

Formulaire d'adhésion

Programme d'assurance collective

Les services à l'enfance Grandir ensemble – La Great-West, Régime No. 165729

À être complété par le Service de garde

Nom du service de garde		
Salaire annuel	Date d'embauche	Date d'admissibilité (3 mois suivant la date d'embauche)
<input type="checkbox"/> Nouveau participant	Régime (A ou B)	Commentaires
<input type="checkbox"/> Réintégration No identité : _____		
Je certifie que les renseignements sont exacts et complets :		
Signature de la direction _____		Date _____

Identification de la Personne adhérente – Caractères d'imprimerie, À L'ENCRE

Nom		Prénom	
Adresse			No. téléphone personnel
Ville	Province		No. téléphone au travail
Code postal	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Langue de communication <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

Couverture demandée

Assurance-vie des personnes à charge Oui (**obligatoire** si vous avez un conjoint ou des enfants à charge) Non

Soins médicaux Célibataire Familiale (obligatoire résidents du Québec qui n'ont pas de couverture ailleurs)

Soins dentaires Célibataire Familiale

Je renonce à la couverture des soins médicaux car je suis couvert par le régime de mon conjoint.

Je renonce à la couverture des soins dentaires car je suis couvert par le régime de mon conjoint.

Renseignements sur le conjoint et les personnes à charge

Votre conjoint est couvert par des garanties collectives de remboursement de frais médicaux et/ou dentaires au titre du régime de son employeur ?

- Oui
 Non

Si *oui*, veuillez indiquer la couverture dont il bénéficie et le nom de l'assureur.

- Soins médicaux Célibataire Familiale
Soins dentaires Célibataire Familiale
Soins oculaires Célibataire Familiale

Nom de l'assureur _____

Prénom du conjoint	Nom de famille du conjoint	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj/mm/aaaa)
--------------------	----------------------------	---	--------------------------------

Prénom de l'enfant	Nom de famille de l'enfant	Sexe	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Invalide	** Étudiant (22-26 ans)	**Pour enfant de 22 à 26 ans, précisez l'établissement scolaire
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

** **Un étudiant** : enfant de 22 à 26 ans qui étudie à temps plein (15 heures/semaine) dans un établissement d'enseignement reconnu par l'Agence des douanes et du revenu du Canada, qui n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou par un autre type d'union formelle reconnue par la loi et dont vous assurez entièrement le soutien financier.

Veuillez fournir une attestation de l'établissement scolaire avec ce formulaire d'adhésion.

Mise à jour : Janvier 2018

Bénéficiaire		
Nom	Lien avec le participant	Pourcentage
Nom	Lien avec le participant	Pourcentage
Nom	Lien avec le participant	Pourcentage
Nom	Lien avec le participant	Pourcentage

Les sommes dues doivent être divisées comme suit : selon les pourcentages indiqués ci-dessus
 en parts égales entre les survivants

Vous pouvez modifier la présente désignation de bénéficiaire en tout temps en avisant la Great-West. Si vous désirez effectuer une désignation de bénéficiaire irrévocable (ce qui signifie que vous ne pourrez pas modifier la désignation ni apporter certains changements à votre protection aux termes du régime sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable), veuillez remplir le formulaire n° M6348 BIL.

À noter : Lorsque la **loi du Québec** s'applique, la désignation du conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, sauf si vous cochez la case à côté du terme « révocable » ci-dessous.

Par la présente, je fais une désignation :
 Révocable, je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

Si la personne désignée comme bénéficiaire est un mineur ou n'a pas la capacité juridique voulue, un fiduciaire/administrateur devrait être nommé. Il vous faudra alors remplir le formulaire « *Nomination de fiduciaire* » M6242. Cette nomination pourrait ne pas convenir à toutes les situations.

Si vous nommez un fiduciaire/administrateur, nous vous suggérons de vous renseigner auprès d'un conseiller juridique et d'en discuter avec le fiduciaire/administrateur proposé.

Confidentialité

Protection de vos renseignements personnels

À La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West), nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel dans lequel vos renseignements sont consignés. Ce document est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Certains droits d'accès et de rectification vous sont conférés à l'égard des renseignements personnels qui sont contenus dans votre dossier. Il vous suffit d'envoyer une demande par écrit à cet effet à la Great-West. Il arrive que la Great-West obtienne les services de tiers fournisseurs du Canada ou de l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels dans votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements personnels afin de déterminer votre admissibilité et d'administrer le régime, par exemple pour étudier et évaluer les demandes de règlement, ou encore pour créer et mettre à jour les documents relatifs à notre relation d'affaires.

Autorisations et déclarations

Par la présente, je demande la protection aux termes du régime d'assurance collectif établi par la Great-West.

J'autorise :

- le répondant de mon régime à déduire de ma rémunération et à remettre à la Great-West les cotisations requises aux termes du régime, s'il y a lieu;
- la Great-West à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime;
- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, l'administrateur de mon régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, tout administrateur de programmes d'État ou de tout autre programme d'avantage sociaux, toute organisation ou tout fournisseur travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime.

Si je demande la protection pour mon conjoint ou mes personnes à charge, je confirme que je suis autorisé à agir en leur nom.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie sous forme électronique de la présente section Autorisation et déclarations est aussi valide que l'original.

J'atteste que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.

J'ai pris connaissance des lignes directrices à l'intention des employés de Grandir ensemble et je m'engage à les respecter.

Signature du participant	Date
--------------------------	------