

## DEMANDE D'ADHÉSION

À usage interne seulement

Date d'entrée en vigueur

Numéro de certificat

### À remplir par l'employeur (à l'ENCRE en lettres moulées.)

Nom de l'entreprise		Numéros d'entreprise/de division	
Nom de la division		Classe	
Date du début d'emploi à temps plein (AAAA/MM/JJ)		Profession de l'employé	
Rémunération habituelle \$	Fréquence	<input type="radio"/> Annuelle <input type="radio"/> Aux deux semaines <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Bimensuelle <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> Horaire	Si « Horaire », nombre d'heures par semaine :
Signataire autorisé		Date (AAAA/MM/JJ)	

### Information sur l'employé (à remplir par l'employé en lettres moulées.)

Nom de l'employé (Nom de famille)		(Prénom)		(Initiale)
Adresse (numéro, rue, appartement)				
Ville			Province	Code postal
Adresse de courriel de l'employé				
Province d'emploi (si différente)		Sexe <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
État matrimonial <input type="radio"/> Célibataire <input type="radio"/> Marié(e) <input type="radio"/> Séparé(e) <input type="radio"/> Divorcé(e) <input type="radio"/> Veuf (veuve) <input type="radio"/> Union de fait : Date du début de cohabitation (AAAA/MM/JJ)			Langue préférée <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais	
Êtes-vous un citoyen canadien ou un résident permanent du Canada? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Êtes-vous assuré au titre d'un régime d'assurance maladie provincial? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		

Pour être admissibles à l'assurance maladie complémentaire, vous et vos personnes à charge devez tout d'abord bénéficier d'une protection au titre du régime d'assurance maladie provincial.

### Autorisation de dépôt direct

- J'autorise Avantage Maximum à déposer mes prestations d'avantages sociaux dans mon compte. À cet effet, je joins à la présente une formule de chèque portant la mention « NUL », une déclaration ou une lettre de l'institution financière indiquant mon nom, mon numéro et mon numéro de compte.

**VEUILLEZ JOINDRE UNE FORMULE DE CHÈQUE PORTANT LA MENTION « NUL »**

**Information sur les personnes à charge** Inscrivez ci-dessous la liste de toutes vos personnes à charge, y compris votre conjoint et vos enfants (à l'ENCRE en lettres moulées.)

**CHAMPS OBLIGATOIRES LORSQUE L'ASSURANCE VIE POUR LES PERSONNES À CHARGE, L'ASSURANCE MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET L'ASSURANCE SOINS DENTAIRE SONT COMPRIS DANS LES DISPOSITIONS DE VOTRE RÉGIME.**

Nom des personnes à charge (Nom de famille, prénom) Indiquez le nom de famille s'il est différent du vôtre	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe	Lien avec l'employé*
		<input type="radio"/> H <input type="radio"/> F	
		<input type="radio"/> H <input type="radio"/> F	
		<input type="radio"/> H <input type="radio"/> F	
		<input type="radio"/> H <input type="radio"/> F	

\*Si la personne à charge ayant dépassé l'âge limite a une déficience fonctionnelle, veuillez remplir la *Demande de protection pour personnes à charge handicapées ayant dépassé l'âge limite*. Si la personne à charge a dépassé l'âge limite, veuillez remplir la *Demande de protection pour personnes à charge ayant dépassé l'âge limite*. Pour plus de détails, communiquez avec l'administrateur de votre régime.

### Renonciation à la protection

Vous pouvez être exempté de l'assurance maladie complémentaire et l'assurance soins dentaires pour vous ou vos personnes à charge SEULEMENT si vous êtes assuré pour des garanties semblables au titre du régime collectif de votre conjoint. Vous pourrez demander les garanties auxquelles vous avez renoncées à une date ultérieure, mais certaines restrictions pourront s'appliquer. *Pour plus de détails, communiquez avec l'administrateur de votre régime.*

**Je renonce à la protection pour :**

- Moi et mes personnes à charge à l'égard de la garantie suivante  Assurance maladie complémentaire  
 Assurance soins dentaires
- Mes personnes à charge seulement à l'égard de la garantie suivante  Assurance maladie complémentaire  
 Assurance soins dentaires

Nom de l'assureur établissant le régime du conjoint \_\_\_\_\_ Numéro de régime \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le conjoint pour la coordination des prestations (Ne remplissez rien si une renonciation à la protection est requise.)

<b>Sexe du conjoint</b> <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	<b>Date de naissance du conjoint</b> Date (AAAA/MM/JJ)
<b>Assurance maladie du conjoint</b> Votre conjoint est-il couvert par une assurance maladie aux termes de son régime? <input type="radio"/> Oui : Nom de l'autre assureur _____ <input type="radio"/> Non	<b>Assurance soins dentaires du conjoint</b> Votre conjoint est-il couvert par une assurance soins dentaires aux termes de son régime? <input type="radio"/> Oui : Nom de l'autre assureur _____ <input type="radio"/> Non
<b>Le régime du conjoint couvre :</b> <input type="radio"/> Votre conjoint seulement <input type="radio"/> Votre conjoint et vos enfants seulement <input type="radio"/> Votre conjoint et vous seulement <input type="radio"/> Votre conjoint, vous et vos enfants	<b>Le régime du conjoint couvre :</b> <input type="radio"/> Votre conjoint seulement <input type="radio"/> Votre conjoint et vos enfants seulement <input type="radio"/> Votre conjoint et vous seulement <input type="radio"/> Votre conjoint, vous et vos enfants

**Désignation du bénéficiaire principal** – Veuillez écrire à l'encre et en lettres moulées :

Je désigne par la présente la(les) personne(s) ci-dessous comme bénéficiaire(s) de toute prestation d'assurance vie payable au titre de ma participation à ce régime.

