

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

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