

Retourner le formulaire original au :

CCMC
835 Montée Masson, bureau 103
Terrebonne, Qc
J6W 2C7

À REMPLIR ET À SIGNER PAR L'ADMINISTRATEUR (Écrire à l'encre et en caractères d'imprimerie.)

Nom du titulaire de police _____ N° de police _____
(employeur/organisation)

N° de compte _____ N° de catégorie _____ N° de certificat _____

N° ou nom d'emplacement (s'il y a lieu) _____ N° de certificat donné par l'assureur

Emploi du participant _____

Date d'emploi

A	M	J

 Date d'admissibilité

A	M	J

 Date de réembauche à temps plein

A	M	J

en cas de remise en vigueur

Si vous n'appliquez pas la période d'attente, expliquez pourquoi : _____

Salaire _____ \$ Annuel Aux 2 semaines Horaire – heures travaillées/semaine _____
 Mensuel Bimensuel Hebdomadaire

Signature de l'administrateur _____ Date

A	M	J

Courriel de l'administrateur _____ N° de tél. _____

À REMPLIR ET À SIGNER PAR LE PARTICIPANT (Écrire à l'encre et en caractères d'imprimerie.)

1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Nom _____ Prénom _____

Adresse _____ Code postal _____
N° Rue App. Ville Province

Date de naissance

A	M	J

 Sexe : Masculin Féminin Langue : Français Anglais

Dépôt direct du remboursement de vos frais médicaux et dentaires et notification* du traitement de vos demandes de règlement

Informations bancaires pour le dépôt direct :

n° succursale	n° institution	n° compte



- 1 Numéro du chèque (n'inscrivez pas ce numéro).
- 2 Numéro de la succursale (5 chiffres).
- 3 Numéro de l'institution financière (3 chiffres).
- 4 Numéro de compte. Le format peut varier selon l'institution financière. Indiquez tous les chiffres et seulement les chiffres.

Courriel pour la notification* : _____

Personnel Travail

Je ne veux pas être notifié

* Nous considérerons que vous ne voulez pas être notifié si vous ne fournissez pas vos informations bancaires ou votre adresse courriel ou si vous cochez « Je ne veux pas être notifié ».

N. B. : Vous pouvez visualiser le statut et le détail de vos demandes de règlement de frais médicaux et dentaires dans l'Espace client, notre site Web sécurisé, en tout temps.

Veillez remplir les 4 pages de ce formulaire et signer la section « DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT ».

IMPORTANT : L'assurance vie de base des personnes à charge sera automatiquement appliquée, dans la mesure où cette garantie est prévue à votre régime et que vos personnes à charge (conjoint et enfants) sont admissibles. Cette règle devra être appliquée sans égard à la protection d'assurance maladie et d'assurance soins dentaires choisie (protection individuelle, familiale, monoparentale, couple ou protection refusée).

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT

Nom _____ Prénom _____

Date de naissance

A	M	J

 Sexe : Masculin Féminin

Est-ce que votre conjoint est couvert par un autre régime d'assurance collective pour les soins médicaux et dentaires? Oui Non

Si oui, spécifiez ce qui suit : Protection maladie : Individuelle Familiale Monoparentale Couple

Marié: Oui _____ Non _____ Protection soins dentaires : Individuelle Familiale Monoparentale Couple

Si **Non**, date de cohabitation obligatoire:

Nom de l'assureur _____

N° de police _____ N° de certificat _____

N. B. : Si votre conjoint est un conjoint de fait, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime pour confirmer son admissibilité.

3. RENSEIGNEMENTS SUR LES ENFANTS À CHARGE (Demeurant avec vous ou non. – Si plus d'espace est nécessaire, veuillez utiliser une feuille supplémentaire. Veuillez dater et signer tout document annexé.)

Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance	Si âgé de 21 ans* ou plus, préciser :
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J 	Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J 	Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J 	Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	A M J 	Étudiant à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* L'âge limite peut varier selon votre régime. Pour connaître celui-ci, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime.

Si un de vos enfants à charge est couvert par un régime d'assurance collective autre que le vôtre ou celui de votre conjoint, remplissez le tableau suivant :

Enfant Nom, prénom	Type de régime (ex. : régime scolaire, etc.)	Nom de l'assureur	N° de police

4. CHOIX DE PROTECTION

Protection demandée* : Individuelle Familiale Monoparentale¹ Couple¹

¹ Choisissez cette protection seulement si celle-ci est offerte dans votre régime. Veuillez noter que si la protection Monoparentale ou la protection Couple ne sont pas offertes, votre protection par défaut sera la protection Familiale.

Régime/option/module (s'il y a lieu) _____

*Si vous ou vos personnes à charge **êtes déjà couverts pour les soins médicaux ou dentaires en vertu d'un autre régime d'assurance collective**, vous pouvez refuser ces garanties en cochant les cases appropriées ci-dessous.

Pour moi-même et mes personnes à charge : Je refuse l'assurance maladie Je refuse l'assurance soins dentaires

Pour mes personnes à charge seulement : Je refuse l'assurance maladie Je refuse l'assurance soins dentaires

N. B. : Si vous refusez des garanties et désirez y adhérer plus tard, certaines conditions pourront s'appliquer. Informez-vous auprès de l'administrateur de votre régime.

5. GARANTIES FACULTATIVES

IMPORTANT : Avant de remplir cette section, vérifiez auprès de l'administrateur de votre régime si ces garanties facultatives sont offertes en vertu de votre régime et si vous devez remplir le formulaire *Preuves d'assurabilité* (F54-002).

