

| A. Information sur l'employeur |                 |                    |
|--------------------------------|-----------------|--------------------|
| Nom de l'employeur :           |                 | N° de police :     |
| N° de division :               | N° de section : | N° de certificat : |

| B. Information sur l'employé (EN LETTRES MOULÉES)   |  |  |                   |
|---|--|--|-------------------|
| Nom de famille :  |  | Sexe   | Date de naissance |
| Prénom :  |  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | J M A             |
| Langue de correspondance <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais |  |  |                   |
| Adresse :   | Numéro et rue App.: Ville Province Code postal |  |                   |
| Courier électronique au travail :   |  | Courier électronique à la maison :                       |                   |

| C. Type de changement (veuillez préciser le numéro du type de changement et fournir des explications ci-dessous) |  |    |  |
|--|--|----|--|
| 1  | Mise à pied temporaire   | 7  | Ajouter/ Enlever personnes à charge - Compléter sections F et/ou G             |
| 2  | Retour au travail suite à la mise à pied                           | 8  | Changement de salaire - Indiquer le nouveau salaire à la section «explication» |
| 3  | Cessation d'emploi - Indiquer la date du dernier jour de travail   | 9  | Changement de bénéficiaire - Compléter la section D                            |
| 4  | Remise en vigueur/Réembauche (Fiche d'adhésion requise)            | 10 | Transfert de division - Indiquer l'ancienne et la nouvelle division            |
| 5  | Changement de section - Indiquer l'ancienne et la nouvelle section | 11 | Autre - indiquer les détails dans la section «explication»                     |
| 6  | Changement de statut - Compléter les sections E, F et/ou G         |    |  |

| Information sur les changements à la couverture de l'employé |              |   |   |              |
|--|--------------|---|---|--------------|
| N° Type de changement  | Date d'effet |   |   | Explications |
|  | J            | M | A |              |
|  |              |   |   |              |
|  |              |   |   |              |

| D. Désignation de bénéficiaire – Si un des bénéficiaires est mineur, vous pouvez, si désiré, compléter la 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 de l'époux(se) 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.

## E. Changement de couverture – Indiquer le niveau de couverture demandé et compléter les sections F et/ou G

**SOINS MÉDICAUX :**  Familial  Célibataire  Renonciation\* (Renonciation – compléter les sections F et/ou G)\*

**SOINS DENTAIRES :**  Familial  Célibataire  Renonciation\* (Renonciation – compléter les sections F et/ou G)\*

Date d'effet du changement :

Raison du changement :

**\*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.

## F. Information sur le conjoint (ajout de la couverture familiale ou renonciation)

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

Votre conjoint est-il couvert auprès d'un autre assureur?  Oui  Non

Nom de l'employeur du conjoint :

Nom de la compagnie d'assurance du conjoint et N° de police :

**SOINS MÉDICAUX :**  Familial  Célibataire  Aucune

**SOINS DENTAIRES :**  Familial  Célibataire  Aucune

## G. Information sur les enfants à charge

| Nom, prénom de l'enfant à charge | Ajouter/<br>Enlever  | Sexe   | Date de naissance |   |   | Enfant âgé de 22 ans ou plus : indiquer si étudiant ou handicapé. <b>Si étudiant, veuillez joindre la preuve de scolarité.</b>                |
|----------------------------------|--|--|-------------------|---|---|---|
|                                  |  |  | D                 | M | Y |   |
|                                  | <input type="checkbox"/> Ajouter<br><input type="checkbox"/> Enlever | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |                   |   |   | Handicapé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Étudiant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|                                  | <input type="checkbox"/> Ajouter<br><input type="checkbox"/> Enlever | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |                   |   |   | Handicapé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Étudiant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|                                  | <input type="checkbox"/> Ajouter<br><input type="checkbox"/> Enlever | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F |                   |   |   | Handicapé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Étudiant : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

## 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 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 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)