

Formulaire de choix – Sélection des avantages sociaux

Veillez écrire lisiblement en lettres moulées et à l'ENCRE, et remplir les deux côtés du formulaire, le signer et inscrire la date. Faites une copie pour vos dossiers.

1. Administrateur du régime			
Numéro du régime :		Numéro de division GWL :	
Administrateur du régime : <input type="checkbox"/> MBC <input type="checkbox"/> BCOQ <input type="checkbox"/> EBFC <input type="checkbox"/> BCOC		Catégorie d'avantages sociaux :	
Employeur :		Identificateur du participant :	
Date d'effet de la protection (aaaa/mm/jj) :		Date d'embauche (aaaa/mm/jj) :	
Province de résidence :		Province d'emploi :	
Emploi :		Salaire : \$ par <input type="checkbox"/> année <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> heure	

2. Renseignements sur le participant		
Nom du participant (prénom, initiale, nom de famille) :		Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse (numéro et nom de la rue, numéro d'appartement ou de bureau) :		
Ville :	Province :	Code postal :
Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	Langue : <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français	
Courriel :		
État civil : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié Situation de famille pour la couverture d'avantages sociaux : <input type="checkbox"/> Participant seulement		
<input type="checkbox"/> Participant + 1 personne à charge <input type="checkbox"/> Participant + 2 personnes à charge ou plus		

Renseignements sur le conjoint			
Remplir cette section.	Nom du conjoint (prénom, nom de famille) :	Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
	Votre conjoint est-il couvert par le régime de soins médicaux ou dentaires de son employeur? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Assureur du conjoint :	Si oui, veuillez indiquer la protection du conjoint : Soins médicaux <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Soins de la vue Soins dentaires <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Individuelle	

Renseignements sur les enfants à charge					
Remplir cette section. Si vous avez plus de trois enfants à charge, veuillez photocopier cette feuille vide pour inclure les renseignements additionnels.	Nom de l'enfant (prénom, nom) :	Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	Sexe :	Étudiant* :	Enfant handicapé plus âgé** :
			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* Un étudiant est un enfant de 22 ans ou plus mais de moins de 25 ans qui étudie à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue par l'ARC, dans la mesure où l'enfant n'est pas marié ou dans une autre union formelle et dépend entièrement de vous pour son soutien.

** Pour inscrire un enfant handicapé plus âgé, communiquez avec l'administrateur du régime dans les 31 jours suivant la date à laquelle l'enfant atteint l'âge limite (22 ans).

3. Renonciation à la garantie de soins médicaux et de soins dentaires
<p>Vous ne pouvez renoncer à la garantie de soins médicaux et dentaires que si vous et les personnes à votre charge avez une protection similaire (par exemple par le régime du conjoint). Si vous souhaitez renoncer à la garantie de soins médicaux et dentaires du régime <i>Choix</i>, vous pouvez opter pour la renonciation partielle avec accès au compte gestion-santé (CGS) en vertu du régime Feuille orange, sans aucune autre protection de soins médicaux ou dentaires, ou la renonciation complète, sans CGS (à la section 4).</p> <p>Assureur du conjoint : _____ Numéro de régime/police : _____</p> <p>Si vous perdez la protection du régime de votre conjoint, vous devez présenter une demande de protection au programme <i>Choix</i> dans les 31 jours suivant la perte de cette protection. Si vous ne présentez pas votre demande dans le délai de 31 jours, vous et les personnes à votre charge pourriez devoir présenter une preuve d'assurabilité acceptable par l'assureur pour obtenir votre protection. Si vous obtenez cette approbation, la protection pour les soins dentaires pourrait être limitée. Voir l'administrateur du régime pour plus de détails.</p>

4. Avantages flexibles **Choix** – Police n° 156241 de la Canada Vie

Vos choix de prestations resteront en vigueur jusqu'au 1er janvier de la prochaine année d'inscription, laquelle se produit dans années paires (2020, 2022, 2024, etc.).

