GROUPE FINACTION

Assurance collective • Vie • Invalidité • Retraite

FORMULAIRE D'ADHESION À L'ASSURANCE COLLECTIVE

ESPACE RÉSERVÉ AU COURTIER/ ASSUREUR : N° contrat : _____ N° division : _____ N° d'identification : _____

SECTION 1 – INFORMATIONS GÉNÉRALES (SECTION OBLIGATOIRE)

Nom de l'employeur (nom de la succursale/division): _____ Nº Succursale/Div : _____

Nom de l'employé : _____ Prénom : _____

Sexe : ◯ H ◯ F Langue : ◯ Français ◯ Anglais Date de naissance (JJ/MM/AAAA) : _____ Tabagisme : ◯ Non-Fumeur ◯ Fumeur

Adresse : _____ Appartement : _____

Ville : _____ Province : _____ (de résidence) Code postal : _____ Province : _____ (du lieu d'emploi)

Numéro de téléphone domicile : _____-_____-_____ Courriel : _____

État matrimonial : ◯ Célibataire ◯ Séparé ◯ Marié ◯ Conjoint de fait *Si conjoint de fait, inscrire date de début de cohabitation (MM/AAAA) :_____

SECTION 2 - À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR (SECTION OBLIGATOIRE)

Poste occupé : _____ Division : _____ Classe : _____

Date d'embauche : _____ (JJ/MM/AAAA) Date d'admissibilité à l'assurance : _____ (JJ/MM/AAAA) Heures travaillées/semaine : _____

Salaire annuel : _____$ **Signature de l'employeur** _____

SECTION 3 - TYPE DE PROTECTION (SECTION OBLIGATOIRE)

Assurance Médicaments :
- ◯ Individuelle
- ◯ Familiale
- ◯ Monoparentale
- ◯ Exclu, car couvert par régime du conjoint. ***Preuve d'assurance requise*** (joindre la preuve au présent formulaire)

Assurance Dentaire :
- ◯ Individuelle
- ◯ Familiale
- ◯ Monoparentale
- ◯ Exclu, car couvert par régime du conjoint. ***Preuve d'assurance requise*** (joindre la preuve au présent formulaire)

**Preuves d'assurances acceptées* : *La preuve peut être l'une parmi les 3 suivantes : copie de la carte d'assurance sur laquelle figure votre nom en tant qu'assuré(e), capture d'écran du site de l'assureur de votre conjoint où figure votre nom dans la liste des personnes assurées, lettre de confirmation d'assurance provenant de l'assureur ou de l'employeur de votre conjoint*

Assurance vie additionnelle : ☐ J'aimerais souscrire à un montant d'assurance vie additionnel en plus du régime de base. Svp appelez-moi.

SECTION 4 - INFORMATIONS SUR LES PERSONNES A CHARGE (SECTION OBLIGATOIRE à moins que vous n'ayez ni conjoint ni enfant)

	Nom	Prénom	Sexe (H/F)	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Étudiant temps plein
Conjoint					
Enfant 1					☐ Oui
Enfant 2					☐ Oui
Enfant 3					☐ Oui
Enfant 4					☐ Oui

SECTION 5 - DESIGNATION DES BENEFICIAIRES EN ASSURANCE VIE

Nom : _____ Prénom : _____ _____% Lien de parenté : _____ ◯ Révocable ◯ Irrévocable

Nom : _____ Prénom : _____ _____% Lien de parenté : _____ ◯ Révocable ◯ Irrévocable

Nom : _____ Prénom : _____ _____% Lien de parenté : _____ ◯ Révocable ◯ Irrévocable

☐ Je souhaite que mon assurance-vie soit répartie en parts égales entre mes bénéficiaires

*Sauf lors d'une désignation irrévocable, vous pouvez changer votre bénéficiaire en tout temps sans son consentement. AU QUEBEC, LA DESIGNATION DE VOTRE CONJOINT COMME BENEFICIAIRE EST IRREVOCABLE SAUF INDICATION CONTRAIRE. Si vous désignez votre conjoint, **NOUS VOUS RECOMMANDONS DE LE FAIRE A TITRE REVOCABLE afin de faciliter tout changement de bénéficiaire éventuel.***

