

FORMULAIRE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE

Veuillez écrire à l'ENCRE et en lettres moulées, signer et dater le formulaire

| 1 RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR À remplir par l'administrateur du régime | | | | | | Directives | |
|---|---|--|--|--|--|--|--|
| Nom de l'entreprise | | Division | Catégorie | Numéro de certificat | | L'original des formulaires dûment remplis doit être conservé dans les dossiers des employés. SSP supposera que l'employé travaille 52 semaines par année – si ce n'est pas le cas, veuillez communiquer avec votre spécialiste en service à la clientèle | |
| Date d'embauche / de remise en vigueur (jj/mm/aaaa) | Entrée en vigueur de la couverture (jj/mm/aaaa) | | Exemption de la période probatoire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui , veuillez joindre une lettre d'explication | | | | |
| Salaire (\$) | | Nombre d'heures travaillées par semaine? | | | | | |
| Type de salaire (cocher une case) : <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire <input type="checkbox"/> Annuel | | | | Poste de l'employé | | | |
| 2 RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ À remplir par l'employé | | | | | | | |
| Nom de famille de l'employé | | Prénom de l'employé | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | | Veillez écrire clairement en lettres moulées afin d'assurer la saisie exacte de vos données. | |
| Date de naissance (jj/mm/aaaa) : | Langue de communication <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais | | Téléphone au domicile, incluant l'indicatif régional | | | | |
| Adresse | | | Numéro d'appartement | | | Veillez fournir votre adresse complète incluant le code postal. | |
| Ville | Province | Code postal | Courriel : | | | | |
| Quelle est la couverture demandée? (1 choix) <input type="checkbox"/> Aucune (veuillez remplir la partie Renonciation à la couverture) <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Monoparentale | | | | | | Si vous avez des questions sur les choix de couverture, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime | |
| 3 RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE | | | | | | | |
| Avez-vous un conjoint? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si conjoint de fait , à quelle date a commencé la cohabitation? (jj/mm/aaaa) | | | | | | Veillez écrire clairement en lettres moulées afin d'assurer la saisie exacte de vos données. | |
| Nom | | | Sexe | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | | | |
| Prénom | | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | | | Assurez-vous de fournir tous les renseignements sur les personnes à charge au moment de l'adhésion pour éviter les retards de saisie des données ou les restrictions applicables aux adhésions tardives. Si vous fournissez une preuve de scolarité pour une personne à charge ayant dépassé l'âge limite, assurez-vous d'indiquer clairement le nom de la personne à charge, la période d'inscription et la confirmation du statut d'étudiant à temps plein. | |
| Avez-vous des PERSONNES À CHARGE QUI DÉPASSENT L'ÂGE LIMITE? (Un enfant qui dépasse l'âge limite, conformément aux dispositions du contrat, est un enfant handicapé ou qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire.) S'il s'agit d'un étudiant , veuillez joindre une preuve d'inscription à temps plein S'il s'agit d'un enfant handicapé , veuillez communiquer avec l'administrateur du régime pour obtenir les formulaires à remplir | | | | | | | |
| Nom de famille de l'enfant | Prénom de l'enfant | | Sexe | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | Étudiant ayant dépassé l'âge limite | | Enfant handicapé |
| | | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| | | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

