

ASSURANCE COLLECTIVE

FORMULAIRE D'ADHÉSION – SYNDIQUÉS



Adhésion initiale | Changement de personne(s) à charge protection bénéficiaire(s)

IDENTIFICATION

| Nom de l'employé | | Prénom de l'employé | | | | Matricule | | | | Usine | |
|------------------|--|---------------------|--|--|--|-----------|--|--|--|-------|--|
| | | | | | | | | | | | |
| Courriel | | | | | | | | | | | |

RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

| Date de naissance | | Date d'embauche | | | | Numéro d'assurance sociale | | | | Sexe | | Langue | | | | | |
|-------------------|---|-----------------|---|---|---|----------------------------|---|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|
| J | J | M | M | A | A | J | J | M | M | A | A | | | | | | |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> A | | | | | |

CHOIX DE LA CATÉGORIE DE PROTECTION

Protection individuelle Protection familiale Je renonce à la couverture d'assurance*

*Si vous renoncez à la protection, vous devez soumettre une preuve que vous bénéficiez d'une couverture de soins médicaux d'un autre programme.

PERSONNES À CHARGE (SI PROTECTION FAMILIALE)

| Nom du conjoint admissible | | Prénom du conjoint | | | | Date de naissance | | | | Date de cohabitation | | | | | | | |
|-----------------------------|--|--------------------|--|--|--|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | J | J | M | M | A | A | J | J | M | M | A | A |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nom des enfants admissibles | | Prénom des enfants | | | | Date de naissance | | | | Sexe | | | | | | | |
| | | | | | | J | J | M | M | A | A | | | | | | |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | | | | | |

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Sous réserve des dispositions de la loi, je désigne la (les) personne(s) suivante(s) comme bénéficiaire(s) révocable(s) de mes assurances vie et DMA advenant mon décès :

| Assurance vie de base | Nom, prénom du bénéficiaire | | Date de naissance | | | | % | Relation |
|---|-----------------------------|--|-------------------|---|---|---|-------|----------|
| | | | J | J | M | M | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | 100 % | |
| Assurance décès et mutilation accidentels (DMA) | Nom, prénom du bénéficiaire | | Date de naissance | | | | % | Relation |
| | | | J | J | M | M | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | 100 % | |

SIGNATURE

Signature de l'employé

Date

Signature d'un témoin

Date