

DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE – MEMBRE

VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.



SECTION SUR LE MEMBRE

1	PRÉNOM DU MEMBRE		NOM DE FAMILLE DU MEMBRE			
	ADRESSE DU MEMBRE		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	
	DATE DE NAISSANCE jj/mm/aaaa		SEXE	N° DE TÉLÉPHONE PERSONNEL		
	ADRESSE COURRIEL PROFESSIONNELLE		ADRESSE COURRIEL PERSONNELLE			
2	ÉTES-VOUS MARIÉ(E) OU VIVEZ-VOUS EN UNION DE FAIT? OUI NON		EN CAS D'UNION DE FAIT, VEUILLEZ INDIQUER LA DATE DU DÉBUT DE LA COHABITATION (jj/mm/aaaa)			
	PERSONNES À CHARGE (conjoint, puis autres personnes à charge, de la plus âgée à la plus jeune)					
	PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	SEXE	DATE DE NAISSANCE jj/mm/aaaa	LIEN	
					CONJOINT	
3	DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE – Prestations aux survivants au titre des couvertures d'assurance collective vie, DMA de base/accident et maladies graves et invalidité de longue durée (le cas échéant) Si le membre ne désigne aucun bénéficiaire, la prestation est payable aux ayants droit. Le total des pourcentages doit être égal à 100 % pour que les affectations soient valides.					
	NOM DU BÉNÉFICIAIRE		LIEN AVEC LE MEMBRE	POURCENTAGE DE LA PRESTATION	DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa)	
	RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT : Au Québec, à moins d'avis contraire, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable. S'il est indiqué que le bénéficiaire est irrévocable, son consentement est requis pour modifier la désignation.		RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT : S'IL LE CONJOINT EST DÉSIGNÉ COMME BÉNÉFICIAIRE, CETTE DÉSIGNATION EST : RÉVOCABLE IRRÉVOCABLE			
4	DÉCLARATION RELATIVE À LA DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE (À remplir si le bénéficiaire est mineur) Ne s'applique pas au Québec Par la présente, je nomme _____ comme fiduciaire pour recevoir toute somme payable au(x) bénéficiaire(s) n'ayant pas atteint l'âge de la majorité, et je déclare que la réception de cette somme par ledit fiduciaire constitue une quittance valide pour le(s) fournisseur(s) d'assurance collective relativement à la somme ainsi payée. De plus, par la présente, j'autorise ce fiduciaire à affecter, à sa discrétion, une partie ou la totalité de cette somme et, le cas échéant, du revenu qui en découle au paiement des frais d'entretien ou de scolarité du(des) bénéficiaire(s) en question. Adresse du fiduciaire : _____ Lien avec le bénéficiaire : _____					
5	VEUILLEZ INDIQUER LE NIVEAU DE COUVERTURE SOUHAITÉ (TOUS LES CHANGEMENTS ULTÉRIEURS DEVRAIENT ÊTRE SIGNALÉS À VOTRE ADMINISTRATEUR DE RÉGIME) ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE (AMC) ET ASSURANCE SOINS DENTAIRES : _____ (S/C/F/O) S = Seulement moi (Sur une tête) C = Moi et une personne à charge (Couple) F = Moi et deux personnes à charge ou plus (Famille) O = Aucune couverture pour moi-même ou les personnes à ma charge Remarque : Vous devez avoir une autre assurance pour renoncer à ces garanties. Veuillez remplir la section « Renonciation » ci-après.					
6	RENONCIATION À L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET À L'ASSURANCE SOINS DENTAIRES Je comprends le régime d'assurance collective qui m'est offert. Toutefois, si les dispositions du régime le permettent, je renonce aux garanties suivantes. Je conviens que si ma couverture de remplacement prend fin, je dois souscrire la couverture au titre du régime d'assurance collective offert par mon employeur dans les 31 jours suivant la date de cessation de la couverture, faute de quoi je pourrais avoir à produire, à mes frais, une preuve d'assurabilité satisfaisante pour moi-même et les personnes à ma charge, ou à payer des primes rétroactivement jusqu'à la date d'admissibilité, ou les prestations pourraient être restreintes ou refusées. J'atteste que je bénéficie d'une couverture comparable sur ma tête et, le cas échéant, sur la tête des personnes à ma charge, en vertu du régime d'assurance suivant : Nom de l'employeur : _____ Nom de l'assureur : _____ Numéro de groupe : _____					
7	COORDINATION DES PRESTATIONS EST-CE QUE VOUS OU LES PERSONNES À VOTRE CHARGE ÊTES ASSURÉS EN VERTU D'UN AUTRE RÉGIME D'ASSURANCE? Assurance maladie complémentaire (AMC) _____ (O/N) Niveau de couverture _____ (S/C/F) Assurance soins dentaires : _____ (O/N) Niveau de couverture _____ (S/C/F)					
8	AUTORISATION DU MEMBRE – À LIRE, À SIGNER ET À DATER Par la présente, je sou mets une demande d'adhésion aux garanties d'assurance collective fournies par mon employeur et j'autorise le prélèvement périodique sur ma paie de toutes cotisations que je dois verser pour les garanties. En ce qui a trait à ces garanties et à d'autres garanties pour lesquelles je présente ou présenterai une demande d'adhésion, je fournis certains renseignements personnels sur moi-même et ma famille (selon le cas) et, par la présente, j'autorise expressément mon employeur, GroupSource, les assureurs du régime, les réassureurs, les fournisseurs et les agents à recueillir, à utiliser et à communiquer toute information nécessaire à l'établissement et au maintien en vigueur de mes garanties. Par ailleurs, je comprends que GroupSource recueillera des renseignements sur moi et ma famille, entre autres dans le cadre de la mise à disposition des garanties, du traitement des demandes de règlement présentées et du traitement des demandes de l'assureur ou du fournisseur. J'autorise expressément GroupSource à communiquer lesdits renseignements et toute autre information aux assureurs du régime, aux réassureurs, aux fournisseurs, aux agents, à l'employeur et à toute autre personne nécessaire à la mise à disposition des garanties, aux fins de traitement des demandes de l'assureur ou du fournisseur en vue de déterminer l'admissibilité et d'assurer l'administration des garanties en règle. Je comprends qu'aucun renseignement personnel ne sera communiqué à d'autres fins sans mon consentement. Seules les personnes qui doivent examiner les renseignements aux fins d'établissement et de mise à disposition des garanties sont autorisées par GroupSource à accéder aux renseignements personnels. Je confirme que je suis autorisé(e) à agir pour le compte de mon conjoint et des personnes à ma charge aux fins précitées dans les présentes. J'atteste que les renseignements fournis dans la présente demande d'adhésion sont véridiques, complets et exacts. Une copie de la présente autorisation est aussi valide que l'original. SIGNATURE DU MEMBRE X _____ DATE X _____					
9	NOM DU PROMOTEUR DE RÉGIME					
	NUMÉRO D'IDENTIFICATION PERSONNELLE		NUMÉRO DE MEMBRE		PROFESSION	
	DATE D'ENTRÉE EN SERVICE À TEMPS PARTIEL	DATE D'ENTRÉE EN SERVICE À TEMPS PLEIN	DATE D'ADMISSIBILITÉ À LA COUVERTURE	RÉMUNÉRATION ANNUELLE	NBRE D'HEURES PAR SEMAINE/ÉTP	
				CATÉGORIE	SERVICE/DIVISION/EMPLACEMENT	

SECTION SUR LE PROMOTEUR DE RÉGIME