

FORMULAIRE D'ADHÉSION / MODIFICATION AU RÉGIME DE PRESTATIONS

Veuillez remplir ce formulaire afin d'adhérer aux prestations des employés ou de changer le statut des renseignements actuels. Prière de vous référer au verso de ce formulaire pour les instructions qui vous permettront de remplir chaque section correctement.

VEUILLEZ ÉCRIRE FERMEMENT ET EN LETTRES MAJUSCULES

“A” RENSEIGNEMENTS DE L'EMPLOYÉ(E)						“B” NOTIFICATION							
Nom de l'employeur :		Sexe : Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/>	N° de l'employé(e) :		Salaire :		<input type="checkbox"/> Employé nouveau <input type="checkbox"/> Réembauché <input type="checkbox"/> Cessation de l'employé(e)						
Nom de famille de l'employé(e) :		Langue : Anglais : <input type="checkbox"/> Français : <input type="checkbox"/>	N° souscripteur de Green Shield :		<input type="checkbox"/> à l'heure <input type="checkbox"/> hebdomadaire <input type="checkbox"/> aux 2 semaines <input type="checkbox"/> mensuellement <input type="checkbox"/> annuellement <input type="checkbox"/> semestriellement								
Prénom et initiale(s) :			N° du client de Green Shield :				Année/Mois/Jour (Dernière journée de couverture)						
Adresse postale du domicile :			N° de classification :										
Ville :			N° d'identification alternatif :		# d'heures travaillé par semaine :		<input type="checkbox"/> Ajouter personne à charge <input type="checkbox"/> Supprimer personne à charge <input type="checkbox"/> Modification aux CDP <input type="checkbox"/> Autre						
Province :		Code postal :		Couverture familiale Nombre de personnes à charge :		Occupation :							
Date de naissance (Année/Mois/Jour) :					Date d'emploi :		Couverture en vigueur le : Année/Mois/Jour						
Couverture pour : Célibataire <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Renoncée <input type="checkbox"/>					Année/Mois/Jour								
Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait* <input type="checkbox"/> Veuf/veuve <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/>							Notes spéciales : Pour administration seulement						
* Je, soussigné(e), atteste par la présente que j'habite avec _____ depuis ____/____/____ et qui est représenté(e) comme étant mon(ma) époux(épouse) ou conjoint(e) de fait. J'atteste de plus que je et(ou) mon(ma) époux(épouse) ou mon(ma) conjoint(e) de fait sommes responsables financièrement de nos enfants faisant l'objet de demandes de règlement à des fins d'assurance. Je reconnais que tous les renseignements sont complets et exacts.													
Nom de famille du bénéficiaire		Prénom		Lien de parenté		Révocable * <input type="checkbox"/> Irrévocable <input type="checkbox"/>							
*Le bénéficiaire est révoquant à moins d'indication contraire sur ce formulaire d'adhésion. Si le bénéficiaire spécifié est un mineur, considérez un fiduciaire. Lien de parenté avec l'employé(e) :													
En signant ce formulaire d'adhésion ou en fournissant à mon employeur des renseignements personnels à mon sujet, j'atteste, qu'au meilleur de ma connaissance, ces renseignements sont complets et exacts. J'autorise mon employeur, le gestionnaire de mon régime collectif et la Compagnie d'assurance-vie Coopérateurs ou ses agents, à divulguer et échanger des renseignements à mon sujet, au sujet de mon(ma) conjoint(e) et mes personnes à charge aux fins de déterminer l'admissibilité aux prestations et l'administration du régime de prestations collectives. Si mon numéro d'assurance sociale (NAS) sert de numéro de certificat, j'autorise son utilisation à des fins d'identification et d'administration des prestations consenties dans le cadre de mon régime collectif, et je comprends que la transmission de mon NAS à de telles fins est facultative et ne représente pas une condition de service. Pour plus de renseignements sur nos politiques et procédures en matière de protection des renseignements personnels, veuillez consulter votre livret du régime de prestations et notre site Web à www.greenshield.ca . Je fais par la présente une demande de protection pour prestations de l'employé auprès de la Compagnie d'assurance-vie Coopérateurs et Green Shield Canada pour laquelle je suis ou pourrais devenir admissible, et j'autorise la retenue des cotisations sur ma paie, s'il y a lieu.													
Date :		Signature de l'employé(e) :		Signature d'un témoin (le bénéficiaire désigné ne peut pas être choisi comme témoin) :									
Couverture demandée avec : Les coopérateurs <input type="checkbox"/> Assur. vie de base <input type="checkbox"/> D&MA de base <input type="checkbox"/> Pers. à charge - Vie <input type="checkbox"/> Indemnité hebdomadaire <input type="checkbox"/> Invalidité longue durée <input type="checkbox"/> Optionnel - Vie				Green Shield Canada <input type="checkbox"/> Soins santé <input type="checkbox"/> Soins dentaires									
“C” COORDINATION DES PRESTATIONS						“D” RENSEIGNEMENTS POUR L'ADHÉSION DES PERSONNES À CHARGE		“E” Marqué d'un "X" pour renoncer	Admin seulement				
Méd.	SSC	Dent	Vue	Hop	Hors Prov.	Personnes à charge	Nom de famille	Prénom	Date naissance Année/Mois/Jour	Sexe	Médicam.	Rég.	Date en vigueur
						Conjoint					SSC		
						1 ^{er} enfant					Soins dent.		
						2 ^e enfant					Soins - vue		
						3 ^e enfant					Hôpital		
						4 ^e enfant					Ouïe		
						5 ^e enfant					Prothèses		
Signé par : Nom de l'employeur _____													

