



## Demande d'adhésion ou de modification Programme d'assurance collective et d'avantages sociaux

Veillez remplir toutes les sections du présent formulaire et écrire en caractère d'imprimerie, à l'ENCRE.  
La section A doit être remplie par le gestionnaire du régime et les sections B à G par le participant du régime.

### SECTION A – RÉSERVÉ À L'EMPLOYEUR OU À L'ADMINISTRATEUR

|   |   |  |                               |
|---|---|--|-------------------------------|
| La présente section doit être remplie par le <u>promoteur</u> du régime.    | Nom de l'employeur                              | Date d'emploi  | _____ A _____ M _____ J _____ |
|   | N° de contrat                                   | Date d'admissibilité   | _____ A _____ M _____ J _____ |
|   | N° de compte/division                           | Province de travail du participant de régime                                     |                               |
|   | N° de classe                                    | Heures normales _____ heures / semaine   |                               |
|   | N° de certificat du participant (si disponible) | Salaire annuel _____ \$  |                               |
|   | Occupation / titre                              | Statut<br><input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Temporaire |                               |
| Je confirme que les renseignements de la section A sont complets et exacts. |   |  |                               |
| Signature de l'administrateur de régime _____                               |   | Date   | _____ A _____ M _____ J _____ |

### SECTION B – RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT DE RÉGIME

|  |   |   |  |   |   |
|--|---|---|--|---|---|
| La présente section doit être remplie par le <u>participant</u> du régime. | Prénom  | Date de naissance   | _____ A _____ M _____ J _____                                | Adresse<br>No _____ Apt. _____<br>Rue _____<br>Ville _____ Prov. _____<br>Code postal _____ |   |
|  | Nom   | Sexe  | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F     |   |   |
|  | Téléphone domicile  | Téléphone cellulaire  |  |   |   |
|  | Langue  | <input type="checkbox"/> Français<br><input type="checkbox"/> Anglais |  |   |   |
|  | Avez-vous un <b>conjoint</b> (époux, conjoint de fait ou conjoint en union civile)?                                       |   | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |   | Si vous avez répondu OUI à l'une de ces questions, <u>vous devez compléter la section C.</u>                                      |
|  | Avez-vous des <b>enfants</b> admissibles (enfants de -21 ans, étudiants à temps plein de 21 à 25 ans, adultes invalides)? |   | <input type="checkbox"/> Oui<br><input type="checkbox"/> Non |   | L'assurance vie des personnes à charge est <u>obligatoire</u> si vous avez un(e) conjoint(e) ou des enfants à charge admissibles. |

### SECTION C – PERSONNES À CHARGE

| Prénom            | Nom de famille | Sexe   | Date de naissance             | Statut  |
|-------------------|----------------|--|-------------------------------|---|
| <b>Conjoint :</b> |                |  |                               |   |
|                   |                | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | _____ A _____ M _____ J _____ | <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Union civile<br><input type="checkbox"/> Conjoint de fait<br>Date de début de la cohabitation :<br>_____ A _____ M _____ J _____        |
| <b>Enfants :</b>  |                |  |                               |   |
|                   |                | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | _____ A _____ M _____ J _____ | Si âgé de 21 ans ou plus, préciser :<br>Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
|                   |                | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | _____ A _____ M _____ J _____ | Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
|                   |                | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | _____ A _____ M _____ J _____ | Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |
|                   |                | <input type="checkbox"/> M<br><input type="checkbox"/> F | _____ A _____ M _____ J _____ | Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non<br>Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non   |

Vous DEVEZ inscrire vos personnes à charge admissibles au minimum pour l'assurance vie des personnes à charge.

