

# Demande d'adhésion

LA CORPORATION

people

Avantages Sirius

Bénéficiez d'une approche humaine

Avantages Sirius est une entreprise de La Corporation People

Nouvel employé  Remise en vigueur

**Participant :** Veuillez remplir les parties 1 à 5 en écrivant lisiblement et envoyer le formulaire à l'administrateur de votre régime.

**Administrateur de régime :** Veuillez remplir les parties 6 et 7 et envoyer le formulaire à Avantages Sirius.

1	Renseignements le sur participant	Nom		Prénom						
		Adresse postale		Ville		Prov	Code postal			
		Adresse de courriel		Numéro de téléphone (jour)		Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais				
		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance JJ/MM/AAAA		Couverture au titre du régime d'assurance maladie provincial <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Autochtone <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Numéro du CSSI		
		État matrimonial <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait - date de début de la cohabitation : _____								
2	Autre couverture	Votre conjoint est-il couvert par le régime de son employeur?					Soins médicaux		Soins dentaires	
		Nom de l'assureur de votre conjoint : _____					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Numéro de contrat : _____					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		Êtes-vous couvert par l'assurance soins médicaux ou l'assurance soins dentaires du régime de votre conjoint?					<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
3	Renseignements les personnes à charge	Nom		Date de naissance JJ/MM/AAAA	Sexe H ou F	Lien avec le participant Nom	Pour les enfants à charge ayant dépassé l'âge limite, voir la définition de chaque terme dans le livret explicatif.		Autochtone	
		Nom	Prénom				Étudiant à temps plein à l'université ou au collège?*	Personne à charge invalide?*		
		Conjoint						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		Enfant						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Enfant						<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
*Veuillez remplir un formulaire sur les personnes à charge ayant dépassé l'âge limite si l'enfant à votre charge fréquente un collège ou une université ou s'il s'agit d'une personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite. L'administrateur de votre régime peut vous renseigner davantage à ce sujet.										
4	Bénéficiaire	Nom		Lien avec le participant	Pourcentage maximal : 100 %	Résidents du Québec seulement :				
		Nom	Prénom			La désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf si vous cochez ici <input type="checkbox"/> pour préciser que cette désignation est révoicable.				
Désignation du fiduciaire		Remplissez cette partie seulement si le bénéficiaire désigné ci-dessus est d'âge mineur.			Je nomme par la présente _____ fiduciaire pour recevoir toute somme due à un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans.					
5 Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels à des fins de communication, de sélection des risques, d'examen et de traitement des demandes de règlement, de détection et de prévention de la fraude, de compilation de statistiques et d'observation des lois. J'atteste que tous les renseignements figurant dans le présent formulaire sont véridiques et exacts. Je demande par la présente de bénéficier de la couverture à laquelle je suis, ou pourrai devenir, admissible. Je reconnais que je n'inscris, aujourd'hui ou ultérieurement, que les personnes à charge qui m'ont autorisé à fournir les renseignements les concernant et qui consentent à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ces renseignements aux fins susmentionnées. J'autorise Avantages Sirius, tout assureur et tout fournisseur de soins de santé à échanger les renseignements nécessaires pour déterminer l'admissibilité et administrer le régime. Je désigne le bénéficiaire susmentionné pour recevoir toute somme payable par suite de ma participation au présent régime.										
Signature du participant					Date JJ/MM/AAAA					

6	Administrateur de régime	Numéro du groupe	Numéro d'entreprise	Catégorie		Nom de l'entreprise				
		Profession		Date d'embauche permanente		Nombre d'heures de travail par semaine	Rémunération mensuelle brute			
7	Je confirme que l'employé est admissible à la couverture et que les renseignements fournis sont véridiques et exacts.									
	Signature de l'administrateur de régime					Date JJ/MM/AAAA				

Réservé à Avantages Sirius

8	Groupe _____	Entreprise _____	Certificat _____	Participant _____	Catégorie _____	Date d'entrée en vigueur _____
---	--------------	------------------	------------------	-------------------	-----------------	--------------------------------