



Demande d'adhésion

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

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

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

Adresse de l'entreprise _____

Poste de l'employé _____

Description des tâches de l'employé _____

Rémunération habituelle _____ Fréquence Annuelle Mensuelle Bimensuelle Toutes les deux semaines
 Hebdomadaire Horaire Nbre d'heure par semaine _____

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

Je déclare que cet adhérent est employé à temps plein depuis la date indiquée et travaille pendant au moins 20 heures par semaine. Si le salaire horaire est indiqué, mais que le nombre d'heures par semaine ne l'est pas, il sera considéré qu'il s'établit à 40 heures.

_____ et _____
Nom de la personne autorisée Signature autorisée Date (AAAA/MM/JJ)

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Nom de famille _____ Date de naissance _____ (AAAA/MM/JJ)

Prénom _____ Second prénom _____ Homme Femme

Adresse postale (domicile) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

Province d'emploi (si différente) _____ Langue de correspondance Français Anglais

État matrimonial : Célibataire Marié(e)
 Veuf (veuve) Séparé(e) Divorcé(e)
 Union de fait (cohabitation depuis au moins un an)

Date du début de cohabitation _____ (AAAA/MM/JJ)

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 _____

Informations sur les personnes à charge (champs obligatoires lorsque l'assurance vie des personnes à charge, l'assurance soins médicaux complémentaire et l'assurance soins dentaires sont comprises dans les dispositions de votre régime). Pour être admissibles à l'assurance soins médicaux complémentaire, vous et vos personnes à charge devez tout d'abord bénéficier d'une protection au titre du régime d'assurance maladie provincial ou territorial.

| 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 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 une garantie : d'assurance soins médicaux complémentaire Familiale Couple Individuelle Aucune
d'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 comme bénéficiaire(s) de toute prestation d'assurance vie payable au titre de ma participation à ce 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 : pourcentage de la somme assurée (doit totaliser 100 %) 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 (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. 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 mineur.

| 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.

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'assurance collective des chambres de commerce et que je n'en ai fait aucune demande. Je comprends que pour être admissibles aux garanties d'assurance soins médicaux complémentaire, nous devons, moi et mes personnes à charge, être inscrits auprès du 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.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce 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. 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'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 ou auprès de l'administrateur de mon régime d'assurance collective.

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)