Effacer le formulaire

FORMULAIRE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE COLLECTIVE

N° de groupe	Division	N° de certificat/paie

Prénom de l'employé	Nom de famille	Date de naissance (jj/mmm/aa)

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI (à remplir par l'administrateur du régime)

Nom de l'employeur/division	Code du service (max. 5 caractères)	Occupation

Date d'embauche (jj/mmm/aa)	Date d'effet de la protection (jj/mmm/aa)	Catégorie

Détails du revenu	**Montant**	**Veuillez indiquer si la rémunération est versée sur une base horaire, hebdomadaire, aux deux semaines ou annuelle.**
Taux de rémunération		◯ Horaire _____ Nombre d'heures de travail par semaine
Salaire		◯ Hebdomadaire ◯ Aux deux semaines ◯ Mensuel ◯ Annuel ◯ Autre _____
Boni		◯ Hebdomadaire ◯ Aux deux semaines ◯ Mensuel ◯ Annuel ◯ Autre _____
Commission		◯ Hebdomadaire ◯ Aux deux semaines ◯ Mensuel ◯ Annuel ◯ Autre _____

Signature de l'employeur X	**Date de la signature** (jj/mmm/aa)

2. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (à remplir par l'employé)

◯ Homme ◯ Femme	Province de résidence	Langue ◯ anglais ◯ français	État civil ◯ marié ◯ célibataire ◯ conjoint de fait

Adresse de courriel (nécessaire pour l'envoi de l'explication des garanties)	Détenez-vous une protection d'assurance maladie provinciale? ◯ oui ◯ non

Paiement des règlements

☐ **Dépôt de mes paiements d'assurance maladie, dentaire et du compte de dépenses de santé (CDS) directement dans mon compte bancaire (VEUILLEZ JOINDRE UN CHÈQUE PERSONNEL ANNULÉ).**

Renseignements sur les personnes à charge – Veuillez inscrire toutes les personnes à charge.
Si vous avez besoin de plus d'espace, joignez une feuille distincte.

Prénom	Nom de famille	Lien (conjoint, enfant)	Date de naissance (jj/mmm/aa)	Sexe (H/F)	Personne à charge atteinte d'incapacité âgée de 22 ans et plus*	Étudiant à temps plein âgé de 22 ans et plus**
					☐ oui	☐ oui
					☐ oui	☐ oui
					☐ oui	☐ oui
					☐ oui	☐ oui

* Veuillez remplir le formulaire concernant une personne à charge atteinte d'incapacité ayant dépassé l'âge d'admissibilité et le soumettre avec le Formulaire d'adhésion à l'assurance collective.
** Veuillez remplir ci-dessous les renseignements sur l'étudiant à temps plein : s'il y a plus d'un étudiant, joignez une feuille distincte.

Prénom	Nom de famille	Date de début du trimestre (jj/mmm/aa)	Date de fin du trimestre (jj/mmm/aa)

Nom de l'établissement postsecondaire	Si autre que le Canada ou les É.-U., veuillez inscrire le nom du pays et la date du départ (jj/mmm/aa)

3. EXONÉRATION/AVIS DE COORDINATION DES GARANTIES

Compréhension du choix

- Je reconnais que l'on m'a offert les garanties du régime d'assurance collective de mon employeur, souscrit auprès de L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie, et que ces garanties m'ont été intégralement expliquées.
- Je renonce, comme indiqué ci-dessous, à tous mes droits et privilèges en ce qui touche ces garanties.
- Je comprends que si, à une date ultérieure, je demande la protection à laquelle je renonce actuellement, on pourrait exiger que je fournisse une preuve d'assurabilité, et ce, à mes frais.
- Si l'option de renonciation n'est pas sélectionnée, la protection familiale s'appliquera.

Est-ce que vous ou l'un des membres de votre famille détenez une protection d'assurance maladie complémentaire ou d'assurance dentaire auprès d'un autre assureur? ◯ **oui** ◯ **non** — Si oui, veuillez préciser si la protection est : ◯ individuelle ◯ familiale

Nom de l'assureur

Empire Vie MD

3. RENONCIATION/AVIS DE COORDINATION DES GARANTIES (suite)

Renonciation à l'assurance maladie complémentaire et/ou à l'assurance dentaire (droit de renonciation des conjoints) OU coordination des garanties

Moi-même et/ou les personnes à ma charge sommes déjà assurés en vertu du régime d'assurance collective de mon conjoint et j'aimerais :

- ◯ Renoncer à la protection pour moi-même et les personnes à ma charge (aucune assurance maladie complémentaire ni dentaire avec l'Empire Vie).
- ◯ Renoncer à la protection pour les personnes à ma charge seulement (assurance maladie complémentaire ou dentaire individuelle avec l'Empire Vie).
- ◯ Coordonner les indemnités (protection de l'assureur du conjoint **et** protection de l'Empire Vie).

Appliquez mon choix comme suit : ◯ **assurance maladie complémentaire** ◯ **assurance dentaire** ◯ **les deux protections**

(Si aucune case n'est cochée, nous appliquerons le choix aux deux protections.)

Renonciation intégrale à TOUTE protection

☐ **Je renonce à toute protection pour moi et les personnes à ma charge**
(Régime à adhésion facultative seulement. Pour plus de détails, veuillez consulter votre administrateur de régime.)

4. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRES (à remplir **seulement** pour les prestations payables au décès de l'employé assuré)

Mineurs : À l'extérieur du Québec, vous devriez nommer un fiduciaire, qui recevra toute prestation tant que le bénéficiaire est mineur. Au Québec, toute prestation due à un bénéficiaire mineur sera versée au(x) tuteur(s) du mineur, à moins que vous n'ayez désigné un administrateur ou que vous n'ayez créé une fiducie valide.

Désignations de premier bénéficiaire : En l'absence d'un bénéficiaire désigné, la prestation de décès sera versée à la succession de l'employé(e). Les pourcentages attribués pour tous les bénéficiaires doivent totaliser 100 %. Si vous nommez plus d'un bénéficiaire et que vous n'indiquez pas la part de chacun en pourcentage, les prestations seront divisées également entre tous les bénéficiaires survivants.

Désignations de bénéficiaires irrévocable et révocable : Une personne d'âge mineur ne devrait pas être nommée bénéficiaire irrévocable. Une personne d'âge mineur nommée bénéficiaire irrévocable ne peut consentir à un changement de bénéficiaire et un parent ou tuteur ne peut signer à la place d'une personne d'âge mineur à cette fin. Tous les bénéficiaires sont réputés être révocables à moins que vous n'ayez coché la case Irrévocable, sauf au Québec. Au Québec, si vous avez désigné le conjoint comme premier bénéficiaire, cette désignation est irrévocable, à moins d'indication contraire. Lorsqu'un premier bénéficiaire est irrévocable, son consentement écrit sera exigé pour certaines opérations.

Bénéficiaire(s)

Prénom, second prénom		Nom de famille	Lien
◯ Révocable ◯ Irrévocable	Part (%)	Date de naissance (si mineur) (jj/mmm/aa)	Nom du fiduciaire
Prénom, second prénom		Nom de famille	Lien
◯ Révocable ◯ Irrévocable	Part (%)	Date de naissance (si mineur) (jj/mmm/aa)	Nom du fiduciaire

5. DÉCLARATION ET AUTORISATION

Je comprends que :

- les renseignements personnels me concernant et concernant les personnes à ma charge recueillis par L'Empire, Compagnie d'Assurance Vie (Empire Vie) serviront à l'évaluation du risque sur une base continue et à l'étude relativement à l'établissement ou au renouvellement d'une police d'assurance collective en vertu de laquelle je pourrais être assuré ou devenir assuré; à la détermination de la prime payable pour une telle assurance; à la détermination de mon admissibilité à la protection, ainsi que la nature et le montant d'une telle assurance; à la détermination de toute demande de règlement de ma part, de la part des personnes à ma charge ou de la part de mes bénéficiaires;
- cette information sera conservée par l'Empire Vie dans un dossier auquel seuls ses employés, agents, représentants et réassureurs (ou toute autre personne que je pourrais autoriser) auront accès lorsque nécessaire aux fins du dossier. Je comprends également que j'ai le droit de consulter le dossier et, au besoin, de le faire corriger, et que je peux exercer ce droit en communiquant avec le chef de la protection des renseignements personnels de l'Empire Vie au 259, rue King Est, Kingston (Ontario) K7L 3A8; et
- l'Empire Vie peut utiliser des tiers fournisseurs de services situés à l'extérieur du Canada pour le traitement et l'entreposage de mes renseignements personnels. Je peux consulter la version la plus récente de la Politique en matière de protection des renseignements personnels de l'Empire Vie sur son site Internet à l'adresse www.empire.ca.

J'autorise :

- l'Empire Vie, ses employés, ses agents et ses représentants à recueillir et à utiliser cette information à ces fins et à divulguer ladite information aux fournisseurs de soins de santé, aux autres assureurs ou fournisseurs de services d'avantages sociaux, réassureurs et fournisseurs de services indépendants, dans la mesure où une telle divulgation est nécessaire pour atteindre ces fins;
- le titulaire de police/l'administrateur du régime à communiquer à l'Empire Vie des renseignements personnels me concernant ou concernant les personnes à ma charge afin que mes renseignements personnels soient à jour, tel que requis aux fins du dossier;
- l'Empire Vie à transmettre au titulaire de police/à l'administrateur du régime et représentant attitré toute information statistique sur le groupe pouvant inclure de l'information sur les règlements effectués en mon nom ou en celui des personnes à ma charge admissibles (autre que des détails précis relatifs à un (des) états(s) de santé) aux fins de la négociation de tout renouvellement de police, de toute prime et de la gestion des garanties;
- la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels concernant la (les) personne(s) à ma charge, s'il y a lieu, et je confirme que je suis autorisé à agir en son (leur) nom; et
- l'Empire Vie à déposer tout paiement de règlement d'assurance maladie complémentaire, d'assurance dentaire et de compte de dépenses de santé dans mon compte bancaire tel que mentionné à la section 2.

Je déclare que :

- les réponses et les déclarations ci-dessus sont complètes et véridiques; j'accepte et je comprends que ces réponses sont essentielles pour l'évaluation du risque, qu'elles font partie intégrante de la demande d'adhésion et qu'elles sont prises en considération dans l'étude de l'assurance demandée.

Par les présentes, je demande d'être assuré pour les garanties auxquelles je suis admissible ou que je pourrais devenir admissible, et j'autorise les retenues nécessaires sur mon salaire, tel que requis.
Une photocopie ou une copie électronique du présent formulaire d'adhésion et de l'autorisation a la même valeur que l'original.

Signature de l'employé	**Date de la signature** (jj/mmm/aa)
X	

MD Marque déposée de **L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie**. Les polices sont établies par L'Empire, Compagnie d'Assurance-Vie.