



Demande d'adhésion

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

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

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

Adresse de l'entreprise _____

Profession de la personne employée _____

Description des tâches de la personne employée _____

Rémunération habituelle _____ Fréquence Annuelle Mensuelle Bimensuelle Aux deux semaines
 Hebdomadaire Horaire Si « Horaire », nombre d'heures par semaine _____

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

Le cas échéant : Maximum du Compte gestion-santé : _____ \$ Maximum du Compte mieux-être : _____ \$

Je déclare que la personne qui fait la demande est employée de façon continue et permanente depuis la date indiquée et qu'elle travaille pendant au moins 15 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)

* Dans le cas des entreprises dont la date d'entrée en vigueur des garanties tombe avant le 1er mars 2024 et qui ont choisi de ne pas inclure les personnes employées à temps partiel, pour être admissibles, les personnes employées doivent travailler à temps plein, pendant au moins 20 heures par semaine.

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE EMPLOYÉE

Nom de famille _____

Prénom _____ Second prénom _____

Adresse postale (domicile) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____ Province d'emploi (si différente) _____

Adresse courriel _____

Date de naissance _____ (AAAA/MM/JJ)

Genre Femme Homme
 Autre expression de genre Non dévoilé

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

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

Langue préférée 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 _____

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 avec la personne employée	Nom (si différent)	Prénom	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Genre Femme/Homme/Autre expression de genre/Non dévoilé	Personne étudiante à temps plein (21 à 25 ans)	Personne à charge avec déficience fonctionnelle (plus de 21 ans)
Conjoint-e	_____	_____	_____	_____		
Enfant	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant	_____	_____	_____	_____	<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 bénéficiez d'une protection au titre d'un autre régime similaire.**

Bénéficiez-vous, vous ou vos personnes à charge, d'une protection au titre d'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 de famille	Prénom et initiale	% du capital	Lien avec la personne employée	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 personnes survivantes
 Si vous désignez une ou plusieurs personnes bénéficiaires subsidiaires, veuillez remplir et présenter le formulaire de désignation de bénéficiaires qui se trouve sur le portail mes-avantages.ca.

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 : 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 de famille	Prénom	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.

DÉCLARATION ET AUTORISATION POUR LA COLLECTE ET 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 d'assurance collective des chambres de commerce et que je n'en ai demandé aucune. Je comprends que je dois être couvert par un régime d'assurance maladie provincial ou territorial 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 le Régime d'assurance collective des chambres de commerce 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. 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 organismes 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.

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.

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 » du site www.lecollectifdeschambres.ca ou auprès de l'administratrice ou l'administrateur de mon programme d'avantages sociaux.

Une photocopie de la présente Déclaration et autorisation est aussi valide que l'original.

Nom de la personne employée _____ Adresse courriel _____

Signature de la personne employée _____ Date de la signature _____
 (AAAA/MM/JJ)