

## DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Nom du marchand		No. de magasin	Date effective de l'adhésion (a/m/j)
Adresse du marchand		Ville	
Province	Code postal	Taux de participation de l'employeur sur prime totale	

## DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé (Nom de famille, Prénom, Initiales)		Date de naissance (a/m/j)	
Adresse	Ville	Province	Code postal
*Date d'embauche de l'employé (a/m/j)		<input type="checkbox"/> Temps plein	<input type="checkbox"/> Temps partiel
		Date d'entrée en vigueur (a/m/j)	

(\*) Premier jour du mois suivant la fin de la période probatoire/d'admissibilité ou selon les dispositions de la convention collective.

Période probatoire  3 mois  6 mois  Convention collective *La demande doit être soumise dans les 31 jours suivant la fin de la période probatoire.*

Salaire  Annuel  Mensuel  Horaire  Hebdomadaire

Emploi (Catégorie)  Propriétaire  Gérant  Employé syndiqué  Employé non syndiqué

Employé/Heures normales/semaine Province de résidence

(Sexe)  Féminin  Masculin (Langue souhaitée)  Français  Anglais

Signature du marchand Signé à : ce jour de

(Ville)

(Jour)

(Mois/Année)

## DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ – ADHÉSION

**Assurance maladie complémentaire**  
(cochez une case seulement)

Moi-même seulement

Moi-même et personnes à charge

Aucune, mon conjoint étant assuré

Êtes-vous  Marié  Conjoint de fait

Si vous êtes un conjoint de fait, donnez la date du début de l'union (a/m/j)

Oui  Non

**NOTE :** Vous pouvez renoncer aux garanties d'assurance maladie complémentaire et/ou soins dentaires, pour vous-même et/ou les personnes à votre charge SEULEMENT si vous bénéficiez d'une couverture similaire au titre du programme de votre conjoint. À une date ultérieure, vous pourrez souscrire, à certaines conditions, les garanties auxquelles vous avez renoncé.

## RENSEIGNEMENTS SUR L'ASSURANCE DU CONJOINT

**Assurance maladie du conjoint**

Votre conjoint bénéficie-t-il d'une assurance maladie?  Oui  Non

Si oui, indiquer le No. de police

Compagnie d'assurance

Date d'effet de l'assurance (a/m/j)

\*Joindre une copie de la confirmation d'assurance.

**Le programme de votre conjoint couvre**

Votre conjoint seulement

Votre conjoint et vos enfants

Votre conjoint, vous et vos enfants

Votre conjoint et vous-même

**Assurance dentaire du conjoint**

Votre conjoint bénéficie-t-il d'une assurance dentaire?  Oui  Non

Si oui, indiquer le No. de police

Compagnie d'assurance

Date d'effet de l'assurance (a/m/j)

\*Joindre une copie de la confirmation d'assurance.

**Le programme de votre conjoint couvre**

Votre conjoint seulement

Votre conjoint et vos enfants

Votre conjoint, vous et vos enfants

Votre conjoint et vous-même

SVP compléter le verso de ce formulaire

**RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE – Veuillez remplir cette section indépendamment de la couverture sélectionnée.**

Nom du conjoint et enfants à charge	Date de naissance (a/m/j)	Sexe	Lien de parenté	Handicapé ?	Étudiant à temps plein*
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

\*Enfant à charge de moins de 21 ans ou étudiant à temps plein, à votre charge, de moins de 26 ans.

L'absence d'information pourrait entraîner un refus de règlement d'une réclamation en assurance-vie pour les personnes à charge.

**DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE**

Note : Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les ayants droits ont présumés être les bénéficiaires. Si le bénéficiaire est une personne d'âge mineur, un tuteur devra être nommé pour agir en faveur de celui-ci.

Nom du bénéficiaire (nom de famille, prénom, initiales)	Date de naissance (a/m/j)	Montant alloué (%)	Lien avec l'employé

Lorsque le bénéficiaire a moins de 18 ans, indiquer le nom du tuteur : \_\_\_\_\_

La relation avec le mineur : \_\_\_\_\_

Date de naissance du tuteur : \_\_\_\_\_

Au Québec, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable, à moins d'avis contraire. Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable.

Dans le cas des résidents du Québec seulement. Si le conjoint est bénéficiaire, la désignation est :  Révocable  Irrévocable

**AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ**

Je certifie que tous les renseignements fournis sont à ma connaissance véridiques et complets. Si je demande l'adhésion des personnes à ma charge, je suis autorisé(e) à divulguer des renseignements concernant mon conjoint(e) ou les enfants à ma charge afin que l'on puisse déterminer leur admissibilité à l'assurance. Si mon numéro de certificat correspond à mon numéro d'assurance sociale, j'autorise son utilisation à des fins d'identification et d'administration de mon assurance collective. J'autorise mon employeur à effectuer les retenues à la source, si nécessaire. Je reconnais qu'une photocopie de la présente autorisation est aussi valide que l'originale.

Signature de l'employé	Signé à	ce	jour de
	(Ville)	(Jour)	(Mois/Année)
Signature de marchand	Signé à	ce	jour de
	(Ville)	(Jour)	(Mois/Année)

Chez le groupe de courtage d'assurance HED, nous savons que la confidentialité des informations personnelles est très importante. Toutes les informations que vous nous transmettez seront conservées dans un dossier du groupe d'assurance vie et santé. Les informations contenues au dossier ne seront accessibles que par :

- nos employés et représentants dans l'accomplissement de leur emploi ;
- les personnes à qui vous en avez donné le droit ;
- les personnes autorisées par la loi.

Sur demande, vous avez toujours le droit de consulter votre dossier et, si nécessaire, corriger toutes informations erronées.