



Renseignements administratifs (À compléter par l'administrateur en lettres moulées)

Nom du groupe ou du preneur : _____

Contrat : _____ Division : _____ Classe : _____ Certificat : _____

Fonction de l'assuré(e) : _____ Salaire annuel admissible : _____

Date d'embauche à temps plein : _____ (AAAA/MM/JJ) Date effective de l'assurance¹ : _____ (AAAA/MM/JJ)

1. Veuillez vous référer à votre contrat pour connaître les clauses d'admissibilité.

Renseignements sur l'assuré(e) (À compléter par l'assuré(e) en lettres moulées)

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ (AAAA/MM/JJ) Adresse : _____
N° civique Rue Appartement

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Téléphone : _____ Cellulaire : _____ Courriel : _____

Langue : Français Anglais État Civil : Célibataire Marié(e) Séparé(e) Veuf(ve) Divorcé(e)

Sexe : Féminin Masculin Conjoint(e) de fait Date de début de cohabitation : _____ (AAAA/MM/JJ)

Choix de protection

Maladie : Individuelle Conjointe Monoparentale Familiale Exemptée²

Soins dentaires : Individuelle Conjointe Monoparentale Familiale Exemptée²

2. L'exemption n'est possible que si vous et vos personnes à charge admissibles êtes couverts par un autre régime d'assurance collective privé. Veuillez nous fournir les informations suivantes, le cas échéant :

Nom de l'assureur du (de la) conjoint(e) : _____ Numéro de contrat : _____

Personne(s) à charge Conjoint(e) et enfant(s) admissibles selon les termes du contrat

Lien	Nom de famille	Prénom	Sexe (F/M)	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Étudiant(e) à temps plein ³	Handicapé(e)
Conjoint(e)	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfant	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfant	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfant	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfant	_____	_____	_____	_____	_____	_____

Protection demandée pour l'assurance vie des personnes à charge : Conjointe Monoparentale Familiale Exemptée

Chez certains assureurs, cette garantie est obligatoire si vous avez une(des) personne(s) à charge admissible(s).

3. Si âgé de 21 à 25 ans. Veuillez nous transmettre une preuve de scolarité.

Désignation de bénéficiaire(s) (L'usage du liquide correcteur et les ratures ne seront pas acceptées.)

Je désire désigner mes héritiers légaux (succession) à titre de bénéficiaire : Oui Sinon, veuillez compléter le tableau ci-dessous.

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Lien	Pourcentage	Désignation
_____	_____	_____	_____	_____	Révocable Irrévocable
_____	_____	_____	_____	_____	Révocable Irrévocable
_____	_____	_____	_____	_____	Révocable Irrévocable

Afin de désigner un fiduciaire, ou pour désigner plus de 3 bénéficiaires, merci de compléter le formulaire : Demande de désignation ou de changement de bénéficiaire(s)

Au Québec, la désignation du conjoint marié ou uni civilement comme bénéficiaire est irrévocable à moins de stipulation contraire de l'employé. De plus, la modification d'un bénéficiaire irrévocable ne peut être accomplie que si le bénéficiaire signe une renonciation à ses droits. Finalement, un bénéficiaire de moins de 18 ans ne peut légalement renoncer à ses droits de bénéficiaires.

Déclaration et autorisation

Je déclare que les renseignements fournis dans cette demande d'adhésion sont complets et véridiques. Je reconnais que toutes les garanties offertes dans le contrat sont assujetties aux clauses de limitation ou de réduction, ainsi qu'aux exclusions qu'il contient et je consens à ce que les cotisations nécessaires soient prélevées sur mon salaire le cas échéant. Je reconnais avoir pris connaissance de tous les renseignements indiqués dans le présent formulaire et en avoir reçu une copie. En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateurs de ma succession, à fournir à l'assureur en place ou ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la demande de prestations et l'obtention de pièces justificatives. La présente autorisation est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, prolongation ou renouvellement. Une photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'original si elle est utilisée aux fins d'échange de renseignements.

Signature de l'assuré(e)

Signature du conjoint

Dans le cas où une couverture facultative a été demandée pour le conjoint.

Signature de l'administrateur

Date : _____
(AAAA/MM/JJ)

Date : _____
(AAAA/MM/JJ)

Date : _____
(AAAA/MM/JJ)