

COMPLÉTER CE FORMULAIRE AU STYLO À ENCRE. LES FORMULAIRES AU CRAYON SERONT REJETÉS.

A. Information sur l'employeur – À être complété par l'employeur				
Nom de l'employeur :			Contrat N° :	
N° de division :		N° de section :	N° de certificat de l'employé :	
B. Information sur l'employé – (EN LETTRES MOULÉES)				
Nom de famille :		Prénom :		NAS :
Adresse :	Numéro et rue		App.:	Code postal
			Ville	Province
N°s de téléphone : Résidence :		Travail :		Langage de communication : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance :		Salaire :	
C. Demande d'un montant d'assurance vie additionnelle facultative				
Employé :	Montant demandé :	Montant en vigueur :		Montant ajouté :
Conjoint :	Nom de famille :		Prénom :	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance		Montant demandé :	Montant en vigueur :
	J	M		
Enfant :	Nom de famille :		Prénom :	
Sexe : M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Date de naissance		Montant demandé :	Montant en vigueur :
	J	M		
D. Tabagisme Employé : Fumeur <input type="checkbox"/> Non fumeur <input type="checkbox"/> Conjoint : Fumeur <input type="checkbox"/> Non Fumeur <input type="checkbox"/>				
Je certifie que je suis non fumeur et n'ai fumé aucun produit tabagisme tels que : cigarettes, cigares, cigarillos ou tabac à pipe ou toute drogue pendant les 12 derniers mois. Cette déclaration est une confirmation de ma part. Il est entendu que l'assureur peut demander à certains intervalles une confirmation de mon statut de non fumeur. L'assuré doit alors être en mesure de rencontrer les critères requis alors en vigueur et retourner cette confirmation en dedans de 30 jours de la demande, sinon l'assuré perdra son statut de non fumeur et la prime réduite en raison de ce statut ne s'appliquera plus à compter de la date de la demande de l'assureur. Je suis conscient que toute fausse déclaration ou toute déclaration incomplète pourra entraîner l'annulation de l'assurance.				
Assuré _____		Date _____		Conjoint _____
Signature				Signature

Autorisation de l'employé		
Je certifie que les déclarations fournies sur le présent formulaire sont vraies et complètes. Je suis conscient que toute déclaration fautive ou incomplète ou la non-conformité aux termes et conditions tels que précisés dans la police d'assurance et la présente demande d'adhésion, pourrait entraîner la cessation de mes garanties.		
Je certifie que je suis autorisé(e) à divulguer et à recevoir toute information concernant mon/ma conjoint(e) et/ou mes personnes à charge.		
Par la présente, j'autorise SourceSanté Plus, en tant qu'administrateur de mon régime d'assurance collective, à recevoir et à garder en dossier des renseignements sur mon état de santé et celui de mes personnes à charge, un historique des réclamations pour moi-même et mes personnes à charge ainsi que mon numéro d'assurance sociale (le cas échéant), pour le compte de mon employeur, dans le but de :		
<ul style="list-style-type: none"> a) vérifier mon admissibilité, mon identité et celle de mes personnes à charge; b) s'assurer que le remboursement de mes prestations soit conforme aux modalités ou dispositions de la police; c) protéger le régime du remboursement de frais non admissibles en raison de fraude ou d'erreurs; d) permettre à mon employeur de valider, vérifier et analyser la tendance des réclamations. 		
Je comprends que SourceSanté Plus a le droit de recouvrer de moi-même et/ou de mes personnes à charge les versements faits par erreur ou en raison d'une fraude ainsi que les coûts reliés au recouvrement de ces montants.		
Je comprends que si je renonce à mes garanties d'assurance et désire par la suite les remettre en vigueur, je devrai soumettre, à mes frais, des preuves d'assurabilité jugées satisfaisantes et assujetties à l'approbation de SourceSanté Plus.		
J'autorise mon employeur à déduire les contributions salariales requises reliées au coût du programme d'assurance collective.		
Nom (En lettres moulées) (jj/mm/aaaa)		Date
Signature		Date

COMPLÉTER CE FORMULAIRE AU STYLO À ENCRE. LES FORMULAIRES AU CRAYON SERONT REJETÉS.

Autorisation de l'employeur

Je certifie qu'au meilleur de ma connaissance, les informations fournies sur ce formulaire sont complètes et exactes et j'autorise SourceSanté Plus à utiliser ces renseignements pour administrer le régime d'assurance collective, obtenir des soumissions pour des produits souscrits ou assurés par le régime, vérifier l'identité et l'admissibilité du participant, de son conjoint ou de ses personnes à charge admissibles, évaluer et payer les réclamations admissibles, vérifier les coûts du régime et préparer des rapports.

Je comprends que ces informations ne seront transmises qu'aux compagnies d'assurance, fournisseurs de service et évaluateurs contractés par SourceSanté Plus.

Je certifie avoir obtenu le consentement de l'employé susmentionné (ainsi que celui de son conjoint, le cas échéant) de divulguer ces renseignements à SourceSanté Plus.

Nom (En lettres moulées)

Signature

Date (jj/mm/aaaa)

Autorisation de SourceSanté Plus

Date d'emploi : _____

SSP – N° de certificat : _____

N° de contrat - SSQ _____

Nom de la Compagnie : _____

N° de Section – SSQ _____

Représentant de SSP (Source Santé Plus) (En lettres moulées) Signature

Date (jj/mm/aaaa)

SSQ Groupe financier

Déclaration de santé : Paramédical demandé Profil sanguin demandé Analyse d'urine demandée ECG requis

Dossier examiné par :

Décision :

Date de la décision :