

RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE DU SECTEUR DES END – RÉGIME DES EMPLOYÉS ACTIFS

DEMANDE D'ADHÉSION ET DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES

Veillez remplir à l'encre et écrire lisiblement. Ce formulaire a deux faces – veuillez voir au verso. Veuillez fournir tous les renseignements et vérifier que vous avez bien signé et daté ce formulaire.

REMARQUE : Ce formulaire concerne UNIQUEMENT les prestations des employés actifs et ne constitue pas une mise à jour des bénéficiaires de votre Régime de retraite ou du Régime de prestations pour retraités.

CARTE MODIFIÉE – COCHEZ ICI

RÉSERVÉ À L'USAGE ADMINISTRATIF

Page 1 de 2

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT(E)

NOM: NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	INITIALES	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
ADRESSE (No et rue)	VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	GENRE <input type="checkbox"/> MASC. <input type="checkbox"/> AUTRE GENREE <input type="checkbox"/> FÉM. <input type="checkbox"/> PRÉFÈRE NE PAS RÉPONDRE	DATE DE NAISSANCE (J, M, A)	AFFILIATION SYNDICALE ET No DE SECTION LOCALE
ADRESSE COURRIEL <input type="checkbox"/> Je certifie par la présente que je donne l'autorisation de me contacter par courrier électronique dans le cadre du Régime de prestations.	EMPLOYEUR	DATE DE MARIAGE (jour, mois, année)	

DÉCLARATION DE SITUATION MATRIMONIALE – Consultez la définition de conjoint(e) admissible au verso.

Je certifie par la présente avoir pris connaissance de la définition de « Conjoint(e) » et que, à la date de la présente déclaration, mon/ma conjoint(e) est la personne suivante :

NOM DU/DE LA CONJOINT(E) (Nom de famille, prénoms et initiales)	GENRE (Masc./Fém.)	DATE DE NAISSANCE (jour, mois, année)	DATE DE MARIAGE (jour, mois, année)	UNION DE FAIT* DATE DE DÉBUT (jour, mois, année)
--	-----------------------	--	--	---

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE (Autre que le/la conjoint[e]) – Énumérez toutes les personnes à charge admissibles, autres que votre Conjoint(e), en commençant par l'aîné(e) : Si vous avez des enfants de plus de 21 ans, indiquez l'établissement scolaire qu'ils fréquentent à plein temps.

NOM (Nom de famille, prénoms et initiales)	LIEN DE PARENTÉ (Fils/Fille)	DATE DE NAISSANCE (jour, mois, année)	ÉTUDIANT(E) À PLEIN TEMPS (Oui/Non) et nom de l'établissement scolaire, s'il/elle a plus de 21 ans

COORDINATION DES PRESTATIONS

Êtes-vous couvert(e) par un autre régime de prestations (c.-à-d. celui de votre Conjoint[e])? OUI NON Si OUI, indiquez les prestations couvertes : _____ No de police _____ Compagnie d'assurance _____

DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES DE L'ASSURANCE VIE COLLECTIVE

Je désigne la (les) personne(s)* suivante(s) comme bénéficiaire(s) révocable(s) de mon assurance vie collective, si elle(s) est (sont) encore en vie ou, dans le cas contraire, ma succession*; je révoque en outre toute désignation que j'aurais faite antérieurement.

* S'il n'y a pas de bénéficiaire désigné(e), indiquez la succession.

NOM (Nom de famille, prénoms et initiales)	LIEN DE PARENTÉ
	%
	%
Si le/la bénéficiaire est un(e) mineur(e), indiquez le nom du tuteur adulte ici >	

DEMANDE D'ADHÉSION

Par la présente, je soussigné(e)

