



**D E M A N D E D ' A D H É S I O N**

**INFORMATION SUR L'EMPLOYÉ (à compléter par l'EMPLOYÉ)**

Nom de l'employé \_\_\_\_\_ Date de naissance (JJ/MM/AA) \_\_\_\_\_  
 Prénom \_\_\_\_\_  Homme  Femme  
 Second prénom \_\_\_\_\_  Fumeur  Non-fumeur  
 Adresse du domicile \_\_\_\_\_ État civil :  Célibataire  Marié(e)  
 \_\_\_\_\_  Veuf (veuve)  Séparé(e)  Divorcé(e)  
 Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_  Union de fait (cohabitation depuis au moins un an)  
 \_\_\_\_\_ Langue de correspondance préférée  Français  Anglais

**Inscrire la liste de toutes vos personnes à charge incluant votre conjoint**

Lien de Parenté	Prénom	Nom (si différent)	Date de naissance (JJ/MM/AA)	Sexe (M/F)	Étudiant à temps plein (21 à 25 ans)	Personne à charge invalide (plus de 21 ans)
Conjoint	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fils	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fils	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fils	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fils	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Fille	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vous pouvez être exempté de l'assurance-maladie complémentaire et/ou des soins dentaires pour vous et/ou vos personnes à charge **seulement** si vous êtes assuré pour des garanties semblables sous un autre régime collectif.

- Je désire être **EXEMPTÉ** pour l'assurance-maladie complémentaire  pour moi-même et mes personnes à charge  pour mes personnes à charge seulement  
 Je désire être **EXEMPTÉ** pour les soins dentaires  pour moi-même et mes personnes à charge  pour mes personnes à charge seulement

Afin de pouvoir être **EXEMPTÉ** de ces garanties, vous devez fournir les précisions suivantes :

Personnes assurées en vertu de l'autre assurance \_\_\_\_\_ Nom de l'assureur \_\_\_\_\_

**Désignation de bénéficiaire :** Je désigne, par la présente, la personne ci-dessous mentionnée, comme bénéficiaire à titre révocable de tout montant d'assurance-vie payable en vertu de ma participation à ce régime. Si le bénéficiaire est un mineur, je désigne, par la présente, le fiduciaire ci-dessous mentionné. Cette personne recevra toute somme d'argent payable au bénéficiaire d'âge mineur en vertu de ce régime et je déclare que, sur réception de ladite somme d'argent, le fiduciaire acquittera pour solde de tout compte la compagnie d'assurance pour le montant déboursé. Par la présente, j'autorise le fiduciaire à agir selon sa discrétion et de déboursier ladite somme ou revenu, en tout ou en partie, pour le soutien ou l'éducation dudit ou de ladite mineur(e).

Nom complet du bénéficiaire \_\_\_\_\_ Lien de parenté avec vous \_\_\_\_\_

Nom du fiduciaire (si applicable) \_\_\_\_\_

**Autorisation :** Je fais une demande d'assurance collective en vertu de ce régime et j'autorise le prélèvement des déductions requises de mon salaire. Je déclare, par la présente, que les informations qui précèdent sont véridiques et complets et j'atteste que je n'ai aucune autre assurance auprès du Régime des Chambres de commerce et que je n'en ai fait aucune demande. Je comprend que pour être admissible aux garanties d'assurance-maladie complémentaire, je doit être inscrit auprès de mon régime d'assurance-maladie provincial. J'autorise, par la présente, le Régime des Chambres de commerce et ses compagnies d'assurance, ses courtiers et fournisseurs de services à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au régime collectif et à les échanger avec toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents relativement à la présente demande, y compris tout tiers administrateur retenu par le promoteur de régime pour administrer ce contrat collectif, les professionnels de la santé, les établissements médicaux et les compagnies d'assurance et de réassurance. Je conviens que toute photocopie de la présente autorisation a la même valeur que l'originale et que cette autorisation restera en vigueur tant que je serai assurable au titre de ce régime collectif.

Signature de l'employé \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**INFORMATION SUR L'EMPLOI (à compléter par l'EMPLOYEUR)**

Nom de l'entreprise \_\_\_\_\_ Date du début d'emploi à temps plein JJ / MM / AAAA

Adresse de l'entreprise \_\_\_\_\_ Revenu mensuel \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Poste de l'employé \_\_\_\_\_

Description des tâches de l'employé \_\_\_\_\_

Je déclare, par la présente, que cet employé travaille à temps plein depuis la date indiquée et travaille les deux-tiers du nombre d'heures de travail habituelles de l'entreprise, avec un minimum de vingt (20) heures par semaine.

Nom du représentant autorisé \_\_\_\_\_ et \_\_\_\_\_  
Signature Lettres moulées

N° d'entreprise \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_