

N°(s) de police :

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:

N° de division :

N° de section :

N° de certificat de l'employé :

B. Information sur l'embauche - À être complété par l'employeur

Date d'embauche (permanent à temps plein) : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____ Nouvelle adhésion
 Réembauche/Remise en vigueur

Date d'effet de la couverture : Jour : _____ Mois : _____ Année : _____ Lorsque la période d'attente est éliminée, veuillez joindre une lettre explicative sur les raisons de l'élimination.

Salaire : Horaire* Hebdomadaire Mensuel Annuel *Nombre d'heures travaillées par semaine :

Occupation :

C. Information sur l'employé (EN LETTRES MOULÉES)

Nom de famille :	Sexe	Date de naissance		
		J	M	A
Prénom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

Langue de correspondance : Français Anglais

Adresse : _____
Numéro et rue App.: Ville Province Code postal

Courrier électronique au travail : _____ Courrier électronique à la maison : _____

Avez-vous des personnes à charge admissibles : enfants / conjoint / conjoint de fait? Oui Non Si oui, compléter les sections ci-dessous
CHOIX DE COUVERTURE : SOINS MÉDICAUX Familial Célibataire SOINS DENTAIRES : Familial Célibataire

D. Information sur le conjoint / Coordination des prestations

Nom de famille :	Sexe	Date de naissance		
		J	M	A
Prénom :	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			

Votre conjoint est-il couvert auprès d'un autre assureur? Oui Non Nom de la compagnie d'assurance du conjoint et N° de police :
Nom de l'employeur du conjoint :

SOINS MÉDICAUX : Familial Célibataire Aucune SOINS DENTAIRES : Familial Célibataire Aucune

E. Renonciation aux garanties de soins médicaux/dentaires

Important : Vous ne pouvez renoncer aux garanties de soins médicaux/dentaires que si vous et/ou vos personnes à charge êtes couverts par le régime de votre conjoint. Si la couverture de votre conjoint prend fin, vous devrez soumettre votre adhésion et/ou celle de votre conjoint dans les 31 jours de la perte de la couverture, sinon des preuves d'assurabilité seront exigées à vos frais.

Je désire renoncer à la couverture pour :

SOINS MÉDICAUX : Moi-même et mes personnes à charge Mes personnes à charge seulement
SOINS DENTAIRES : Moi-même et mes personnes à charge Mes personnes à charge seulement

F. Information sur les enfants à charge

Nom, prénom de l'enfant à charge	Lien de parenté	Sexe	Date de naissance			Pour un enfant âgé de 22 ans ou plus, indiquer si étudiant ou handicapé. Dans le cas d'un étudiant, veuillez joindre une preuve de scolarité.
			J	M	A	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				Handicapé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Étudiant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				Handicapé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Étudiant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				Handicapé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Étudiant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				Handicapé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Étudiant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

G. Désignation de bénéficiaire – Si un des bénéficiaires est mineur, vous pouvez, si désiré, compléter la section «Clause pour enfants mineurs» ci-dessous.

Nom	Prénom	Lien de parenté avec l'employé	%

Pour les résidents du Québec, si le bénéficiaire est l'époux(se), la désignation est : Révocable Irrévocable

Important: L'employé est le bénéficiaire pour l'assurance des personnes à charge. À moins d'avis contraire ou que ce soit interdit par la loi, toute désignation de bénéficiaire est **révocable**. Si le bénéficiaire est indiqué comme étant **irrévocable**, son consentement sera requis pour le changer. Au Québec la désignation du conjoint légal est irrévocable à moins d'indication contraire.

Clause pour enfants mineurs – Fiduciaire pour enfants qui n'ont pas atteint l'âge de majorité

Nom du fiduciaire : _____ Lien de parenté avec l'assuré: _____
Tel qu'indiqué ci-dessus, le fiduciaire est par la présente nommé pour recevoir tout paiement dû lors du ou après le décès de l'assuré à tout BÉNÉFICIAIRE DÉSIGNÉ sur ce formulaire qui est un enfant mineur à la date où ce paiement est dû.

Autorisation de l'employé

Je certifie que les déclarations fournies sur le présent formulaire sont vraies et complètes. Je suis conscient que toute déclaration fausse 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 mon conjoint légal, mes personnes à charge et moi-même sommes couverts par un régime provincial d'assurance maladie.

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 Source Santé 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 :

- vérifier mon admissibilité, mon identité et celle de mes personnes à charge;
- s'assurer que le remboursement de mes prestations soit conforme aux modalités ou dispositions de la police;
- protéger le régime du remboursement de frais non admissibles en raison de fraude ou d'erreurs;
- permettre à mon employeur de valider, vérifier et analyser la tendance des réclamations.

Je comprends que les réclamations de mon/ma conjoint(e) ne doivent être présentées que si il/elle n'a aucune couverture ailleurs ou si une partie des frais n'est pas remboursable en vertu de son régime. De plus, les réclamations de mes personnes à charge doivent d'abord être présentées au régime du parent dont l'anniversaire de naissance survient en premier dans l'année civile et seule la partie des frais admissibles non remboursée sera présentée en vertu de mon régime.

Je comprends que Source Santé 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 Source Santé Plus.

J'autorise mon employeur à déduire les contributions salariales requises reliées au coût du programme d'assurance collective.

Nom (En lettres moulées)

Signature

Date (jj/mm/aaaa)

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 Source Santé 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 Source Santé 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 Source Santé Plus.

Nom (En lettres moulées)

Signature

Date (jj/mm/aaaa)