Envoyer l'original du présent formulaire au
72 rue De Martigny Ouest, Saint-Jérôme, QC, J7Y 2E9
Envoyez-nous aussi une copie par courriel (collectif@groupefinaction.com) pour un traitement plus rapide (ou par fax au 1-866-927-7979)

SECTION 6 - SIGNATURE DE LA PERSONNE ADHERENTE, AUTORISATION ET DECLARATION

JE DÉCLARE QUE LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SONT EXACTS. J'AUTORISE MON EMPLOYEUR À DÉDUIRE DE MON SALAIRE LES PRIMES REQUISES EN VERTU DES PROTECTIONS QUE J'AI CHOISIES. J'AUTORISE MON EMPLOYEUR ET L'ASSUREUR ET SES FOURNISSEURS DE SERVICES À RECUEILLIR ET ÉCHANGER DES RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX À MON SUJET, CELUI DE MON CONJOINT OU DE MES ENFANTS, AURPÈS D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ, D'UN ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ OU DE SERVICES SOCIAUX, D'UN ORGANISME PUBLIC, ET J'AUTORISE CES PERSONNES À COMMUNIQUER À L'ASSUREUR ET SES FOURNISSEURS DE SERVICES DE TELS RENSEIGNEMENTS AFIN DE PERMETTRE À L'ASSUREUR ET SES FOURNISSEURS D'ÉTUDIER UNE DEMANDE DE RÈGELEMTN QUI POURRAIT ÊTRE FAITE EN VERTU DU CONTRAT D'ASSURANCE COLLECTIVE ET DE CONSTITUER DES DOSSIERS PERSONNELS DE SANTÉ ET CE, EXCLUSIVEMENT AUX FINS DE LA GESTION DU RÉGIME COLLECTIF. EN CAS DE DÉCÈS, J'AUTORISE EXPRESSÉMENT LE BÉNÉFICIAIRE, L'HÉRITIER OU LE LIQUIDATEUR DE LA SUCCESSION À FOURNIR À L'ASSUREUR ET SES FOURNISSEURS DE SERVICES TOUS LES RENSEIGNEMENTS OU AUTORISATIONS NÉCESSAIRES À L'ÉTUDE DE LA DEMANDE DE RÈGLEMENT ET À L'OBTENTION DE PIÈCES JUSTIFICATIVES.

_____ _____

Signature de l'employé (obligatoire) Date (JJ/MM/AAAA)

DEPOT DIRECT – VEUILLEZ JOINDRE UN SPECIMEN DE CHEQUE POUR OBTENIR VOS REMBOURSEMENTS DE FRAIS PARAMEDICAUX OU DENTAIRES PAR DEPOT DIRECT

Je désire bénéficier du service gratuit de dépôt direct pour mes règlements d'assurance ◯ Oui ◯ Non

COLLEZ VOTRE SPÉCIMEN ICI

VERIFICATIONS AVANT D'ACHEMINER LE FORMULAIRE

- ☐ Assurez-vous que toutes les sections sont remplies adéquatement, que tous les renseignements demandés sont fournis, que la signature de l'employeur figure à la section 2 et celle de l'employé à la section 6.
- ☐ À la section 2, assurez-vous d'avoir entré le salaire ainsi que la date d'embauche de l'employé. Si vous avez inscrit un taux horaire, svp inscrire le nombre d'heures hebdomadaires
- ☐ Si vous êtes couvert par l'assurance de votre conjoint,
  - ☐ Joignez votre preuve d'assurance (obligatoire pour obtenir l'exemption auprès de votre de l'assurance offerte par votre employeur)
  - ☐ entrez les renseignements sur vos personnes à charge à la section 4
- ☐ Si vous désirez bénéficier du dépôt direct, assurez-vous de joindre un spécimen de chèque à cette demande.
- ☐ Acheminez une copie par courriel au collectif@groupefinaction.com ou par fax au 1-866-927-7979 (ceci permet un traitement plus rapide avant que nous recevions l'original).
- ☐ **Obligatoire** : envoyez l'original à l'adresse ci-dessous :

GROUPE FINACTION – ASSURANCE COLLECTIVE
72 RUE DE MARTIGNY OUEST
SAINT-JEROME, QC, J7Y 2E9