

mes Garanties collectives

Formulaire d'inscription

- Formulaire d'adhésion **Contrat n°** _____.
- Formulaire de modification : **Contrat n°** _____, **Division n°** _____.
(indiquer uniquement les modifications apportées ainsi que la date d'effet des changements)

1 RENSEIGNEMENTS À FOURNIR PAR LE GESTIONNAIRE DU RÉGIME

Numéro de division	Classe	Numéro de participant	<input type="checkbox"/> Nouveau participant <input type="checkbox"/> Réembauche	Date d'embauche/ de réembauche (aaaa-mm-jj)
Numéro de l'emplacement / de l'unité de facturation	Nom de l'emplacement/ de l'unité de facturation	Nom du titulaire		
Date d'effet de la couverture (aaaa-mm-jj)	Profession	Salaire	Base de calcul :	<input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> À l'heure (hres/sem. _____) <input type="checkbox"/> Autre : précisez

2 RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom du participant	Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau	Ville
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Code postal	Adresse électronique	
Province où travaille le participant :	Province de résidence :	État civil	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait (Date début cohabitation : _____)

3 RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Nom du CONJOINT	Prénom du CONJOINT	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Votre conjoint est-il déjà assuré par d'autres garanties collectives de remboursement de frais médicaux et/ou dentaires au titre du régime de son employeur? <input type="checkbox"/> Non; <input type="checkbox"/> Oui. Si oui, veuillez indiquer le nom de son assureur et la couverture dont il bénéficie : Nom du l'assureur du conjoint : _____ Frais médicaux du conjoint : <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple Frais dentaires du conjoint : <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple			

Nom de l' ENFANT	Prénom de l' ENFANT	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Sexe	Étudiant*	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
			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

*Un étudiant s'entend de l'enfant de 21 ans ou plus mais de moins de 30 ans qui étudie à temps plein dans un établissement reconnu par l'Agence du revenu du Canada, qui n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou par un autre type d'union formelle reconnue par la loi et dont vous assurez entièrement le soutien financier.

**Si vous demandez l'inscription d'un enfant ayant dépassé l'âge limite qui souffre d'un handicap, veuillez remplir un formulaire Couverture pour les enfants invalides et nous le faire parvenir dans les 31 jours suivant la date à laquelle la personne à charge atteint l'âge limite.

4 RENSEIGNEMENTS SUR LES PROTECTIONS DEMANDÉES

Protection demandée-frais médicaux

Individuelle Monoparentale Couple Familiale Exemptée*

Protection demandée-frais dentaires (si prévue au contrat)

Individuelle Monoparentale Couple Familiale Exemptée*

***Pour demander une protection exemptée à la garantie des frais médicaux ou frais dentaires, vous devez être couvert sous un autre contrat collectif comportant des couvertures similaires.**

IMPORTANT : Assurez-vous d'avoir complété les informations demandées à la section 3 si vous demandez une protection monoparentale, couple ou familiale en santé et/ou dentaire ou si vous demandez une protection individuelle mais que vous avez un conjoint.

5 DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES

Important : vous devez parapher toute modification ou toute rature. L'utilisation du liquide correcteur n'est pas acceptée. Notez qu'au Québec, tout montant à être payé à un bénéficiaire au moment où il/elle est mineur(e) sera payé au(x) parent(s) ou tuteur légal de ce bénéficiaire.

Nom	Prénom	Lien avec le participant	Pourcentage
			%
			%
			%
			%
Autre			
Au Québec, si vous désignez comme bénéficiaire votre conjoint en vertu d'un mariage ou d'une union civile, CE BÉNÉFICIAIRE EST IRRÉVOCABLE À MOINS QUE VOUS NE COCHIEZ LA CASE DÉSIGNATION RÉVOCALE. <input type="checkbox"/> Désignation révocable Une désignation révocable peut être modifiée à toute époque sans le consentement du bénéficiaire. Vous ne pouvez pas modifier une nomination de bénéficiaire irrévocable sauf sous réserve de certaines conditions.			

Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, les sommes dues seront réglées à vos ayants droit.

6 AUTORISATION ET SIGNATURE

Important : vous devez signer et dater le formulaire

Je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements sur mon conjoint et les personnes à charge en vue de les inscrire au régime.

En adhérent au régime, j'autorise :

- l'assureur et ses réassureurs à recueillir et à utiliser des renseignements pertinents me concernant et à les communiquer dans le but d'établir la tarification, d'assurer la gestion des règlements, d'évaluer les demande de règlement et de porter les règlements au crédit du compte bancaire,
- le promoteur du régime à utiliser les renseignements que contient le présent formulaire dans le but d'assurer la gestion des garanties et d'effectuer les retenues salariales nécessaires,
- Nexim Canada, à recueillir, à utiliser et à communiquer les renseignements me concernant et concernant mon conjoint et les personnes à ma charge qui sont nécessaires aux fins de l'inscription ainsi que de la gestion du régime.

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et véridiques.

Toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original. En revanche, ce n'est pas le cas pour la désignation de bénéficiaire.

Signature du participant X	Date (aaaa-mm-jj)
-------------------------------	-------------------