



## Demande d'adhésion

Numéro d'entreprise

Numéro de certificat

### RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI (À REMPLIR À L'ENCRE PAR L'EMPLOYEUR.)

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_ Date du début d'emploi à **temps plein** \_\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)

Adresse de l'entreprise \_\_\_\_\_ Revenu mensuel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Poste de l'employé \_\_\_\_\_

Description des tâches de l'employé \_\_\_\_\_

Renoncez-vous la période d'attente?  Non  Oui. Veuillez indiquer la raison. \_\_\_\_\_

Je déclare, par la présente, que cet adhérent est employé à temps plein depuis la date indiquée et travaille pendant au moins 20 heures par semaine.

\_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_  
Nom du représentant autorisé Signature Date (AAAA/MM/JJ)

### RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (À REMPLIR À L'ENCRE PAR L'EMPLOYÉ.)

Nom de l'employé \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)

Prénom \_\_\_\_\_ Second prénom \_\_\_\_\_  Homme  Femme

Adresse postale (domicile) \_\_\_\_\_ **État matrimonial :**  Célibataire  Marié(e)

Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  Veuf (veuve)  Séparé(e)  Divorcé(e)

Province d'emploi (si différente) \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Conjoint(e) de fait (cohabitation depuis au moins un an)

**Date du début de la cohabitation** \_\_\_\_\_ (AAAA/MM/JJ)

**Préférence linguistique**  Français  Anglais

### AUTORISATION AU DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS

En fournissant mes renseignements bancaires ci-dessous, j'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à déposer mes prestations des soins médicaux et dentaires directement dans mon compte bancaire.

Numéro de la succursale \_\_\_\_\_ Numéro de l'institution financière \_\_\_\_\_ Numéro de compte \_\_\_\_\_

**Identification des personnes à charge (exigée pour les protections comme l'assurance vie des personnes à charge, l'assurance soins médicaux complémentaire et l'assurance soins dentaires)**  
**Pour être admissibles à une garantie de l'assurance soins médicaux complémentaire, les personnes à charge doivent être couvertes par votre régime provincial ou territorial d'assurance maladie.**

Lien de parenté	Prénom	Nom (si différent)	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Sexe (M/F)	Étudiant à temps plein (21 à 25 ans)	Personne à charge avec déficience fonctionnelle (plus de 21 ans)
Conjoint	_____	_____	_____	_____		
<input type="checkbox"/> Fils	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fils	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fils	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si votre Régime des chambres de commerce comprend l'assurance des soins médicaux ou dentaires, vous et vos personnes à charge pouvez renoncer à cette garantie **si vous êtes couverts en vertu d'un autre régime similaire.**

Êtes-vous, vous ou vos personnes à charge, couverts par un autre régime?  Non  Oui. Veuillez indiquer le nom de la compagnie d'assurance et la protection détenue.

Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ Numéro de police \_\_\_\_\_

L'autre régime comprend des garanties : Assurance soins médicaux complémentaire  Familiale  Couple  Individuelle  Aucune  
Assurance soins dentaires  Familiale  Couple  Individuelle  Aucune

Renoncez-vous à la protection de : l'assurance soins médicaux complémentaire?  Non  Oui, pour moi et mes personnes à charge  Oui, pour mes personnes à charge seulement  
l'assurance soins dentaires?  Non  Oui, pour moi et mes personnes à charge  Oui, pour mes personnes à charge seulement

Remarques/Commentaires \_\_\_\_\_



## Demande d'adhésion (suite)

Numéro d'entreprise	Numéro de certificat
---------------------	----------------------

**Désignation de bénéficiaire :** Je désigne, par la présente, la(les) personne(s) ci-dessous mentionnée(s), comme bénéficiaire de toute somme d'assurance vie payable en vertu de ma participation au régime.

Nom	Prénom et initiale	% du capital	Lien avec l'employé	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Les sommes dues doivent être divisées comme suit :  selon les pourcentages indiqués ci-dessus (**doit totaliser 100 %**), ou  en parts égales entre les survivants

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 :** Si le bénéficiaire est un mineur, 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.

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

### DÉCLARATION ET AUTORISATION À LA COLLECTE ET À LA COMMUNICATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je fais une demande d'assurance collective en vertu de ce régime et j'autorise le prélèvement des déductions requises de mon salaire. À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets et j'atteste que je n'ai aucune autre assurance auprès du Régime d'assurance collective des chambres de commerce et que je n'en ai fait aucune demande. **Je comprend que pour être admissibles à l'assurance soins médicaux complémentaire, nous devons, moi et mes personnes à charge, être couverts par le régime provincial ou territorial d'assurance maladie.** Je conviens que l'assurance demandée n'entrera en vigueur que lorsque la compagnie d'assurance aura approuvé ma demande.

Aux fins de l'administration du régime d'avantages sociaux, de toute évaluation, de toute enquête, de la gestion des demandes de règlement, de la souscription et pour déterminer l'admissibilité au régime, j'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels concernant la présente demande. La liste non exhaustive de sources à partir desquelles l'information peut être puisée comprend des professionnels de la santé ou d'établissement de santé, des compagnies d'assurance, d'autres organisations ou personnes. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce à envoyer par courriel toute demande de renseignements médicaux supplémentaires ou les questionnaires demandés pour le traitement de toute demande de protection aux termes de ce régime, dont la correspondance ayant trait à la tarification des risques médicaux. Cette autorisation s'applique également à mes personnes à charge, le cas échéant.

Des renseignements détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels se trouvent à la section « Politique de confidentialité » du site [www.lecollectifdeschambres.ca](http://www.lecollectifdeschambres.ca). Ils peuvent également être obtenus auprès de l'administrateur de mon programme d'avantages sociaux.

Une photocopie du présent consentement est aussi valide que l'original.

Nom de l'employé \_\_\_\_\_ Adresse électronique \_\_\_\_\_

Signature de l'employé \_\_\_\_\_ Date de la signature \_\_\_\_\_  
(AAAA/MM/JJ)