



DEMANDE D'ADHÉSION

À usage interne seulement

Date d'entrée en vigueur

Numéro de certificat

À remplir par l'employeur ou l'employeuse (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 la personne employée	
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 autorisée		Date (AAAA/MM/JJ)	

Information sur la personne employée (à remplir par la personne employée, à l'ENCRE en lettres moulées.)

Nom (Nom de famille)		(Prénom)		(Initiale)
Adresse (numéro, rue, appartement)				
Ville		Province	Code postal	
Adresse de courriel				
Province d'emploi (si différente)	Genre <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Autre expression de genre <input type="radio"/> Non dévoilé		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 ou 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		
Avez-vous la citoyenneté canadienne ou le statut de résidence permanente au Canada? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non		Bénéficiez-vous d'une assurance maladie provinciale valide? <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 conjointe ou conjoint et vos enfants (à l'ENCRE en lettres moulées.)

CHAMPS OBLIGATOIRES LORSQUE L'ASSURANCE VIE POUR LES PERSONNES À CHARGE, L'ASSURANCE SOINS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRE ET L'ASSURANCE SOINS DENTAIRES 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)	Genre Femme/Homme/Autre expression de genre/Non dévoilé	Lien avec la personne employée*

*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 la personne responsable de l'administration de votre régime.

Renonciation à la protection

Vous pouvez renoncer à l'assurance soins médicaux complémentaire et l'assurance soins dentaires pour vous ou vos personnes à charge SEULEMENT si vous avez une protection pour des garanties semblables au titre du régime collectif de votre conjoint ou conjointe. Vous pouvez demander ultérieurement de souscrire les garanties auxquelles vous avez renoncé, mais certaines restrictions peuvent s'appliquer. *Pour plus de détails, communiquez avec la personne responsable de l'administration de votre régime.*

Je renonce à la protection pour :

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

Nom de la compagnie d'assurance établissant le régime du conjoint ou de la conjointe

_____ Numéro de régime _____

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

Genre <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Autre expression de genre <input type="radio"/> Non dévoilé		Date de naissance Date (AAAA/MM/JJ)	
Assurance soins médicaux complémentaire Votre conjoint·e est couvert·e par une assurance soins médicaux complémentaire aux termes de son régime. <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui : Nom de l'autre compagnie d'assurance		Assurance soins dentaires Votre conjoint·e est couvert·e par une assurance soins dentaires aux termes de son régime. <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Oui : Nom de l'autre compagnie d'assurance	
Le régime couvre : <input type="radio"/> Votre conjoint·e seulement <input type="radio"/> Votre conjoint·e et vos enfants seulement <input type="radio"/> Votre conjoint·e et vous seulement <input type="radio"/> Votre conjoint·e, vous et vos enfants		Le régime couvre : <input type="radio"/> Votre conjoint·e seulement <input type="radio"/> Votre conjoint·e et vos enfants seulement <input type="radio"/> Votre conjoint·e et vous seulement <input type="radio"/> Votre conjoint·e, vous et vos enfants	

Désignation de personne bénéficiaire principale – 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.

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

Lorsque les dispositions législatives du Québec s'appliquent, la désignation du conjoint ou de la conjointe comme bénéficiaire est irrévocable (la personne 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 ou une fiduciaire ou d'un administrateur ou une administratrice (doit être au-dessus de l'âge de la majorité)

Si la personne bénéficiaire est mineure (non applicable pour les personnes résidant au Québec), je désigne, par la présente, la ou le fiduciaire ou l'administratrice ou administrateur ci-dessous mentionné. Cette personne recevra pour la personne bénéficiaire mineure, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par la ou le fiduciaire ou l'administratrice ou administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise la ou le fiduciaire ou l'administratrice ou 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 de la personne mineure.

Nom complet

Lien avec la personne employée

Si vous désignez un ou une fiduciaire ou un administrateur ou une administratrice, nous vous recommandons de consulter une conseillère ou un conseiller juridique et tout et toute fiduciaire ou administrateur ou administratrice proposée.

Personnes résidant au 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 de personne bénéficiaire subsidiaire – FACULTATIF (ne peut pas être la même personne bénéficiaire que celle qui figure sur la liste en tant que *personne bénéficiaire principale*)

Vous pouvez désigner une personne bénéficiaire ou plusieurs bénéficiaires subsidiaires qui toucheront la somme assurée au titre de la présente police collective au cas où toutes les personnes bénéficiaires principales susmentionnées décédaient avant vous. Dans ce cas, toute personne bénéficiaire subsidiaire aurait automatiquement droit à la somme assurée payable à toute personne bénéficiaire principale. Si aucune personne bénéficiaire n'est vivante au moment de votre décès, la somme assurée sera versée à votre succession.

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

Lorsque les dispositions législatives du Québec s'appliquent, la désignation du conjoint ou de la conjointe comme bénéficiaire est irrévocable (la personne 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 ou une fiduciaire ou d'un administrateur ou une administratrice (doit être au-dessus de l'âge de la majorité)

Si la personne bénéficiaire est mineure (non applicable pour les personnes résidant au Québec), je désigne, par la présente, la ou le fiduciaire ou l'administratrice ou administrateur ci-dessous mentionné. Cette personne recevra pour la personne bénéficiaire mineure, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par la ou le fiduciaire ou l'administratrice ou administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise la ou le fiduciaire ou l'administratrice ou 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 de la personne mineure.

Nom complet

Lien avec la personne employée

Si vous désignez un ou une fiduciaire ou un administrateur ou une administratrice, nous vous recommandons de consulter un ou une conseillère juridique et tout et toute fiduciaire ou administrateur ou administratrice proposée.

Personnes résidant au 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 la personne employée (veuillez signer et dater.)

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

Par la présente, je demande à souscrire l'assurance collective à laquelle je suis ou pourrais devenir admissible en vertu du présent régime et j'autorise toute retenue salariale nécessaire à l'administration de mes garanties. À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai consignés dans le formulaire sont exacts et complets, et je déclare que je ne bénéficie d'aucune autre protection au titre du régime Avantage Maximum et que je n'en ai demandé aucune. Je comprends que je dois être couvert-e par un régime d'assurance maladie provincial pour être admissible au régime de soins de santé complémentaire. Je reconnais qu'aucune prestation ne sera versée tant que la compagnie d'assurance n'aura pas approuvé la présente demande.

J'autorise Avantage Maximum et ses compagnies d'assurance 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 des renseignements peuvent être obtenus comprend des spécialistes, des établissements ou des prestataires de soins médicaux et de santé, des compagnies d'assurance et d'autres organisations ou personnes. Cette autorisation est également valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant les personnes à ma charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties de ce régime.

Je prends acte du fait 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 ou auprès de la personne responsable de l'administration de mon programme d'avantages sociaux.

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 la personne employée (en lettres moulées) _____

Signature de la personne employée _____ 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.