

Demande D'Adhésion Pour Les Employés



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	% Participation Employeur	IMPORTANT: Le participant doit être actif au travail à la date effective de l'adhésion, autrement nous aviser immédiatement.	

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

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé (Nom de famille, Prénom, Initiales)		Date de naissance (a/m/j)	Numéro employé
Adresse	Ville	Province	Code postal
Date d'embauche de l'employé (a/m/j)	Nombres d'heures travaillées	Temps plein date effective (a/m/j)	Temps partiel date effective (a/m/j)
Période probatoire <input type="checkbox"/> 3 mois <input type="checkbox"/> 6 mois <input type="checkbox"/> Convention collective		Adresse courriel du participant	

La demande doit être soumise dans les 31 jours suivant la fin de la période probatoire.

Salaire:	<input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Horaire <input type="checkbox"/> Hebdomadaire	<input type="checkbox"/> Prime:	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuel
Occupation:	<input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Gérant <input type="checkbox"/> Employé syndiqué <input type="checkbox"/> Employé non syndiqué <input type="checkbox"/> Directeurs		
<input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Province de résidence	
Signature du marchand	Signé à :	ce	jour de
	(Ville)	(Jour)	(Mois/Année)

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ – CHOIX D'OPTIONS

Assurance maladie complémentaire	Soins dentaires
<input type="checkbox"/> Moi-même seulement	<input type="checkbox"/> Moi-même seulement
<input type="checkbox"/> Moi-même et personnes à charge	<input type="checkbox"/> Moi-même et personnes à charge
<input type="checkbox"/> Aucune, mon conjoint étant assuré (remplir ci-dessous)	<input type="checkbox"/> Aucune, mon conjoint étant assuré (remplir ci-dessous)
Êtes-vous <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait	Si vous êtes un conjoint de fait, donnez la date du début de l'union (a/m/j)
Pour les résidents du Québec de 65 ans ou plus. Participez-vous au régime d'assurance-médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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	Assurance dentaire du conjoint
Votre conjoint détient-il d'une assurance maladie? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Votre conjoint détient-il d'une assurance dentaire? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
*Si oui, remplir ci-dessous	*Si oui, remplir ci-dessous
No. police	No. police
Compagnie d'assurance	Compagnie d'assurance
Date d'effet de l'assurance (a/m/j)	Date d'effet de l'assurance (a/m/j)
*Joindre une copie de la confirmation d'assurance.	*Joindre une copie de la confirmation d'assurance.
Le programme de votre conjoint couvre	Le programme de votre conjoint couvre
<input type="checkbox"/> Votre conjoint seulement	<input type="checkbox"/> Votre conjoint seulement
<input type="checkbox"/> Votre conjoint et vos enfants	<input type="checkbox"/> Votre conjoint et vos enfants
<input type="checkbox"/> Votre conjoint, vous et vos enfants	<input type="checkbox"/> Votre conjoint, vous et vos enfants
<input type="checkbox"/> Votre conjoint et vous-même	<input type="checkbox"/> Votre conjoint et vous-même

SVP remplir 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. (Joindre preuve de scolarité.)
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 sont 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)	Pourcentage alloué (%)	Lien avec l'employé

Si vous désignez une personne de moins de 18 ans comme bénéficiaire, les prestations seront versées au tuteur ou gestionnaire légal, le cas échéant.

Au Québec, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable, à moins d'avis contraire.

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

Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation 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.