| 4 COORDINATION DES PRESTATIONS À remplir par l'employé, s'il y a lieu | | | | | | |
|--|---|--|---|--|---|--|
| Si vous, votre conjoint ou les personnes à votre charge bénéficiez d'une couverture des soins médicaux complémentaires ou des soins dentaires au titre d'un autre régime d'assurance collective, veuillez remplir cette partie. | | | | | | La couverture supplémentaire peut inclure celle du conjoint, d'un autre employeur, etc. Si un employé est couvert en tant que participant au titre de deux régimes d'assurance collective, le premier payeur sera le régime ayant pris effet en premier |
| Soins médicaux complémentaires | <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Familiale | <input type="checkbox"/> Couple | <input type="checkbox"/> Monoparentale | |
| Soins dentaires | <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Familiale | <input type="checkbox"/> Couple | <input type="checkbox"/> Monoparentale | |
| 5 RENONCIATION À LA COUVERTURE À remplir par l'employé, s'il y a lieu | | | | | | |
| Si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par des garanties soins médicaux complémentaires ou soins dentaires au titre d'un autre régime d'assurance collective, vous pouvez renoncer à la couverture en cochant la case applicable pour chaque garantie : | | | | | | |
| Je renonce à la couverture pour : | SOINS DENTAIRES | | SOINS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES | | | Il est possible de renoncer aux garanties soins médicaux complémentaires et soins dentaires seulement, si l'employé et les personnes à charge bénéficient d'une autre couverture. L'adhésion à toutes les autres garanties est obligatoire. Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec l'administrateur du régime. |
| | <input type="checkbox"/> Moi et les personnes à ma charge | <input type="checkbox"/> Les personnes à ma charge seulement | <input type="checkbox"/> Moi et les personnes à ma charge | <input type="checkbox"/> Les personnes à ma charge seulement | | |
| REMPILIR CETTE PARTIE SI VOUS RENONCEZ AUX GARANTIES SOINS MÉDICAUX ET SOINS DENTAIRE | | | | | | |
| Est-ce que vous ou les personnes à votre charge êtes couverts au titre d'un autre régime d'assurance collective? Oui Non | | | | | | |
| Si oui : Nom du titulaire du contrat : _____ Assureur _____ | | | | | | |
| Je reconnais que je renonce à l'assurance parce que moi ou les personnes à ma charge sommes couverts au titre d'un autre régime. | | | | | | |
| Si je veux adhérer au régime à une date ultérieure, je reconnais que je devrai présenter une demande d'adhésion dans les 31 jours suivant la cessation de la couverture de l'autre régime ou un événement marquant. | | | | | | |
| Si je renonce à la couverture des soins dentaires, je reconnais que les garanties peuvent être réduites si j'adhère à cette couverture à une date ultérieure. | | | | | | |
| Je reconnais que je pourrais devoir fournir à mes frais une preuve d'assurabilité satisfaisante à l'assureur, si, à une date ultérieure, je veux adhérer à toute couverture à laquelle je renonce. | | | | | | |
| _____ | | | _____ | | | |
| DATE DE RENONCIATION | | | SIGNATURE EN CAS DE RENONCIATION À LA COUVERTURE | | | |
| 6 DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE PRINCIPAL À remplir par l'employé | | | | | | |
| Le participant est le bénéficiaire de l'assurance vie des personnes à sa charge. Sauf disposition contraire de la loi, la désignation de bénéficiaire est révoquant. Si le bénéficiaire est désigné irrévocable, son consentement sera exigé pour modifier la désignation. Au Québec, la désignation du conjoint (mariage ou union civile) est irrévocable, sauf indication contraire. | | | | | | |
| Nom | Prénom | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | Lien avec l'employé | Pourcentage (total de 100 %) | Désignation révoquant – peut être changée sans le consentement du bénéficiaire | |
| | | | | % | | |
| | | | | % | | |
| | | | | % | Désignation irrévocable – le bénéficiaire désigné doit autoriser toute modification | |
| Si vous résidez au Québec et si vous désignez votre conjoint (marié ou union civile) comme bénéficiaire, ce bénéficiaire sera irrévocable, sauf si vous cochez la case bénéficiaire révoquant <input type="checkbox"/> Bénéficiaire révoquant | | | | | | |
| Clause relative aux enfants mineurs (fiduciaire des enfants mineurs – à l'exclusion des résidents du Québec) | | | | | | |
| Nom du fiduciaire | | | Lien avec la personne assurée | | | |
| Tel qu'il est indiqué ci-dessus, le fiduciaire est nommé par la présente pour recevoir toute somme due, au décès de l'assuré ou après, à tout BÉNÉFICIAIRE DÉSIGNÉ dans ce formulaire qui est mineur à la date à laquelle la somme est payable. | | | | | | |