**SECTION D – Désignation de bénéficiaires****IMPORTANT : NE PAS RATURER NI PARAPHER L'INFORMATION INSCRITE DANS CETTE SECTION**

| La présente section doit être remplie par le <u>participant</u> du régime. | Prénom                         | Nom de famille | Part en % | Date de naissance | Désignation *  | Lien avec l'adhérent |  |
|--|--------------------------------|----------------|-----------|-------------------|--|----------------------|--|
|  | <b>Bénéficiaire primaire :</b> |                |           |                   |  |                      |  |
|  |                                |                | %         | A M J             | <input type="checkbox"/> Révocable<br><input type="checkbox"/> Irrévocable |                      |  |
|  |                                |                | %         | A M J             | <input type="checkbox"/> Révocable<br><input type="checkbox"/> Irrévocable |                      |  |
|  |                                |                | %         | A M J             | <input type="checkbox"/> Révocable<br><input type="checkbox"/> Irrévocable |                      |  |
|  |                                |                | %         | A M J             | <input type="checkbox"/> Révocable<br><input type="checkbox"/> Irrévocable |                      |  |

Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Le participant est responsable de la validité des informations et désignations des bénéficiaires.

\* Note : Au Québec, à moins d'indication contraire, si vous désignez votre époux/épouse comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable.

Au Québec, tout montant à être payé à un bénéficiaire au moment où il/elle est mineur(e) sera payé pour son compte au(x) parent(s) ou au tuteur légal de ce bénéficiaire.

**SECTION E – PROTECTIONS MALADIE COMPLÉMENTAIRE ET SOINS DENTAIRES**

|  |   |
|--|---|
| La présente section doit être remplie par le <u>participant</u> du régime. | <b>Veillez cocher la case de votre choix de protection maladie complémentaire (incluant la couverture médicaments) :</b>  |
|  | Statut : <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Je renonce à la protection*   |
|  | <b>Veillez cocher la case de votre choix de protection soins dentaires (si applicable) :</b>  |
|  | Statut : <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Familial <input type="checkbox"/> Je renonce à la protection*   |
|  | * Note : Les participants admissibles qui résident au Québec doivent obligatoirement adhérer à la protection maladie complémentaire et soins dentaires. Les participants admissibles peuvent renoncer à ces protections s'ils sont couverts par un autre régime privé (régime du conjoint, régime d'ordre professionnel, etc.). Les participants qui renoncent doivent compléter la section F-Coordination des prestations. |

**SECTION F – COORDINATION DES PRESTATIONS ET/OU RENONCIATION AUX PROTECTIONS**

|   |  |                                  |                              |
|---|--|----------------------------------|------------------------------|
| La présente section doit être remplie par le <u>participant</u> du régime.<br><br>À remplir uniquement si le participant a un conjoint. | Votre conjoint bénéficie-t-il d'une assurance maladie complémentaire sous son propre régime ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non    |                                  |                              |
|   | Si oui, quel est son statut de protections : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Familial |                                  |                              |
|   | Votre conjoint bénéficie-t-il d'une assurance soins dentaires sous son propre régime ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non           |                                  |                              |
|   | Si oui, quel est son statut de protections : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparental <input type="checkbox"/> Familial |                                  |                              |
|   | Assureur / Administrateur du régime d'assurance du conjoint  | N° du régime/contrat du conjoint | N° de certificat du conjoint |

**SECTION G – Déclaration et autorisation du participant**

|  |   |
|--|---|
| La présente section doit être remplie par le <u>participant</u> du régime. | <p>Par la présente, J'ATTESTE que l'information contenue dans ce formulaire est véridique et complète et j'adhère aux protections indiquées ci-haut ainsi qu'aux protections à participation obligatoire qui sont comprises dans le régime d'assurance collective et d'avantages sociaux offerts par mon employeur.</p> <p>Je CONSENS à ce qu'une photocopie, une télécopie ou une version électronique de la présente déclaration et autorisation ait la même validité que l'original.</p> <p>J'autorise mon employeur, Strategys – Administrateur en avantages sociaux, La Mutuelle Strategys, tout assureur, réassureur, clinique médicale, professionnel de la santé, pharmacien, professionnel santé, administrateur, organisme lié à Strategys ou à la Mutuelle Strategys, adjudicateur ou fournisseur de service à recueillir ou à échanger mes renseignements personnels et ceux de mes personnes à charge pour des fins d'administration du régime, pour la gestion des réclamations, pour gérer mon dossier de santé et pour bénéficier des avantages liés au contrat d'assurance collective et d'avantages sociaux souscrits par mon employeur ou mon association.</p> |
|  | <p>Signature du participant : _____</p> <p>Date : A M J</p>   |