

Renseignements sur le promoteur de régime

Employeur/Nom de l'entreprise					
N° du groupe	N° de division	N° de l'unité	N° du certificat	Date de prise d'effet de l'intervention (jj/mm/aa)	
Code d'intervention		Date de début de l'emploi à temps plein (jj/mm/aa)	En cas de réemploi : date de fin de l'emploi précédent (jj/mm/aa)	Date de réemploi (jj/mm/aa)	
Ajout <input type="checkbox"/>	Modification <input type="checkbox"/>	Suppression <input type="checkbox"/>			
Situation Professionnelle			Heures normales de travail par semaine		
Renseignements sur le salaire					
Rémunération:	Annuelle <input type="checkbox"/>	Mensuelle <input type="checkbox"/>	Aux deux semaines <input type="checkbox"/>	Hebdomadaire <input type="checkbox"/>	À l'heure <input type="checkbox"/>

Renseignements sur le participant au régime

Nom de famille		Prénom		Initiale du second prénom	
Adresse		Ville ou municipalité		Province	Code postal
Date de naissance (jj/mm/aa)	Fumeur	Genre		Langue	
	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Masculin <input type="checkbox"/>	Féminin <input type="checkbox"/>	Français <input type="checkbox"/>	Anglais <input type="checkbox"/>

Renseignements sur les personnes à charge
Renseignements sur le conjoint

Nom de Famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aa)	Lien de parenté avec le participant	Date de prise d'effet (jj/mm/aa)	Code d'intervention Ajout/modification/ suppression	Genre
						Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/>

Note: Pour les conjoints de fait ou les conjoints de même sexe, il doit y avoir eu cohabitation selon la définition de la directive contenue dans les politiques relatives à l'admissibilité des personnes à charge. S'il s'agit d'un conjoint de fait ou d'un conjoint de même sexe, veuillez nous mentionner la date du début de la cohabitation (jj/mm/aa) :

Renseignements sur les enfants

Nom de Famille	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aa)	Lien de parenté avec le participant	Date de prise d'effet (jj/mm/aa)	Code d'intervention Ajout/modification/ suppression	Genre
						Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
						Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
						Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>
						Féminin <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/>

Lien de parenté avec le participant : enfant, personne handicapée, ou personne à charge dépassant l'âge limite (dans le dernier cas, veuillez remplir la section qui suit)

Renseignements sur les personnes à charge dépassant l'âge limite (PCDAL)

Nom	Prénom	Date de naissance (jj/mm/aa)	Date de début des études	Date de fin des études	Nom de l'établissement scolaire (facultatif)
				31 août/ ____	
				31 août/ ____	

Note : La protection visant la PCDAL prend fin le 31 août de chaque année; par conséquent, le participant doit présenter une nouvelle demande si la PCDAL s'inscrit de nouveau à un programme d'études pour l'année scolaire suivante

Renseignements sur les protections offertes

Nature de la protection du participant						Nature de la coordination des protections du conjoint					
Soins de santé			Soins dentaires			Soins de santé			Soins dentaires		
Familiale <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Le participant a renoncé <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Waive <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Waive <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>	Individuelle <input type="checkbox"/>	Waive <input type="checkbox"/>
Pour les personnes de 65 ans et plus qui résident au Québec, sélectionnez le code ID de l'ainé : Participant: RAMQ <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> / Conjoint: RAMQ <input type="checkbox"/> Les deux <input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/>											

Exemption applicable au conjoint

Si vous ou les personnes à votre charge bénéficiez actuellement de soins de santé complémentaires ou de soins dentaires en vertu d'un autre régime collectif, vous pouvez refuser les protections offertes dans le cadre du présent régime en sélectionnant la case applicable à chaque protection. Si vous n'êtes plus admissible aux protections applicables au conjoint, vous devez présenter une demande de protection dans les 31 jours suivant la perte de ces protections.

