

# Demande d'Assurance Collective



\*Veuillez remplir les sections au complet

## Promoteur de Régime

Cette section doit être remplie par l'administrateur du régime

La période d'attente ne peut être exonérée sans avoir la permission écrite de l'assureur.

Nouvelle adhésion    Rétablissement    Changement de couverture   Date: \_\_\_\_\_

Employeur: \_\_\_\_\_ Numéro de Division: \_\_\_\_\_

Numéro de Classe: \_\_\_\_\_ Certificat: \_\_\_\_\_ Province d'Emploi: \_\_\_\_\_

Application de la période d'attente:  Oui  Non   Date d'emploi à temps plein / Rétablissement: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_ Type de Couverture Implicite: \_\_\_\_\_

Salaire: \_\_\_\_\_ Familiale / moi-même seulement

Heures de travail standard par semaine: \_\_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_

Année/ Mois / Semaine / Heure

## Informations sur l'Employé(e)

Cette section doit être remplie par l'employé(e)

Veuillez remplir en lettres moulées clairement

Employé(e) Nom de Famille: \_\_\_\_\_ Employé(e) Prénom: \_\_\_\_\_

Sexe: \_\_\_\_\_ Fumeur:  Non  Oui   Date de Naissance: \_\_\_\_\_

Adresse de l'Employé(e): \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ Province: \_\_\_\_\_ Code Postale: \_\_\_\_\_

Avez-vous un(e) époux(se)?  Oui  Non

Conjoint(e) de fait/Partenaire?  Oui  Non   Date de co-habitation: \_\_\_\_\_

Avez-vous d'autres personnes à charge, incluant des enfants/étudiants à temps plein/invalide?  Oui  Non

## Assurance Collective Demandée

Cette section doit être remplie par l'employé(e)

L'assurance-maladie, dentaire et soins de la vue ne peuvent être renoncés à moins d'être couvert par une assurance comparable à travers votre époux(se)/conjoint(e) de fait

Je comprends les options d'assurance collective qu'on m'offre:  Je demande le suivant    Je renonce le suivant

Assurance-Maladie:  moi-même seulement    Familiale    Renonciation

Assurance Dentaire:  moi-même seulement    Familiale    Renonciation

Soins de la Vue:  moi-même seulement    Familiale    Renonciation

**À Noter:** On ne peut pas renoncée la couverture ci-haut à moins d'être couvert par une assurance comparable à travers votre époux(se)/conjoint(e) de fait

Nom de l'assureur de votre époux(se)/conjoint(e): \_\_\_\_\_ Numéro de régime: \_\_\_\_\_

Si votre époux(se) subit une perte de couverture à travers son employeur, vous aurez jusqu'à 31 jours pour nous soumettre une demande d'assurance collective. Si vous négligez de faire application en dedans la période de 31 jours, vous et vos personnes à charge seront obligés de soumettre une preuve d'assurabilité afin d'être admissible au régime. Une fois votre application est approuvée, les soins dentaires peuvent être limités. Veuillez vous informer auprès de votre administrateur de régime pour de plus amples informations.

## Informations sur les personnes à charge

Cette section doit être remplie par l'employé(e)

S.V.P. Remplissez cette section seulement si la couverture familiale fût choisie sur la page précédente. Veuillez remplir en lettres moulées clairement.

### Époux(se) /Conjoint(e) de fait

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénom: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Sexe: \_\_\_\_\_

Veuillez confirmer si votre époux(se) / conjoint(e) possède une des assurances collective suivantes à travers son employeur:

Soins DENTAIRE	Assurance-MALADIE	Soins de la VUE
<input type="radio"/> Célibataire	<input type="radio"/> Célibataire	<input type="radio"/> Célibataire
<input type="radio"/> Familiale	<input type="radio"/> Familiale	<input type="radio"/> Familiale
<input type="radio"/> Refusé	<input type="radio"/> Refusé	<input type="radio"/> Refusé
<input type="radio"/> Nul	<input type="radio"/> Nul	<input type="radio"/> Nul

S.V.P. Remplissez cette section seulement si la couverture familiale fût choisie sur la page précédente, et vous avez des enfants à charge. S'il y a plus que quatre enfants à charge, veuillez S.V.P. nous fournir les informations sur une page séparée. Veuillez remplir en lettres moulées clairement.