Choisir *un* régime seulement : régime Feuille verte Renonciation complète, sans CGS
 régime Feuille orange Renonciation partielle, régime Feuille orange avec CGS
 régime Feuille bleue

5. Assurance vie facultative **Choix** – Police n° 156243 de la Canada Vie

Assurance vie facultative du participant – tranches de 10 000 \$ jusqu'à 500 000 \$	Montant demandé :	\$
Assurance vie facultative du conjoint – tranches de 10 000 \$ jusqu'à 500 000 \$	Montant demandé :	\$
Assurance vie facultative des enfants à charge – tranches de 2 000 \$ jusqu'à 20 000 \$	Montant demandé :	\$

Vous devez présenter une preuve d'assurabilité pour tout montant d'assurance vie facultative du participant ou du conjoint dépassant le montant d'assurance que vous avez actuellement. L'administrateur de votre régime vous fera parvenir le formulaire à remplir et à retourner au bureau de la Great-West indiqué. Aucun montant d'assurance supplémentaire faisant l'objet de cette demande ne sera en vigueur avant l'approbation par l'assureur.

6. Assurance facultative décès et mutilation par accident **Choix** – Police n° OE1058101 de la CHUBB

Tranches de 10 000 \$ jusqu'à 250 000 \$	Montant demandé :	\$
--	-------------------	----

Choisir *un* régime seulement : Participant seulement
 Participant + personnes à charge

Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour l'assurance facultative décès et mutilation par accident.

7. Assurance facultative en cas de maladie grave **Choix** – Police n° 156243 de la Canada Vie

Maladie grave du participant – tranches de 5 000 \$ jusqu'à 150 000 \$	Montant demandé :	\$
Maladie grave du conjoint – tranches de 5 000 \$ jusqu'à 150 000 \$	Montant demandé :	\$

Vous devez fournir une preuve d'assurabilité pour les montants d'assurance facultative en cas de maladie grave supérieurs à 25 000 \$. Si vous demandez un montant d'assurance de plus de 25 000 \$, l'administrateur de votre régime vous fera parvenir le formulaire à remplir et à retourner au bureau de la Great West indiqué. Aucun montant d'assurance de plus de 25 000 \$ ne sera en vigueur avant l'approbation par l'assureur.

Protection des renseignements personnels, autorisations et déclarations

Les renseignements personnels recueillis par l'administrateur du régime à votre sujet et au sujet des personnes à votre charge sont conservés dans la plus stricte confidentialité et sont utilisés aux seules fins que vous avez autorisées. Votre dossier personnel est conservé en tout temps dans les bureaux de l'administrateur du régime. Vous avez le droit de demander de consulter votre dossier personnel et, au besoin, de corriger les renseignements inexacts ou d'apporter des modifications aux renseignements actuels, si nécessaire. Pour ce faire, vous devez envoyer une demande écrite à l'administrateur du régime.

L'accès à vos renseignements personnels sera limité à l'administrateur du régime et aux assureurs dans l'exercice de leurs fonctions, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées par la loi. Pour les fins de vérification et de préparation des rapports administratifs, l'administrateur du régime peut communiquer des renseignements statistiques non nominatifs de votre employeur/titulaire de police.

PAR LA PRÉSENTE, je demande mon adhésion aux avantages sociaux auxquels je suis ou peux devenir admissible, sous réserve de toute renonciation indiquée, en vertu du régime d'assurance collective de mon employeur/titulaire de police et je CONFIRME qu'au meilleur de ma connaissance, les renseignements contenus dans ce formulaire sont véridiques et complets.

Si je dois verser des cotisations à l'égard de mes garanties d'assurance collective, j'AUTORISE mon employeur à prélever les déductions requises de mon salaire, le cas échéant, et de remettre ces cotisations à l'assureur applicable.

J'ACCEPTÉ qu'une photocopie de cette confirmation/autorisation ait la même valeur que l'original.

Signature du participant

X

Date (aaaa/mm/jj)

Nom du participant (en lettres moulées S.V.P.)