



Division assurances collectives
200, rue Main, bureau 400, Winnipeg, MB R3C 1A8

Régimes Collectifs Fiche d'adhésion – Demande d'adhésion obligatoire

Veillez indiquer: Nouvel employé Rétablissement

A. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYE(E)			Écrire en lettres moulées ou dactylographier			N° de police .					
Nom de famille		Prénom		Initiales		Date de naissance			Sexe		
						Année	Mois	Jour	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Féminin	
Adresse du domicile						État matrimonial					
Ville		Province		Code postal		<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Veuf(ve)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Cojoint(e) de fait	<input type="checkbox"/> Séparé(e)

B. RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Indiquez ci-dessous les personnes à charge
(Si vous ne souhaitez pas adhérer aux assurances, veuillez remplir la Partie C – Renonciation aux assurances)

	Nom de famille	Prénom	Initiales	Sexe	Date de naissance			*Autre régime d'assurance	
					année /	mois /	jour	Assurance-maladie	Assurance Soins dentaires
Conjoint(e)									
1 ^{er} enfant									
2 ^e enfant									
3 ^e enfant									
4 ^e enfant									
5 ^e enfant									

*Autre régime d'assurance: Coordination des prestations

Si les membres de votre famille sont assurés par un autre régime d'assurance similaire, les prestations seront coordonnées avec celles des autres régimes. Les demandes de règlement seront coordonnées conformément aux directives en vigueur dans l'industrie de manière que les remboursements accordés ne dépassent pas le total des frais admissibles.

Vous devez déclarer le nom de tout autre assureur en remplissant les colonnes sous la rubrique « Autre régime d'assurance » dans le cas de personnes à charge assurées en vertu d'un autre régime d'assurance.

Si votre conjoint(e) est inscrit(e) à un autre régime d'assurance, indiquez un S [le régime d'assurance de Wawanesa est considéré comme une assurance d'excédent dans le cas de votre conjoint(e)] dans la colonne intitulée « Autre régime d'assurance ».

En ce qui concerne les enfants à charge admissibles, mettez un S si votre date de naissance vient après celle de votre conjoint pendant l'année en cours. (par ex. : Si votre date de naissance est en juin et celle de votre conjoint(e) en mars, mettez un S dans la colonne intitulée « Autre régime d'assurance ».) En l'occurrence, le régime de votre conjoint(e) est considéré comme l'assurance en première ligne.

En cas de divorce ou de séparation, si vous avez la garde d'un enfant à charge, le régime d'assurance de Wawanesa sera considéré comme l'assurance en première ligne. Si vous n'avez pas la garde et que cet enfant est assuré par un autre régime, mettez un S dans la colonne intitulée « Autre régime d'assurance ». (Le régime d'assurance du parent ayant la charge de l'enfant sera considéré comme étant le régime d'assurance en première ligne.)

C. RENONCIATION AUX ASSURANCES

On m'a donné l'occasion d'adhérer au régime d'assurance collective de l'entreprise et on m'a expliqué les garanties offertes en vertu du présent régime. Toutefois, je **renonce** aux garanties indiquées ci-dessous :

Je renonce à l'assurance- maladie complémentaire pour :

moi-même et mes personnes à charge

mes personnes à charge UNIQUEMENT

Je renonce à l'assurance- soins dentaires pour :

moi-même et mes personnes à charge

mes personnes à charge UNIQUEMENT

Note : Vous ne pouvez renoncer aux garanties indiquées ci-dessus que si vous ou vos personnes à charge êtes couverts aux termes d'un autre régime d'assurance collective similaire par l'entremise de l'employeur de votre conjoint.

