

**DETACHER POUR LES RAPPORTS D'EMPLOYEURS**

NOM D'EMPLOYEUR \_\_\_\_\_

LE NOM  
D'EMPLOYE \_\_\_\_\_

LE NUMERO  
D'ASSURANCE SOCIALE \_\_\_\_\_

DATE D'ENTREE EN VIGUEUR \_\_\_\_\_

**AVIS DE CONCLUSION**

LA DATE DE CONCLUSION D'EMPLOI \_\_\_\_\_  
COMPLETER ET RETOURNER A L'ADMINISTRATEUR  
QUAND L'EMPLOI EST TERMINE

**D.A. Townley**

4250 CANADA WAY  
BURNABY, BC V5G 4W6  
www.datownley.com



JAN/15

LA CARTE D'INSCRIPTION  
D'ASSURANCE COLLECTIVE  2000 210

L'avantage planifié administré par

**D.A. Townley**

RESERVE A L'USAGE DU BUREAU

**RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYE**

NOM DE FAMILLE		PRENOM	INITIALE
LE NUMERO D'ASSURANCE SOCIALE		DATE DE NAISSANCE	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> MME <input type="checkbox"/> MLLE		PROVINCE	SEXE <input type="checkbox"/> HOMME <input type="checkbox"/> FEMME
DESIGNATION DE BENEFICIAIRE			
NOM DE FAMILLE	PRENOM	INITIALES DU SECOND PRENOM	LIEN AVEC LE PARTICIPANT

**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX PERSONNES A CHARGE**

NOM	PRENOM	LIEN AVEC LA SALARIE	DATE DE NAISSANCE ANNEE / MOIS / JOUR	ÉTUDIANT O/N
01 CONJOINT				
02 ENFANT				
03 ENFANT				
04 ENFANT				
05 ENFANT				

**COORDINATION DES PRESTATIONS**

VOTRE CONJOINT ET (OU) VOS ENFANTS BENEFICIENT-ILS D'UNE PROTECTION EN VERTU D'UN AUTRE REGIME 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 PROTEGER VOTRE VIE PRIVEE ET AFIN DE CONFIRMER VOTRE IDENTITE LORSQUE VOUS APPELEZ L'ADMINISTRATEUR, VEUILLEZ NOUS FOURNIR UN FAIT OU UNE QUESTION PERSONNELLE DONT VOUS SEUL CONNAISSEZ LA REPONSE. PAR EXEMPLE, LE NOM DE JEUNE FILLE DE VOTRE MERE, VOTRE LIEU DE NAISSANCE, ETC.**

QUESTION :

REPONSE :

J'AUTORISE L'UTILISATION DE MON NUMERO D'ASSURANCE SOCIALE POUR LES FINS D'IDENTIFICATION. JE COMPRENDS QUE D.A. TOWNLEY RECUEILLE LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS POUR DETERMINER L'ADMISSIBILITE AUX PRESTATIONS; POUR ETABLIR ET VERSER LE MONTANT DE LA PRESTATION, POUR DETERMINER LE COUT ET FAIRE LA GESTION DES PRESTATIONS, AINSI QUE POUR REpondre AUX EXIGENCES CONTRACTUELLES ET REGLEMENTAIRES SE RAPPORTANT AUXDITES PRESTATIONS AINSI QU'AUX SERVICES CONNEXES. JE PERMETS LA DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS FOURNIS AU PRESENT FORMULAIRE OU A TOUT DOCUMENT QUI Y EST JOINT AFIN DE DETERMINER MON ADMISSIBILITE A UNE PRESTATION ET POUR FINS D'ANALYSE STATISTIQUE.

**DECLARATION DE L'EMPLOYEUR** Signature de l'employé \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

NOM DU TITULAIRE DE LA POLICE COLLECTIVE (EMPLOYEUR) :		SIGNATURE AUTORISEE :		
LA DATE DE L'EMPLOYE EMPLOI	NOUVEL OU REEMBAUCHE <input type="checkbox"/>	DIVISION/CATEGORIE	REMUNERATION <input type="checkbox"/> HEURE <input type="checkbox"/> MOIS <input type="checkbox"/> ANNEE	LES HEURES ONT TRAVAILLE PAR LA SEMAINE

JAN/15

## LE REFUS - LA RENONCIATION A 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 m'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 DECLARATION 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)