

Veillez écrire au stylo en LETTRES MOULÉES, signer et apposer la date

1 Renseignements sur le promoteur du régime. À remplir par l'administrateur du régime.

Nom du promoteur du régime	No de police	Division	Nº de certificat	Code de classe
Date d'embauche/de réintégration (JJ/MM/AAAA)	La période d'attente s'applique-t-elle à cette demande? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, <i>veuillez joindre une lettre d'explication</i>			Date de mise en vigueur de la couverture (JJ/MM/AAAA)
Salaire \$	Indiquer le nombre d'heures normales de travail par semaine		L'employé travaille-t-il moins de 52 semaines par année? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, indiquer le salaire annuel.	
Type de salaire (un choix): <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire <input type="checkbox"/> Annuel			Poste de l'employé	

2 Renseignements sur le membre du régime. À remplir par le membre du régime.

Nom de famille du membre du régime		Prénom du membre du régime		
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Adresse municipale		Nº d'appartement
Ville		Province	Code postal	
Téléphone à domicile (veuillez inclure l'indicatif régional):		Avez-vous un conjoint? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Dans le cas d'une union de fait, indiquer la date du début de la cohabitation. (JJ/MM/AAAA)	
Adresse courriel:		Avez-vous des enfants admissibles en tant que personnes à charge? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien?		
Langue de préférence <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français		Pour quel type de protection désirez-vous être inscrit? (un choix) <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Monoparentale		

3 Renseignements relatifs au changement. À remplir par l'administrateur du régime.

Quelle est la date de mise en vigueur du changement? (JJ/MM/AAAA)

<input type="checkbox"/> Cessation d'emploi du membre (Indiquer le dernier jour travaillé)	<input type="checkbox"/> Changement de protection (Vérifiez que le membre a rempli les sections appropriées)
<input type="checkbox"/> Mutation du membre Classe/Division (Indiquer la nouvelle Classe/Division)	<input type="checkbox"/> Date de naissance (Indiquer la date de naissance corrigée)
<input type="checkbox"/> Changement de salaire du membre (Indiquer l'ancien et le nouveau salaire)	<input type="checkbox"/> Changement de bénéficiaire (Vérifiez que le membre à rempli la section 7)
<input type="checkbox"/> Ajouter/Enlever le conjoint ou une personne à charge (Vérifiez que le membre a rempli les sections appropriées)	<input type="checkbox"/> Changement d'adresse (Vérifiez que le membre à rempli la section 2)
<input type="checkbox"/> Changement de nom	<input type="checkbox"/> Autre

Indiquer les détails du changement :

4 Renonciation aux avantages sociaux. À remplir par le membre du régime.

Si vous ou les personnes à votre charge êtes actuellement protégés pour les soins de santé complémentaires et/ou les soins dentaires par un autre programme d'assurance collective, vous pouvez renoncer aux soins de santé complémentaires ou aux soins dentaires en sélectionnant la case appropriée pour chaque protection:

Je refuse la protection pour moi-même mon conjoint et les personnes à ma charge	<input type="checkbox"/> Soins de santé complémentaires	<input type="checkbox"/> Soins dentaires
Je refuse la protection pour mon conjoint et les personnes à ma charge	<input type="checkbox"/> Soins de santé complémentaires	<input type="checkbox"/> Soins dentaires
Compagnie d'assurance du conjoint	Employeur du conjoint	

5 Coordination des prestations. À remplir par le membre du régime, le cas échéant.

Si vous, votre conjoint ou vos personnes à charge êtes protégés, pour les soins de santé complémentaires et/ou les soins dentaires, par un autre programme d'assurance collective, veuillez remplir cette section.

Soins de santé complémentaires	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Monoparentale	Compagnie d'assurance du conjoint :
Soins dentaires	<input type="checkbox"/> Aucune	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Famille	<input type="checkbox"/> Couple	<input type="checkbox"/> Monoparentale	Employeur du conjoint :

6 Conjoint et personnes à charge. À remplir par le membre du régime, le cas échéant.

Nom de famille	Prénom	Sexe	Date de naissance	Étudiant	Personne à charge handicapée
Conjoint		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	JJ/MM/AAAA	N/A	N/A
Enfant		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	JJ/MM/AAAA	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

- Si vous avez plus de quatre personnes à charge, veuillez joindre une liste séparée.
- Si un enfant a plus de 21 ans, veuillez indiquer s'il est aux études ou handicapé. Dans le cas d'un étudiant, vous devez fournir une preuve de scolarité.