Je refuse, pour moi-même et pour les personnes qui sont à ma charge, les protections suivantes : Soins de santé complémentaires Soins dentaires

Je refuse, pour les personnes qui sont à ma charge, les protections suivantes : Soins de santé complémentaires Soins dentaires

Nom de l'assureur du conjoint	Date de prise d'effet des protections offertes au conjoint (jj/mm/aa)
-------------------------------	---

Désignation du bénéficiaire (aux fins des prestations liées à l'assurance-vie et à l'assurance en cas de décès ou de mutilation accidentels)

L'original du présent formulaire sera exigé dans le cadre d'une demande d'indemnisation consécutive à un décès. En l'absence de désignation d'un bénéficiaire, la succession est présumée être le bénéficiaire. Les désignations raturées ou corrigées doivent être paraphées. Il est interdit d'utiliser un liquide correcteur. Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie et à l'encre.

Bénéficiaire(s)

Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom	Pourcentage attribué	Lien de parenté avec le participant au régime

Pour les résidents du Québec seulement: Au Québec, la désignation de votre conjoint à titre de bénéficiaire est irrévocable, sauf si vous cochez la case « révocable » ci-après. Afin de modifier la désignation, si celle-ci est irrévocable, le consentement du bénéficiaire est exigé.

Par la présente, je désigne mon conjoint à titre de bénéficiaire.

Révocable: je peux modifier la présente désignation en tout temps, sans le consentement du bénéficiaire.

Clause concernant les mineurs - Désignation d'un fiduciaire pour les enfants n'ayant pas atteint la majorité.

Nom du fiduciaire	Lien de parenté avec le participant assuré

Si un bénéficiaire désigné n'a pas atteint la majorité ou n'a pas la capacité juridique, vous pourriez vouloir nommer un fiduciaire/administrateur. Cette nomination peut ne pas convenir à toutes les situations. **Si vous nommez ou proposez un fiduciaire ou administrateur, nous vous suggérons de consulter un conseiller juridique.**

Autorisations et déclarations :

- Je désigne les personnes mentionnées ci-dessus à titre de bénéficiaires désignés comme mes bénéficiaires.
- Aux fins d'admissibilité aux prestations pour mon conjoint et les personnes qui sont à ma charge, je confirme que je suis autorisé à divulguer des renseignements les concernant.
- Si mon numéro d'assurance sociale est le même que mon No de certificat, j'autorise son utilisation à des fins d'identification et d'administration de mes prestations collectives.
- J'autorise Securindemnité, les fournisseurs de soins de santé, les assureurs, l'administration publique ou d'autres régimes de prestations ainsi que les autres fournisseurs de services qui collaborent avec Securindemnité à partager les renseignements pertinents devant servir à établir mon admissibilité aux protections et à administrer mon régime de prestations.
- Je confirme que, dans le cas d'une demande de protection, ou aux fins d'administration courante de mon régime de prestations, je suis autorisé à agir en mon propre nom, en celui de mon conjoint ainsi qu'en ceux des personnes à ma charge. I agree that a photocopy or electronic copy of this Authorizations and Declarations section is as valid as the original.
- Je consens à ce que la photocopie ou la copie sous forme électronique de la présente clause ait la même valeur que l'original.
- J'atteste qu'à ma connaissance, les renseignements contenus dans ce formulaire sont vrais et exacts.

Autorisation du participant au régime

Signature du participant au régime	Nom en caractères d'imprimerie	Date de la signature (jj/mm/aa)

Autorisation du promoteur de régime

Signature de l'administrateur du régime	Nom en caractères d'imprimerie	Date de la signature (jj/mm/aa)

Veillez faire parvenir le formulaire rempli à:

Ou par courriel à l'adresse suivante : eligibilityupdates@claimsecure.com
5968

Télécopieur: 1-705-673-

Par courrier ou télécopieur : SÉCURINDEMNITÉ INC. CP 6500 SUCCURSALE A SUDBURY ON P3A 5N5

Téléphone: 1-888-513-4464