Détails sur les enfants à charge	Nom(s)			Sexe	Date de naissance	Étudiant(e) à Temps Plein	Invalide/Handicapé
	Prénom	Initiale	Nom de Famille				
				M/F	Année/Mois/Jour	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Enfants						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfants						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfants						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfants						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pour 'Étudiants(es) à Temps Plein' (enfants agés de plus de 21 ans qui demeurent aux études); veuillez fournir une copie de leur carte étudiante. La couverture sera mise en place seulement lorsque nous avons reçu une preuve comme-quoi ils sont étudiants à temps plein.

## Désignation de Bénéficiaire

Cette section doit être remplie par l'employé(e). La copie originale de ce formulaire est requise pour le traitement d'un règlement d'assurance-vie

Nom(s) du/des Bénéficiaire(s)

\_\_\_\_\_

Nom de Famille      Prénom      Pourcentage Alloué (%)      Lien/Rapport à l'Employé(e)

\_\_\_\_\_

Nom de Famille      Prénom      Pourcentage Alloué (%)      Lien/Rapport à l'Employé(e)

\_\_\_\_\_

Nom de Famille      Prénom      Pourcentage Alloué (%)      Lien/Rapport à l'Employé(e)

Vous devez rendre votre désignation de bénéficiaire révoquant ou irrévocable en cochant un des cercles ci-dessous. Vous pouvez changer une désignation de bénéficiaire révoquant d'un moment à l'autre; cependant, vous ne pouvez pas changer une désignation de bénéficiaire irrévocable ou faire de certains changements à votre plan sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable.

**À Noter:** En vertu de la loi dans la province de Québec; si vous désignez votre époux(se) / conjoint(e) comme bénéficiaire, la désignation est automatiquement irrévocable à moins que vous cochez le cercle 'Révoquant' ci-dessous.

**Je fais par la présente la sus-dite désignation de bénéficiaire:**       Révoquant       Irrévocable

Si vous désignez un curateur ou liquidateur, nous recommandons que vous vous entretenez avec un conseiller juridique, ainsi que le curateur ou liquidateur proposé.

Les renseignements personnels que j'ai fournis de plein gré au promoteur de régime, à la courtière ou au courtier indépendant, à la conseillère ou au conseiller en ventes ou à l'assureur, recueillis dans cette proposition et conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par l'assureur aux fins de souscription, de service, d'administration et de traitement des réclamations qui y sont liées, ainsi que du contrat d'assurance collective et de toutes les prestations sous ce régime, et de tout document complémentaire. Je comprends et consens à ce que les renseignements personnels contenus dans les documents soient accessibles pour les besoins mentionnés ci-dessus, et qu'ils puissent être transmis au personnel autorisé, aux tiers engagés par l'Assurance à l'assureur, à des réassureurs participants, à d'autres compagnies, à des organismes d'enquête, à des fournisseurs de soins de santé, incluant, mais sans s'y limiter, les pharmaciennes et les pharmaciens, les médecins et les dentistes, ainsi qu'à toute autre personne ou partie que j'autorise. Si j'effectue une demande pour ma conjointe ou mon conjoint ou encore ma conjointe ou mon conjoint de fait ou pour les personnes à ma charge, j'atteste que j'ai l'autorisation d'agir en leur nom et, par conséquent, ce consentement et cette autorisation est aussi valide en ce qui a trait à la cueillette, à l'utilisation et à la communication de leurs renseignements personnels aux mêmes fins. Je comprends que toutes les demandes de réclamation effectuées en vertu du régime d'assurance collective sont soumises par moi à titre de membre du régime assuré(e). Toutefois, j'autorise l'Assurance à l'assureur à échanger les renseignements liés à ces demandes de réclamation avec moi, ou toute autre personne agissant en mon nom, y compris ma conjointe ou mon conjoint ou encore une personne à ma charge, lorsque jugé nécessaire, aux fins de confirmation d'admissibilité, d'évaluation et de gestion de la réclamation.

Une fois complété, veuillez soumettre à:  
 NexAdmin®  
 c/o NexgenRx Inc.  
 145 The West Mall  
 P.O. Box 110 U  
 Toronto, Ontario M8Z 5M4

X \_\_\_\_\_  
 Signature de l'Employé(e)

\_\_\_\_\_  
 Date