

# Demande d'adhésion au régime

REMPLISSEZ LE PRÉSENT FORMULAIRE POUR AJOUTER UN NOUVEAU PARTICIPANT AU RÉGIME



- La section 1 doit être remplie en entier et à l'encre par le promoteur du régime/employeur.
- Les sections 2 à 6 doivent être remplies en entier et à l'encre par le participant de régime/employé.
- Retournez L'ORIGINAL au promoteur du régime/employeur.
- Retournez une PHOTOCOPIE à : (courrier) Morneau Shepell, 895, Don Mills Road, CPAG, Toronto, ON M3C 1W3 ou (télécopieur) 1.877.464.0109.

1 Renseignements sur le promoteur du régime/employeur				
Nom du client		Code de client/division		Catégorie
Le cas échéant (s'il y a lieu)	Date d'embauche ou de réembauche J J / M M / A A A A	Date d'entrée en vigueur J J / M M / A A A A		N° d'identification du participant au régime
Nom de la compagnie d'assurance A)		N° de la police ou du contrat collectif		Profession
B)		N° de la police ou du contrat collectif		Période d'attente
C)		N° de la police ou du contrat collectif		Salaire annuel
Situation professionnelle <input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Temps partiel <input type="radio"/> Saisonnier/contrat <input type="radio"/> Autre:				Heures de travail par semaine
2 Renseignements sur le participant au régime/employé				
Nom		Prénom		Initiale
État civil <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Séparé(e) <input type="radio"/> Veuf/veuve <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Union civile <input type="radio"/> Conjoint de fait *				* Date de cohabitation pour les conjoints de fait J J / M M / A A A A
Adresse postale				Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F
Ville	Province	Code postal	Date de naissance J J / M M / A A A A	
3 Garantie pour le participant du régime/employé et renseignements familiaux (Veuillez indiquer toutes les personnes à votre charge admissibles, même si vous optez pour la garantie individuelle.)				
Avez-vous un conjoint ou des personnes à votre charge? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Garantie pour soins médicaux demandée <input type="radio"/> Employé <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Famille		Garantie pour soins dentaires demandée <input type="radio"/> Employé <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Famille
Nom du conjoint		Prénom du conjoint		Date de naissance du conjoint J J / M M / A A A A
		Sexe du conjoint <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		
Votre conjoint bénéficie-t-il de la garantie du régime de son employeur? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Dans l'affirmative, indiquez la compagnie d'assurance et le numéro de la police.		
Dans l'affirmative, indiquez le type de garantie :		Soins médicaux <input type="radio"/> Employé <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Famille		Soins dentaires <input type="radio"/> Employé <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Famille
Nom complet de l'enfant (nom, prénom)	Date de naissance J J / M M / A A A A	Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Étudiant <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Handicapé** <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom complet de l'enfant (nom, prénom)	Date de naissance J J / M M / A A A A	Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Étudiant <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Handicapé** <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Nom complet de l'enfant (nom, prénom)	Date de naissance J J / M M / A A A A	Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Étudiant <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	Handicapé** <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

\*\*Si vous avez un enfant à charge handicapé veuillez compléter le formulaire *Demande de déclaration d'invalidité totale et permanente d'une personne à charge*.

À moins d'indications contraires dans votre livret d'assurance collective, pour être admissibles à la garantie du régime, il peut être nécessaire que les enfants à votre charge soient célibataires, aient moins de 21 ans ou moins de 25 ans s'ils étudient à temps plein dans un établissement scolaire reconnu et dépendent entièrement de vous pour l'entretien financier. **Les enfants à charge handicapés peuvent être admissibles à la garantie si le handicap est survenu avant l'âge limite indiqué ci-dessus et dépendent entièrement de vous pour l'entretien financier.** L'admissibilité des personnes à charge peut varier selon le régime d'assurance collective. Pour obtenir de plus amples renseignements à cet égard, communiquez avec le promoteur du régime/employeur.

<b>4</b>	<b>Renonciation à la garantie</b>
<p>Si vous renoncez aux garanties pour soins médicaux et dentaires du présent régime et perdez ces garanties en vertu d'un autre régime, vous pouvez les demander au présent régime dans les 31 jours suivant la perte. Sinon, vous et les personnes à votre charge pourriez devoir fournir une preuve d'assurabilité, et vos garanties en vertu du présent régime pourraient être limitées ou refusées.</p>	<p>Si vous ou les personnes à votre charge êtes actuellement couverts par un autre régime pour les soins médicaux et dentaires, vous pourriez renoncer à ces garanties en vertu du présent régime.</p> <hr/> <p>Je renonce à la garantie suivante pour moi-même et les personnes à ma charge : <input type="radio"/> soins médicaux <input type="radio"/> soins dentaires</p> <hr/> <p>Je renonce à la garantie suivante pour les personnes à ma charge : <input type="radio"/> soins médicaux <input type="radio"/> soins dentaires</p>

