE

UNE PERSONNE À CHARGE EST VOTRE CONJOINT OU UN ENFANT À CHARGE. Si votre enfant est âgé de 21 ans ou plus, il doit fournir une preuve d'admissibilité. Pour plus de précisions S.V.P. vérifiez avec l'administrateur de votre programme. Si vous avez des questions quant à l'admissibilité de vos personnes à charge, veuillez vérifier avec votre employeur.

Avez-vous des personnes à charge? Oui Non

LISTE DES PERSONNES À CHARGE

	Nom (s)	Prénom (s)	Sexe (H / F)	Enfants à charge du conjoint	du participant	Date de naissance	Étudiant à temps plein	Handicapé (e)
Conjoint (e)								
Enfant								
Enfant								
Enfant								
Enfant								
Enfant								

5 - COORDINATION ET RENONCIATION À CERTAINES GARANTIES

(COMPLÉTEZ SEULEMENT SI VOUS ET/OU VOS PERSONNES À CHARGE ÊTES COUVERTS POUR DES GARANTIES SIMILAIRES SOUS UN AUTRE PLAN)

RENONCIATION AUX BÉNÉFICES (Cocher les cases appropriées afin de renoncer à certaines garanties pour vous-même et/ou pour les membres de votre famille)

Renonciation du participant Renonciation pour vos personnes à charge

Assurance maladie Assurance maladie
Assurance soins dentaires Assurance soins dentaires

Nom du conjoint: _____ Nom de l'employeur: _____

Nom de la compagnie d'assurance par laquelle votre conjoint est assuré _____ No. Police _____

COORDINATION DES BÉNÉFICES (Cocher les cases appropriées)

Couverture selon le plan de votre conjoint

Maladie Individuelle Familiale Renonciation
Dentaire Individuelle Familiale Renonciation

Toute l'information sur cette page a été vérifiée par un membre autorisé par le titulaire

Vérifier par : _____ Titre: _____ Date: _____

6 - DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE

Nom de famille	Prénom (s)	Lien avec le participant

7 - DÉSIGNATION DU FIDUTIAIRE (À remplir si le bénéficiaire n'a pas atteint l'âge de la majorité)

Je désigne, _____ par la présente à titre de fiduciaire aux fins de recevoir toute somme payable à un bénéficiaire qui n'a pas atteint l'âge de la majorité et déclare que la quittance dudit fiduciaire constituera pour les Assureurs, une décharge valable relativement à la somme versée. De plus, j'autorise par la présente ledit fiduciaire à effectuer à son gré, au nom du bénéficiaire, la totalité ou une partie de ladite somme et de l'intérêt couru à la subsistance, à l'éducation ou tout autre besoin du bénéficiaire.

Signature du Participant X _____

8 - PARTICIPANTS DU QUÉBEC (à remplir si le bénéficiaire est votre conjoint)

Au Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable à moins de précision contraire du participant. Si vous désignez conjoint, les Assureurs vous recommandent de le faire à titre révocable afin de faciliter toute demande de changement de bénéficiaire ultérieure. Une désignation irrévocable ne peut être modifiée que si le bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus, signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire. Si vous désignez votre CONJOINT comme bénéficiaire, apposez votre signature dans la case correspondant à votre choix.

Cette désignation est révocable

Cette désignation est irrévocable

Ou

Signature du Participant

Signature du Participant

9 - GARANTIES FACULTATIVES (assurance-vie et décès accidentel)

Si vous souhaitez obtenir des garanties facultatives et que votre contrat le permet, vous devez en discuter avec votre administrateur de programme.

10 - AUTORISATION

J'autorise mon employeur, le titulaire du contrat, les Assureurs ou ses réassureurs ainsi que leurs représentant et mandataires à fournir, à recevoir et à échanger entre eux tout renseignement personnel relatif à mon admissibilité et à mon assurabilité en vertu du régime et à celle de mes personnes à charge, le cas échéant, tout en respectant la loi des informations personnelles.

J'accepte, par les présentes, les dispositions de la police et je consens à ce que les cotisations nécessaires soient prélevées sur mon salaire, le cas échéant. J'accepte d'être identifié par un numéro de participant pour le programme d'assurance collective de mon employeur.

En cas de décès, j'autorise expressément le titulaire du contrat, le bénéficiaire, l'héritier, le liquidateur de la succession à fournir aux Assureurs, à la demande de ceu-ci, tous les renseignements ou autorisations permettant l'étude de la demande d'indemnisation et l'obtention de pièces justificatives.

This consent is valid for the purpose of this Program, or any modification, extension or reinstatement of thereof.

Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de sa remise en vigueur. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original si elle est utilisée aux fins d'échange de renseignements.

Je pourrai, à une date ultérieure, appliquer pour les garanties auxquelles j'ai renoncé précédemment, sans pénalité, si je le fais dans les 30 jours suivant la perte de ces garanties par le biais du plan de mon conjoint. Je comprends que certaines conditions peuvent s'appliquer..

Signature du Participant X _____ Date _____