<b>Les sommes dues doivent être divisées comme suit :</b>		<input type="radio"/> <b>En parts égales entre les survivants</b> (il n'est pas nécessaire d'entrer le pourcentage de la somme assurée)		
		<input type="radio"/> <b>Pourcentage de la somme assurée</b>		
Nom	Prénom et initiale	% du capital (doit être égal à 100 %)	Lien avec l'employé	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

Lorsque les dispositions législatives du Québec s'appliquent, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable (un bénéficiaire irrévocable doit consentir à tout changement) sauf si vous cochez la case qui suit :  **Révocable**, je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

**Désignation d'un fiduciaire ou d'un administrateur (doit être au-dessus de l'âge de la majorité)**

**Si le bénéficiaire est un mineur (non applicable pour les résidents du Québec)**, je désigne, par la présente, le fiduciaire ou l'administrateur ci-dessous mentionné. Cette personne recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par le fiduciaire ou l'administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise le fiduciaire ou l'administrateur à agir selon sa discrétion et de déboursier ladite somme ou ledit revenu, en tout ou en partie, pour le soutien ou l'éducation dudit ou de ladite mineur(e).

Nom complet

Lien avec l'employé

*Si vous désignez un fiduciaire ou un administrateur, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire ou administrateur proposé.*

**Résidents du Québec :** Cette désignation doit être interprétée conformément aux dispositions régissant l'administration de la propriété d'autrui, en vertu du Code civil du Québec.

**Désignation du bénéficiaire subsidiaire – FACULTATIF (ne peut pas être le même bénéficiaire que celui qui figure sur la liste en tant que *bénéficiaire principal*)**

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires subsidiaires qui toucheront la somme assurée au titre de la présente police collective au cas où tous les bénéficiaires principaux susmentionnés décédaient avant vous. Dans ce cas, tout bénéficiaire subsidiaire aurait automatiquement droit à la somme assurée payable à tout bénéficiaire principal. Si aucun bénéficiaire n'est vivant au moment de votre décès, la somme assurée sera versée à votre succession.

<b>Les sommes dues doivent être divisées comme suit :</b>		<input type="radio"/> <b>En parts égales entre les survivants</b> (il n'est pas nécessaire d'entrer le pourcentage de la somme assurée)		
		<input type="radio"/> <b>Pourcentage de la somme assurée</b>		
Nom	Prénom et initiale	% du capital (doit être égal à 100 %)	Lien avec l'employé	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

Lorsque les dispositions législatives du Québec s'appliquent, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable (un bénéficiaire irrévocable doit consentir à tout changement) sauf si vous cochez la case qui suit :  **Révocable**, je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

**Désignation d'un fiduciaire ou d'un administrateur (doit être au-dessus de l'âge de la majorité)**

**Si le bénéficiaire est un mineur (non applicable pour les résidents du Québec)**, je désigne, par la présente, le fiduciaire ou l'administrateur ci-dessous mentionné. Cette personne recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par le fiduciaire ou l'administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise le fiduciaire ou l'administrateur à agir selon sa discrétion et de déboursier ladite somme ou ledit revenu, en tout ou en partie, pour le soutien ou l'éducation dudit ou de ladite mineur(e).

Nom complet

Lien avec l'employé

*Si vous désignez un fiduciaire ou un administrateur, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire ou administrateur proposé.*

**Résidents du Québec :** Cette désignation doit être interprétée conformément aux dispositions régissant l'administration de la propriété d'autrui, en vertu du Code civil du Québec.

**Signature de l'employé (veuillez signer et dater.)**

**Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels**

Par la présente, je dépose une demande d'assurance collective dans le cadre de laquelle je suis ou je deviendrai admissible en vertu du régime y afférent et j'autorise le prélèvement des déductions requises de mon salaire pour l'administration de mes garanties. Je déclare que les réponses et énoncés qui précèdent sont véridiques et complets et j'atteste que je n'ai aucune autre assurance au titre du régime d'Avantage Maximum et que je n'en ai fait aucune demande. Je comprends que pour être admissible aux garanties d'assurance maladie complémentaire, je dois être inscrit auprès de mon régime d'assurance maladie provincial. Je conviens que l'assurance demandée n'entrera en vigueur que lorsque la compagnie d'assurance aura approuvé ma demande.

J'autorise Avantage Maximum et ses assureurs à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. J'autorise la collecte et la divulgation de ces renseignements par tous les moyens nécessaires, dont les méthodes de communication électronique telles que le courriel. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime.

J'ai été avisé(e) qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité et conditions d'utilisation » du site [www.avantagemaximum.ca](http://www.avantagemaximum.ca) ou auprès de l'administrateur de mon régime d'assurance collective.

Une photocopie ou une version électronique de la présente **Déclaration et autorisation** est aussi valide que l'original.

Une photocopie ou une version électronique du présent formulaire **ne peut pas** être utilisée pour la désignation de bénéficiaires.

Nom de l'employé (en lettres moulées) \_\_\_\_\_

Signature de l'employé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

---

L'original de ce formulaire doit être soumis. Les photocopies ne sont pas acceptées. Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli à l'adresse ci-dessous.