Nom de l'assureur de votre conjoint : _____ Régime n° : _____

Si vous cessez d'être couvert par le régime de votre conjoint, vous **devrez** présenter une demande de protection en vertu du présent régime dans les 31 jours suivant la cessation de votre couverture. Passé ce délai, vous devrez fournir une preuve d'assurabilité pour être couvert et les prestations versées en vertu de votre assurance-soins dentaires seront limitées

D. RESEIGNEMENTS FOURNIS PAR LE TITULAIRE DE POLICE

Date d'entrée en fonction			Nom du titulaire d'assurance collective			Numéro de la division			Classe		
Année	Mois	Jour									
Date d'entrée en vigueur			Poste de l'employé			Nombre d'heures travaillées par semaine			Rémunération		
Année	Mois	Jour									
									\$	<input type="checkbox"/> horaire	<input type="checkbox"/> hebdomadaire
										<input type="checkbox"/> mensuelle	<input type="checkbox"/> annuelle

N° de police _____ Nom de l'employé(e) : _____
Nom de famille Prénom
E. DESIGNATION DU BENEFICIAIRE (l'employé(e) se réserve le droit de changer le bénéficiaire)

Nom du bénéficiaire ou plusieurs, s'il y en a plus d'un.	% alloué	Liens de parenté du bénéficiaire avec l'employé(e)
_____	_____	_____
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiales _____	_____	_____
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiales _____	_____	_____
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiales _____	_____	_____
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiales _____	_____	_____
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiales _____	_____	_____

Veillez noter que la désignation du bénéficiaire est l'une des décisions les plus importantes que vous prendrez à l'égard de ce régime d'assurance collective. Il importe que votre désignation de bénéficiaire reflète clairement vos intentions au sujet de la personne qui touchera vos prestations de décès.

Si votre bénéficiaire est un mineur, le produit de l'assurance ne pourra lui être versé directement. Afin d'éviter des problèmes avec le règlement de la demande, il faut nommer un fiduciaire dans le cas d'enfants mineurs.

Lorsqu'on aura alloué des pourcentages à chaque bénéficiaire, seuls ces montants seront versés à chacun d'eux. Si l'un des bénéficiaires décède avant vous, sa part sera versée à vos ayants droit.

NOTA : Il ne faut désigner un fiduciaire QUE SI le bénéficiaire est un mineur.

Designations du fiduciaire : Je désigne, par les présentes, _____
Nom Lien
 comme fiduciaire qui recevra des versements au nom de _____, bénéficiaire que j'ai désigné ci-dessus durant sa minorité.

F. CONSENTEMENT, DIVULGATION, AUTORISATION ET RECONNAISSANCE
Consentement à la divulgation de renseignements personnels

J'accorde le droit à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life de recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels pour les raisons suivantes : établir et maintenir la communication avec vous, assurer des risques de façon prudente, faire des enquêtes et régler les demandes de remboursement, détecter et prévenir les actes frauduleux, offrir des produits et des services qui répondent à mes besoins et compiler les statistiques et agir conformément à la loi.

Je reconnais qu'en me fournissant des services à l'avenir et en m'accordant les prestations indiquées dans le régime d'avantages sociaux collectif auquel je souscris, il est possible que la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life soit obligée de recueillir, d'utiliser et de divulguer des renseignements personnels complémentaires sur moi. J'atteste que ce consentement s'applique également à ces renseignements personnels.

J'atteste que j'inscris seulement, en ce moment ou à un moment ultérieur, les personnes à charge qui m'ont autorisé à vous transmettre leurs renseignements personnels et consentent à ce qu'ils soient recueillis, utilisés et divulgués pour les raisons indiquées ci-dessus.

Vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires sur la Politique concernant la protection des renseignements personnels de la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life auprès de leur siège social situé au 200, rue Main, Bureau 400, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8 ou à www.wawanesalife.com.

Autorisation et attestation

Je sou mets par les présentes, ma demande d'adhésion à l'assurance à laquelle je suis ou je pourrais être admissible en vertu du régime d'assurance collective émis par la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life. J'atteste que les renseignements donnés sont exacts et complets.

J'autorise la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life, tout fournisseur de soins de santé, mon gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Wawanesa à échanger les renseignements nécessaires en vue d'évaluer mon admissibilité à l'assurance et d'administrer le régime d'assurance collective.

Date: _____ Signature: _____