

LE REFUS - LA RENONCIATION À CERTAINS AVANTAGES

J'ai pris connaissance du régime d'assurance collective qui m'est offert et je le comprends. Cependant, dans la mesure où les dispositions du régime le permettent, je renonce à participer à ce qui suit :

l'assurance dentaire l'assurance maladie complémentaire (peut inclure la vision en vertu de certains régimes) autre (préciser) _____

pour moi-même/ou les personnes à ma charge _____

RAISON DU REFUS

Une protection comparable n'est fournie et/ou est fournie aux personnes qui sont à ma charge par le régime de mon conjoint.

Le nom de la compagnie d'assurance _____ Numéro de la police _____ Numéro de certificat _____

Je comprends que si, à une date ultérieure, je désire obtenir la protection de l'assurance complémentaire à laquelle je renonce par la présente, je devrai fournir à mes frais, ma preuve d'assurabilité et celle des personnes qui sont à ma charge pour lesquelles une demande de protection est présentée. Cependant, si j'ai refusé l'assurance santé/dentaire à cause de l'autre régime collectif, une telle preuve d'assurabilité ne sera pas exigée, pourvu que l'autre régime de protection ait pris fin et pourvu que je fasse la demande d'assurance santé dans les 31 jours suivant la fin de l'autre régime de protection.

Date _____ Signature de l'employé _____

LA DÉCLARATION DE CONJOINT DE FAIT

Les conjoints de fait et leurs enfants peuvent être éligibles après une période de cohabitation minimale telle qu'indiquée à votre police collective. J'affirme par la présente que j'habite avec _____ depuis _____ et affirme que nous sommes conjoints.

NOTE : seuls les enfants de votre conjoint de fait, qui résident avec vous sont des personnes à charge admissibles en vertu du régime.

Date _____ Signature de l'employé _____

Si les dispositions du régime le permettent, je désire faire une demande :

D'assurance-vie facultative pour un montant de \$ _____ (Les formulaires portant sur la santé doivent être inclus)

L'assurance-vie facultative entre conjoints \$ _____ (Les formulaires portant sur la santé doivent être inclus)

DÉTACHER POUR LES RAPPORTS D'EMPLOYEURS

NOM D'EMPLOYEUR _____

LE NOM D'EMPLOYÉ _____

LE NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE _____

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR _____

LA CARTE D'INSCRIPTION D'ASSURANCE COLLECTIVE

L'avantage planifié administré par
D.A. TOWNLEY & ASSOCIATES LTD.

RÉSERVÉ À L'USAGE DU BUREAU

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	INITIALE
LE NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE		DATE DE NAISSANCE	
		ANNÉE / MOIS / JOUR	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME <input type="checkbox"/> MLLE	PROVINCE	SEXE	
		<input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME	
DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE			
NOM DE FAMILLE		PRÉNOM	INITIALES DU SECOND PRÉNOM
		LIEN AVEC LE PARTICIPANT	

RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX PERSONNES À CHARGE

NOM	PRÉNOM	LIEN AVEC LA SALARIÉ	DATE DE NAISSANCE	ÉTUDIANT
			ANNÉE / MOIS / JOUR	O/N
01	CONJOINT			
02	ENFANT			
03	ENFANT			
04	ENFANT			
05	ENFANT			

COORDINATION DES PRESTATIONS

VOTRE CONJOINT ET (OU) VOS ENFANTS BÉNÉFICIENT-ILS D'UNE PROTECTION EN VERTU D'UN AUTRE RÉGIME D'ASSURANCES COLLECTIVE?

MALADIE OUI NON SONS DENTAIRES OUI NON

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCES COLLECTIVE DE VOTRE CONJOINT _____ N° DE POLICE _____

Si vous ajoutez des enfants âgés de plus de 19 ans, indiquez l'école qu'ils fréquentent à temps plein.

AFIN DE PROTÉGER VOTRE VIE PRIVÉE ET AFIN DE CONFIRMER VOTRE IDENTITÉ LORSQUE VOUS APPELEZ L'ADMINISTRATEUR, VEUILLEZ NOUS FOURNIR UN FAIT OU UNE QUESTION PERSONNELLE DONT VOUS SEUL CONNAISSEZ LA RÉPONSE. PAR EXEMPLE, LE NOM DE JEUNE FILLE DE VOTRE MÈRE, VOTRE LIEU DE NAISSANCE, ETC.

QUESTION : _____ RÉPONSE : _____

J'AUTORISE L'UTILISATION DE MON NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE POUR LES FINS D'IDENTIFICATION. JE COMPRENDS QUE D.A. TOWNLEY & ASSOCIATES LTD. RECUEILLE LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS POUR DÉTERMINER L'ADMISSIBILITÉ AUX PRESTATIONS; POUR ÉTABLIR ET VERSER LE MONTANT DE LA PRESTATION, POUR DÉTERMINER LE COUT ET FAIRE LA GESTION DES PRESTATIONS, AINSI QUE POUR RÉPONDRE AUX EXIGENCES CONTRACTUELLES ET RÉGLEMENTAIRES SE RAPPORTANT AUX DITES PRESTATIONS AINSI QU'AUX SERVICES CONNEXES. JE PERMETS LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS AU PRÉSENT FORMULAIRE OU À TOUT DOCUMENT QUI Y EST JOINT AFIN DE DÉTERMINER MON ADMISSIBILITÉ À UNE PRESTATION ET POUR FINS D'ANALYSE STATISTIQUE.

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR Signature de l'employé

NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE COLLECTIVE (EMPLOYEUR) :		SIGNATURE AUTORISÉE :		Date _____	
LA DATE DE L'EMPLOYÉ EMPLOI	NOUVEL OU RÉEMBAUCHÉ <input type="checkbox"/>	DIVISION/CATÉGORIE	RÉMUNÉRATION	HEURE MOIS ANNÉE <input type="checkbox"/>	LES HEURES ONT TRAVAILLÉ PAR LA SEMAINE

LA DATE DE CONCLUSION D'EMPLOI _____
 COMPLÉTER ET RETOURNER À L'ADMINISTRATEUR QUAND L'EMPLOI EST TERMINÉ

D.A. TOWNLEY & ASSOCIATES LTD.
 101 - 4190 LOUGHEED HIGHWAY
 BURNABY, B.C. V5C 6A8
 www.datownley.com