7 BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE À remplir par l'employé, s'il y a lieu

En l'absence d'un bénéficiaire survivant au moment de mon décès, je déclare que le produit de l'assurance doit être versé aux bénéficiaires subsidiaires ci-dessous. En l'absence d'un bénéficiaire subsidiaire survivant au moment de mon décès, je déclare que le produit de l'assurance doit être versé à mes ayants droit. Sauf indication contraire, la désignation de bénéficiaire subsidiaire s'applique à toutes les garanties. Les désignations faites au moyen de ce formulaire remplacent toute désignation de bénéficiaire précédente.

| Nom | Prénom | Date de naissance | Lien avec l'employé | Pourcentage (total de 100 %) | Peut être utilisée comme désignation de bénéficiaire secondaire advenant le décès du bénéficiaire désigné initialement. |
|-----|--------|-------------------|---------------------|------------------------------|---|
| | | | | % | |
| | | | | % | |

Si vous résidez au Québec et que vous désignez votre conjoint (marié ou union civile) comme bénéficiaire, ce bénéficiaire sera irrévocable, sauf si vous cochez la case bénéficiaire révocable Bénéficiaire révocable

8 Autorisations et déclarations À remplir par l'employé (signer et dater à l'encre)

- Je désigne les personnes mentionnées ci-dessus à la partie Désignation de bénéficiaire en tant que bénéficiaires.
- Je déclare que les renseignements que j'ai fournis dans ce formulaire sont véridiques et complets, et je reconnais que si les renseignements fournis sont incomplets ou faux, les garanties peuvent prendre fin.
- Une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.
- Je certifie être autorisé à fournir et à recevoir des renseignements sur mon conjoint et sur les personnes à ma charge.
- J'autorise par la présente l'administrateur de mon régime (SourceSanté Plus) à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale et en tant que numéro d'identification si l'administration du régime l'exige.
- J'autorise l'administrateur de mon régime (SourceSanté Plus), ses mandataires, assureurs et fournisseurs de services à utiliser et à échanger les renseignements recueillis dans ce formulaire à des fins de souscription, d'administration, d'évaluation de l'admissibilité et de traitement des demandes de règlement.
- J'autorise l'administrateur de mon régime (SourceSanté Plus), le promoteur de régime au besoin, à utiliser et à échanger les renseignements recueillis dans ce formulaire pour effectuer les retenues salariales nécessaires.
- Je reconnais que l'administrateur du régime a le droit de recouvrer tout paiement qui m'a été versé par erreur.

Signature du participant au régime

Date JJ/MM/AAAA

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

Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et exacts, autant que je sache, et j'**autorise** SourceSanté Plus à utiliser ces renseignements pour administrer mon régime d'assurance collective; obtenir des soumissions pour les produits souscrits ou assurés dans le cadre du régime; vérifier l'identité et l'admissibilité du participant, du conjoint et des personnes à charge; étudier et payer les demandes de règlement admissibles; vérifier les dépenses du régime et préparer les rapports. **Je reconnais** que ces renseignements seront fournis uniquement aux assureurs et responsables du traitement des demandes de règlement dont les services ont été retenus par SourceSanté Plus pour la prestation de services dans le cadre du régime. **Je déclare** avoir obtenu le consentement de l'employé (et le consentement du conjoint ou partenaire s'il y a lieu) pour fournir ces renseignements à SourceSanté Plus.

Nom

Signature

Date JJ/MM/AAAA

À PROPOS DE LA PROTECTION DE VOTRE VIE PRIVÉE À SourceSanté Plus, nous reconnaissons et respectons l'importance de la vie privée. Tous les renseignements que vous fournissez seront conservés dans un dossier des garanties collectives vie et maladie. Nous limitons l'accès aux renseignements au personnel et aux personnes autorisées par SourceSanté Plus qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches, aux personnes à qui vous avez donné accès et aux personnes autorisées par la loi. Nous utilisons les renseignements que vous nous avez fournis pour l'administration, l'admissibilité et le traitement des demandes de règlement dans le cadre du régime.