Veillez lire attentivement ces notes spéciales puisque le fait de soumettre une demande d'adhésion contenant des renseignements faux ou incomplets pourrait entraîner le rejet d'une demande de règlement ou un règlement inadéquat de celle-ci. Remplissez chaque partie selon les directives ci-dessous et apposez votre signature au bas du formulaire après avoir vérifié que tous les renseignements donnés sont exacts et complets. Tout formulaire incomplet vous sera automatiquement retourné.

SECTION "A" RENSEIGNEMENTS DE L'EMPLOYÉ(E)

- 1) Imprimez vos nom et adresse postale au complet dans la section appropriée. Veuillez indiquer le prénom que vous utiliserez lorsque vous soumettrez une demande de règlement (p. ex. si vous utiliserez « Robert », n'utilisez pas « Bob » sur ce formulaire).
- 2) Indiquez l'année de naissance et apposez un "X" pour indiquer votre sexe (homme/femme) et le statut familial (célibataire, couple, famille).
- 3) Désignez un bénéficiaire. Veuillez vous assurer d'y indiquer son lien de parenté avec vous. Veuillez également vous assurer que cette section soit signée et datée par un témoin autre que le bénéficiaire.
- 4) Si vous vivez en concubinage, veuillez remplir la déclaration de conjoint de fait.

SECTION "A" RENSEIGNEMENTS DE L'EMPLOYEUR

- 1) Indiquez le salaire de l'employé(e) ainsi que la période de paiement.
- 2) Indiquez le nombre approximatif d'heures de travail.
- 3) Indiquez l'occupation et la division / département de l'employé(e).
- 4) Indiquez la date de commencement de l'emploi à temps plein ou à temps partiel.
- 5) Si les prestations sont différentes pour certaines classifications d'employés (p. ex. syndiqués, non syndiqués, administration), indiquez la classification applicable de l'employé(e).
- 6) Signez (à titre d'administrateur, gérant) et indiquez le nom de l'employeur au bas du formulaire.

SECTION "B" NOTIFICATION

- 1) Apposez un "X" au(x) genre(s) de transaction applicable(s) et indiquez la date d'entrée en vigueur de la transaction.

SECTION "C" COORDINATION DES PRESTATIONS

Si les membres de votre famille sont couverts par un autre prestataire, les primes seront coordonnées selon les normes de l'industrie. Si cette couverture de Green Shield est **SECONDAIRE** pour votre conjoint et/ou les enfants, apposez un « S » dans la case appropriée.

CONJOINT – Apposez un "S" si votre conjoint a une autre couverture.

ENFANT(S) – Apposez un "S" si la date de naissance du « souscripteur » tombe plus tard dans l'année (mois et jour) que la date de naissance du conjoint qui a également une couverture pour les enfants.

SÉPARATION ou DIVORCE – Les enfants peuvent qualifier comme personnes à charge de plusieurs adultes reliés à eux naturellement ou par le mariage. Dans la situation de la séparation ou du divorce, l'ordre suivant s'applique en déterminant lesquels des adultes sont responsables pour la couverture des enfants.

- (1) Le régime du parent avec la garde de l'enfant
- (2) Le régime du conjoint du parent avec la garde de l'enfant
- (3) Le régime du parent n'ayant pas la garde de l'enfant
- (4) Le régime du conjoint du parent n'ayant pas la garde de l'enfant

Apposez un "S" dans la boîte appropriée s'il y a un autre adulte qui se range plus haut que vous en vous basant sur la liste ci-dessus.

SECTION "D" RENSEIGNEMENTS POUR L'ADHÉSION DES PERSONNES À CHARGE

- 1) Imprimez le nom de famille et le prénom de chaque personne admissible en vertu des contrats des régimes de prestations de l'employeur. Assurez-vous d'inscrire le prénom que vous utiliserez sur les demandes de règlement (p. ex. si vous utiliserez Anne sur les demandes de règlement, n'inscrivez pas Marie-Anne sur ce formulaire).
- 2) Indiquez "H" (homme) ou "F" (femme) pour identifier le sexe de chaque personne à charge.
- 3) Indiquez la date de naissance au complet pour chaque personne à charge. Veuillez vous assurer que ces dates sont exactes puisqu'elles affecteront le remboursement des demandes de règlement et l'admissibilité de la personne à charge.

SECTION "E" COUVERTURE RENONCÉE

- 1) Si vous êtes admissible à une couverture en vertu du régime de votre conjoint(e) et que vous choisissez de renoncer à tout genre de couverture, apposez un «X» dans la case appropriée pour :

Médicaments, SSC (soins santé complémentaires), soins dentaires, soins de la vue (articles de lunetterie), hôpital (chambre à deux lits), soins de l'ouïe (prothèses auditives), prothèses (équipement médical), soins santé (soins et chambre dans une maison de santé), hors de province.