<b>5</b>	<b>Renseignements sur les bénéficiaires du participant de régime/employé**</b>																																				
<p>Si vous désignez un bénéficiaire qui :</p> <p>(a) qui n'a pas atteint l'âge de la majorité, ou</p> <p>(b) est handicapé intellectuellement, vous devriez aussi nommer un tuteur pour ce bénéficiaire. Si tel est votre cas ou si la capacité juridique de votre bénéficiaire désigné vous préoccupe, veuillez consulter un conseiller juridique pour obtenir des précisions à cet égard.</p> <p>*Si vous êtes un résident du Québec et que vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, vous ne pouvez pas modifier votre désignation de bénéficiaire, à moins que:</p> <p>(a) vous n'indiquiez que votre désignation de bénéficiaire est révocable en cochant la case appropriée sur le présent formulaire, ou que</p> <p>(b) votre conjoint n'accepte, par écrit, de ne plus être votre bénéficiaire</p> <p>Si vous résidez dans une province autre que le Québec, votre désignation de bénéficiaire est automatiquement révocable à moins que vous précisez qu'elle est irrévocable. Si vous faites une désignation de bénéficiaire irrévocable, vous ne serez pas en mesure de la modifier d'aucune façon sans le consentement du bénéficiaire. Si votre bénéficiaire est une personne mineure, vous ne serez pas autorisé à modifier votre désignation de bénéficiaire d'aucune façon jusqu'à ce que votre bénéficiaire soit majeur. Il pourrait être judicieux d'obtenir des conseils juridiques ou financiers auprès d'un conseiller professionnel avant de faire toute désignation de bénéficiaire irrévocable.</p> <p>Les renseignements originaux sur votre bénéficiaire seront conservés par le promoteur du régime/l'employeur.</p>	<p><b>Désignez vos bénéficiaires</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Nom du bénéficiaire (nom/prénom/initiale)</th> <th style="width: 20%;">Lien avec le participant au régime</th> <th style="width: 20%;">Bénéficiaire révocable?***</th> <th style="width: 20%;">Part %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: right;"><b>Le total de la répartition doit être égal à 100 %</b></td> <td style="text-align: center;"><b>Total</b> %</td> </tr> </tbody> </table> <p>Je désigne _____ comme fiduciaire. Le fiduciaire recevra toutes les prestations désignées à un bénéficiaire qui n'a pas atteint l'âge de majorité ou qui souffre d'un handicap mental au moment de mon décès.</p> <p>Si les bénéficiaires principaux sont décédés, les bénéficiaires subsidiaires auront droit aux prestations du présent contrat.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Nom du bénéficiaire subsidiaire (nom/prénom/initiale)</th> <th style="width: 20%;">Lien avec le participant au régime</th> <th style="width: 20%;">Bénéficiaire révocable?***</th> <th style="width: 20%;">Part %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</td> <td style="text-align: center;">%</td> </tr> </tbody> </table> <p><b>Pour les résidents du Québec seulement*</b></p> <p>Si vous avez désigné votre conjoint comme bénéficiaire, votre désignation sera irrévocable, à moins que vous n'indiquiez ci-dessous qu'elle est révocable.</p> <p>Je désire que ma désignation soit : <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable</p>	Nom du bénéficiaire (nom/prénom/initiale)	Lien avec le participant au régime	Bénéficiaire révocable?***	Part %			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	%			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	%			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	%			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	%	<b>Le total de la répartition doit être égal à 100 %</b>			<b>Total</b> %	Nom du bénéficiaire subsidiaire (nom/prénom/initiale)	Lien avec le participant au régime	Bénéficiaire révocable?***	Part %			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	%			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	%
Nom du bénéficiaire (nom/prénom/initiale)	Lien avec le participant au régime	Bénéficiaire révocable?***	Part %																																		
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	%																																		
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	%																																		
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	%																																		
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	%																																		
<b>Le total de la répartition doit être égal à 100 %</b>			<b>Total</b> %																																		
Nom du bénéficiaire subsidiaire (nom/prénom/initiale)	Lien avec le participant au régime	Bénéficiaire révocable?***	Part %																																		
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	%																																		
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	%																																		

<b>6</b>	<b>Déclaration du participant au régime/employé</b>
<p>Je consens à la collecte, à l'utilisation et à l'échange des renseignements personnels me concernant par le promoteur du régime/employeur, l'administrateur, une compagnie d'assurance ou toute autre personne nécessitant ces renseignements aux fins de l'administration de mon régime d'assurance collective.</p> <p>J'autorise ces parties à obtenir et à échanger entre elles tout renseignement à mon sujet et au sujet de mon conjoint et des enfants à ma charge aux fins de l'établissement de l'admissibilité aux garanties, de la tenue des dossiers, d'identification de dossiers, de rapports, de souscription, d'obtention de renseignements médicaux, d'évaluation et de résolution des demandes de règlement, de gestion de programme et de tous les autres services fournis à l'occasion.</p> <p>Je confirme avoir obtenu le consentement de mon conjoint et des enfants à ma charge qui sont majeurs relativement à la transmission de leurs renseignements personnels dans le cadre du régime.</p> <p>Advenant mon décès, j'autorise expressément mon employeur, le titulaire du contrat, le bénéficiaire, héritier ou liquidateur de ma succession à fournir aux compagnies d'assurance, à la demande de ces dernières, tous les renseignements et les autorisations permettant l'évaluation de la demande d'indemnité et le rassemblement de la preuve.</p> <p>Par la présente, je demande à participer au régime d'assurance collective de mon promoteur de régime/employeur et j'autorise la perception des retenues salariales nécessaires.</p> <p>Je certifie que les renseignements figurant ci-dessus sont exacts et complets. Une photocopie de cette autorisation est aussi valable que l'original. Le promoteur du régime/employeur conservera l'original du formulaire d'adhésion.</p>	

Signature du participant au régime/employé      Date de la signature      Signature de l'administrateur du régime      Date de la signature