

Demande d'adhésion

LA CORPORATION

people

Avantages Sirius

Bénéficiez d'une approche humaine

Avantages Sirius est une entreprise de La Corporation People

Nouvel employé Remise en vigueur

Participant : Veuillez remplir les parties 1 à 5 en écrivant lisiblement et envoyer le formulaire à l'administrateur de votre régime.

Administrateur de régime : Veuillez remplir les parties 6 et 7 et envoyer le formulaire à Avantages Sirius.

| | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1 | Renseignements le sur participant | Nom | | Prénom | | | | | |
| | | Adresse postale | | Ville | | Prov | Code postal | | |
| | | Adresse de courriel | | Numéro de téléphone (jour) | | Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais | | | |
| | | Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | Date de naissance JJ/MM/AAAA | | Couverture au titre du régime d'assurance maladie provincial <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Autochtone <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Numéro du CSSI | |
| | | État matrimonial <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait - date de début de la cohabitation : _____ | | | | | | | |
| 2 | Autre couverture | Votre conjoint est-il couvert par le régime de son employeur? | | | | | Soins médicaux | Soins dentaires | |
| | | Nom de l'assureur de votre conjoint : _____ Numéro de contrat : _____ | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| | | Remplissez cette partie si vous avez un conjoint. Êtes-vous couvert par l'assurance soins médicaux ou l'assurance soins dentaires du régime de votre conjoint? | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| | | Si oui : | Je souhaite renoncer aux garanties pour moi-même et les personnes à ma charge. OU | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| | | Je souhaite renoncer aux garanties pour les personnes à ma charge, mais maintenir la couverture pour moi-même. | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | |
| 3 | Renseignements les personnes à charge | Nom | | Date de naissance JJ/MM/AAAA | Sexe H ou F | Lien avec le participant Nom | Pour les enfants à charge ayant dépassé l'âge limite, voir la définition de chaque terme dans le livret explicatif. | Autochtone | |
| | | Nom | Prénom | | | | Étudiant à temps plein à l'université ou au collège?* | Personne à charge invalide?* | |
| | | Conjoint | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | | Enfant | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | | Enfant | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| *Veuillez remplir un formulaire sur les personnes à charge ayant dépassé l'âge limite si l'enfant à votre charge fréquente un collège ou une université ou s'il s'agit d'une personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite. L'administrateur de votre régime peut vous renseigner davantage à ce sujet. | | | | | | | | | |
| 4 | Bénéficiaire | Nom | | Lien avec le participant | Pourcentage maximal : 100 % | Résidents du Québec seulement : | | | |
| | | Nom | Prénom | | | La désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf si vous cochez ici <input type="checkbox"/> pour préciser que cette désignation est révoicable. | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Désignation du fiduciaire | | Remplissez cette partie seulement si le bénéficiaire désigné ci-dessus est d'âge mineur. | | | Je nomme par la présente _____ fiduciaire pour recevoir toute somme due à un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans. | | | | |
| 5 Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels à des fins de communication, de sélection des risques, d'examen et de traitement des demandes de règlement, de détection et de prévention de la fraude, de compilation de statistiques et d'observation des lois. J'atteste que tous les renseignements figurant dans le présent formulaire sont véridiques et exacts. Je demande par la présente de bénéficier de la couverture à laquelle je suis, ou pourrai devenir, admissible. Je reconnais que je n'inscris, aujourd'hui ou ultérieurement, que les personnes à charge qui m'ont autorisé à fournir les renseignements les concernant et qui consentent à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ces renseignements aux fins susmentionnées. J'autorise Avantages Sirius, tout assureur et tout fournisseur de soins de santé à échanger les renseignements nécessaires pour déterminer l'admissibilité et administrer le régime. Je désigne le bénéficiaire susmentionné pour recevoir toute somme payable par suite de ma participation au présent régime. | | | | | | | | | |
| Signature du participant | | | | | Date JJ/MM/AAAA | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|------------------|---------------------|----------------------------|--|------------------------------|--|
| 6 | Administrateur de régime | Numéro du groupe | Numéro d'entreprise | Catégorie | Nom de l'entreprise | | |
| | | Profession | | Date d'embauche permanente | Nombre d'heures de travail par semaine | Rémunération mensuelle brute | |
| 7 | Je confirme que l'employé est admissible à la couverture et que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. | | | | | | |
| | Signature de l'administrateur de régime | | | | | Date JJ/MM/AAAA | |

Réservé à Avantages Sirius

| | | | | | | |
|---|--------------|------------------|------------------|-------------------|-----------------|--------------------------------|
| 8 | Groupe _____ | Entreprise _____ | Certificat _____ | Participant _____ | Catégorie _____ | Date d'entrée en vigueur _____ |
|---|--------------|------------------|------------------|-------------------|-----------------|--------------------------------|