- demande à être affilié(e) au Régime d'Assurance-maladie du secteur des END - Régime des employés actifs
- certifie que les renseignements fournis dans ce formulaire sont corrects,
- consent à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels par le conseil d'administration du Régime (ou son mandataire autorisé) dans le but d'administrer le Régime et les avantages pouvant être conférés aux Adhérents dans ce cadre,
- accepte d'être lié(e) par l'ensemble des modalités et conditions du Régime,
- conviens d'informer rapidement l'Administrateur du Régime de tout changement concernant la situation d'un(e) Conjoint(e), d'une Personne à charge ou d'un(e) bénéficiaire,**
- j'accepte d'être responsable de toute prestation versée à tort, au cas où je n'aurais pas informé l'Administrateur du Régime de tout changement de situation d'un(e) Conjoint(e), d'une Personne à charge ou d'un(e) bénéficiaire,
- je comprends que le fait de remplir le présent formulaire ne donne pas en soi droit à des prestations - la conformité aux règles doit être respectée pour bénéficier de ses avantages du Régime.
- je comprends que l'Administrateur du Régime n'a pas la responsabilité de contrôler les actions d'un fiduciaire désigné au nom d'un(e) bénéficiaire mineur(e), et**
- j'atteste avoir pris connaissance des informations fournies au verso du présent formulaire.**

*Pour ajouter un(e) Conjoint(e) de fait à votre couverture de prestations, vous devez remplir le formulaire de déclaration de conjoint de fait - voir l'Administrateur.

SIGNATURE DE L'ADHÉRENT(E)

DATE

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'ADHÉRENT(E)				
NOM	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	INITIALES	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
<p>DÉFINITION DE « CONJOINT(E) » – si vous indiquez un(e) Conjoint(e) au verso (page 1), à la rubrique DÉCLARATION DE SITUATION MATRIMONIALE, celui/celle-ci doit répondre à la définition suivante :</p> <p><i>Le Régime d'assurance maladie du secteur des END - Régime de employés actifs définit le terme « Conjoint(e) » comme suit :</i></p> <p><i>« Le/la conjoint(e) légal(e) de l'employé(e) ou, en l'absence de conjoint(e)légal(e), le/la Conjoint(e) de fait de l'employé(e). Le/la Conjoint(e) de fait est la personne avec laquelle l'employé(e) vit sous le même toit, et cet état de fait doit être reconnu comme une relation conjugale au sein de la communauté où le couple réside. Une seule personne peut être considérée comme le/la Conjoint(e) à un moment donné. Les conjoints de fait doivent satisfaire à la règle de cohabitation minimale du Régime.</i></p>				
PERSONNES À CHARGE DE FAIT				
<p><i>Les conjoints de fait et leurs enfants peuvent être admissibles moyennant une période de cohabitation minimale, telle qu'indiquée dans votre police collective. REMARQUE : Seuls les enfants de votre conjoint(e) de fait résidant avec vous sont considérés comme des Personnes à charge admissibles. Pour ajouter un(e) conjoint(e) de fait à votre couverture de prestations, vous devez remplir un formulaire de déclaration de conjoint de fait - voir l'Administrateur.</i></p>				
COLLECTE, UTILISATION ET DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS				
<p><i>La collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels d'une personne par le conseil d'Administration du Régime (ou son mandataire autorisé, y compris l'Administrateur du Régime) durant sa participation au Régime ont pour but d'administrer le Régime et les avantages conférés aux Adhérents dans ce cadre. La collecte, l'utilisation et la divulgation de renseignements personnels sur les Adhérents individuels du Régime seront effectuées de façon raisonnable. En outre, des mesures de sécurité raisonnables seront prises pour empêcher tout accès, collecte, utilisation, divulgation, copie, modification ou élimination non autorisés de renseignements personnels concernant les Adhérents au Régime.</i></p>				
QUESTION CONFIDENTIELLE				
<p>Afin de vérifier votre identité lorsque vous appelez l'Administrateur du Régime, veuillez indiquer une information ou une question personnelle et fournir une réponse que vous seul(e) pouvez donner (nom de jeune fille de la mère, lieu de naissance, etc.) :</p>				
<p>Question : _____</p>				
<p>Réponse : _____</p>				

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE REMPLI À L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME

D.A. Townley

4250 Canada Way

Burnaby BC V5G 4W6

Téléphone : (604) 299-7482 Télécopie : (604) 299-8136

Sans frais 1 866 366-1356

www.datownley.com www.ndtbenefits.org