	Vie*	Décès et mutilation accidentels*	Maladie grave*	Déclaration (à remplir uniquement si vous souhaitez ajouter les garanties facultatives vie et maladie grave.)
Participant	_____ \$	_____ \$	_____ \$	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, de nicotine (gommes, timbres, etc.) ou de marijuana? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjoint	_____ \$	_____ \$	_____ \$	Au cours des 12 derniers mois, est-ce que votre conjoint a fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit, de nicotine (gommes, timbres, etc.) ou de marijuana? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enfant	_____ \$	_____ \$	_____ \$	Chaque enfant bénéficiera de ce montant d'assurance.

*Veuillez indiquer le montant d'assurance à ajouter. Ne pas inclure l'assurance de base.

6. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE (Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, la prestation sera versée à la succession.)

1. Bénéficiaires primaires

Si vous nommez plusieurs bénéficiaires primaires, le total des pourcentages alloués doit être égal ou inférieur à 100 %. Si le pourcentage total est inférieur à 100 %, la différence sera versée à la succession. Veuillez ne pas indiquer de montants en dollars.

Nom	Prénom	Lien	Date de naissance	%
			A M J 	
			A M J 	
			A M J 	

2. Bénéficiaires subsidiaires

Si vous le souhaitez, vous pouvez également nommer des bénéficiaires subsidiaires dans l'éventualité où **tous** vos bénéficiaires primaires décédaient avant vous. Si vous nommez plusieurs bénéficiaires subsidiaires, le total des pourcentages alloués doit être égal ou inférieur à 100 %. Si le pourcentage total est inférieur à 100 %, la différence sera versée à la succession. Veuillez ne pas indiquer de montants en dollars.

Nom	Prénom	Lien	Date de naissance	%
			A M J 	
			A M J 	

IMPORTANT : Pour les résidents du Québec – À remplir si vous avez désigné votre conjoint (mariage ou union civile) comme bénéficiaire.

Au Québec, la désignation du conjoint, à l'exception du conjoint de fait, comme bénéficiaire est irrévocable* à moins que vous ne cochiez la case suivante :

Bénéficiaire révocable

* Pour modifier la désignation d'un bénéficiaire irrévocable, le consentement écrit de ce dernier est requis.

7. DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE (Ne s'applique pas au Québec.)*

Vous pouvez désigner un fiduciaire pour recevoir toute somme payable à un bénéficiaire qui n'a pas atteint l'âge de la majorité.

Nom du fiduciaire _____ Prénom _____

* Au Québec, divers critères peuvent s'appliquer relativement à la désignation d'un fiduciaire. Veuillez consulter un conseiller juridique avant de désigner un fiduciaire.

Veuillez signer la section « DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT » à la prochaine page.

DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT

Par la présente, **J'ADHÈRE** aux garanties auxquelles je suis admissible en vertu du régime d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police, sous réserve de tout refus mentionné et **J'ATTESTE** que, à ma connaissance, l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète.

JE CONFIRME que je suis autorisé à divulguer de l'information concernant mes personnes à charge afin de déterminer leur admissibilité dans la mesure où des garanties les touchent.

Au nom de mes personnes à charge et en mon propre nom, **JE CONSENS** à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à mon employeur ou titulaire de police et à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins de tarification, d'administration, de traitement des demandes de règlement et d'acceptation de ma demande de participation et de celle de mes personnes à charge au sein du régime d'assurance collective de mon employeur ou titulaire de police. De plus, **JE COMPRENDS** que l'information fournie dans le présent formulaire peut être divulguée aux personnes autorisées par les lois qui s'appliquent au Canada et à l'étranger.

Si mon numéro d'assurance sociale tient lieu de numéro de certificat, **J'ACCEPTÉ** que celui-ci soit utilisé dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance collective.

J'AUTORISE mon employeur ou titulaire de police à effectuer les retenues sur mon salaire requises par mon régime d'assurance collective.

Si je m'inscris au dépôt direct, **J'AUTORISE** l'Industrielle Alliance à déposer dans mon compte bancaire, en utilisant les informations bancaires que j'ai fournies à la section 1, tout montant payable à la suite d'une demande de règlement en vertu de mon régime d'assurance collective. **JE CONSENS** à ce que cette autorisation demeure en vigueur jusqu'à ce qu'un avis contraire écrit de ma part soit transmis à l'Industrielle Alliance. **JE COMPRENDS** que l'Industrielle Alliance ne sera liée par aucune autre obligation quant aux prestations versées. **JE COMPRENDS** également que l'Industrielle Alliance peut, sans aucun préavis, mettre fin au dépôt direct des prestations. La présente autorisation prend effet à la date indiquée ci-dessous et est valable pour tout autre compte bancaire actif à cette institution financière ou à toute autre institution financière que je pourrais désigner à l'avenir.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente déclaration et autorisation possède la même validité que l'original.

Signature du participant _____ Date

A	M	J

AVIS DE DIVULGATION

À l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., les renseignements personnels que nous recueillons vous concernant ou concernant vos personnes à charge sont conservés de façon confidentielle et sont utilisés uniquement aux fins pour lesquelles ils ont été fournis. Votre dossier personnel est conservé aux bureaux de l'Industrielle Alliance.

Vous avez le droit de consulter votre dossier personnel et, si nécessaire, de corriger toute information erronée. Vous devez alors envoyer une demande écrite à l'adresse suivante : Industrielle Alliance, responsable de l'accès à l'information, 1080, Grande Allée Ouest, C. P. 1907, succursale Terminus, Québec (Québec) G1K 7M3.

L'accès à votre dossier personnel n'est donné qu'aux employés de l'Industrielle Alliance, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services dans la cadre de leurs fonctions ainsi qu'aux personnes que vous autorisez et à celles autorisées par la loi.

À des fins de vérification et pour des rapports administratifs, l'Industrielle Alliance peut fournir à votre employeur ou titulaire de police des statistiques financières ne contenant aucune information nominative.