7 Désignation du bénéficiaire. À remplir par le membre du régime.

Le membre du régime est le bénéficiaire de l'assurance sur la vie des personnes à sa charge. À moins d'avis contraire ou que ce soit interdit par la loi, la désignation est **révocable**. Si le bénéficiaire est désigné comme étant **irrévocable**, il faut son consentement pour le changer. Au Québec, la désignation de votre conjoint comme bénéficiaire est irrévocable à moins d'indication contraire.

Nom de famille	Prénom	Lien de parenté avec l'employé	Pourcentage de la prestation
			%
			%
			%

Pour les résidents du Québec, si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est : Révocable Irrévocable

Clause pour mineurs. (Fiduciaire pour enfants n'ayant pas atteint la majorité)

Nom du fiduciaire	Lien de parenté avec l'assuré

Tel qu'il est indiqué ci-dessus, le fiduciaire est nommé par la présente pour recevoir tout paiement dû au décès de l'assuré ou après, pour tout BÉNÉFICIAIRE DÉSIGNÉ sur ce formulaire qui est mineur à la date où ce paiement est dû.

8 Autorisations & déclarations. À remplir par le membre du régime (Signature et date au stylo).

1. Je désigne en tant que bénéficiaire(s) la ou les personne(s) nommée(s) ci-dessus à la section Désignation du bénéficiaire.
2. Je déclare que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets, et je comprends que si les renseignements fournis sont incomplets ou faux, cela pourrait entraîner la cessation de mes avantages sociaux.
3. Une photocopie ou une version électronique de cette autorisation est aussi valide que l'original.
4. Je certifie être autorisé à fournir et recevoir des renseignements sur mon conjoint et/ou les personnes à ma charge.
5. J'autorise l'administrateur de mon régime (SourceSanté Plus) à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins des déclarations d'impôt, ainsi qu'en tant que numéro d'identification là où le requiert l'administration du régime.
6. J'autorise l'administrateur de mon régime (SourceSanté Plus), ses mandataires, assureurs et fournisseurs de services à utiliser et à échanger les renseignements obtenus sur ce formulaire afin d'assurer, d'administrer, de déterminer l'admissibilité et de statuer sur les réclamations.
7. J'autorise l'administrateur de mon régime (SourceSanté Plus) ou le promoteur du régime, selon le cas, à utiliser les renseignements obtenus sur ce formulaire afin d'effectuer les retenues sur le salaire nécessaires.
8. Je comprends que l'administrateur du régime aura le droit de me réclamer les versements effectués par erreur.

Signature du membre du régime	Date JJ/MM/AAAA
-------------------------------	--------------------

9 Autorisation de l'employeur. À remplir par l'administrateur du régime.

Je déclare que les renseignements fournis sur ce formulaire sont complets et exacts au meilleur de ma connaissance, et **j'autorise** SourceSanté Plus à utiliser ces renseignements pour administrer le régime collectif d'avantages sociaux; obtenir des tarifs pour des produits assurés dans le cadre du régime; vérifier l'identité et l'admissibilité du membre du régime, de son conjoint ou de ses personnes à charge admissibles; statuer et payer les réclamations admissibles; auditer les dépenses du régime; et, préparer les rapports. **Je comprends** que ces renseignements ne seront fournis qu'aux assureurs ou arbitres engagés par SourceSanté Plus pour fournir des services dans le cadre du régime. **Je déclare** avoir obtenu le consentement de cet employé (et le consentement du conjoint ou partenaire, selon le cas) pour fournir ces renseignements à SourceSanté Plus.

Nom	Signature	Date JJ/MM/AAAA
-----	-----------	--------------------

À PROPOS DE LA CONFIDENTIALITÉ : Chez SourceSanté Plus, nous reconnaissons l'importance de la vie privée et la respectons. Tous les renseignements fournis seront conservés dans un dossier de régime collectif d'avantages sociaux avec assurance-vie et soins de santé. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels aux employés ou aux personnes autorisés par SourceSanté Plus qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches, aux personnes que vous avez préalablement autorisées, ainsi qu'aux personnes autorisées par la loi. Nous utilisons les renseignements que vous nous fournissez pour administrer votre régime d'avantages sociaux, évaluer votre admissibilité et statuer quant aux protections offertes en vertu de votre régime.