

FORMULAIRE D'ADHÉSION DU PARTICIPANT OU DE LA PARTICIPANTE À L'ASSURANCE COLLECTIVE

DIRECTIVES

La section 1 doit être remplie par l'administrateur du régime. Toutes les autres sections doivent être remplies par le participant ou la participante.

Pour éviter tout retard, fournir tous les renseignements demandés, puis signer et dater le formulaire.

L'administrateur du régime doit confirmer l'admissibilité du participant ou de la participante avant de remplir le formulaire.

Si l'adhésion n'a pas lieu dans les délais prescrits, la protection peut être limitée ou refusée en fonction de la preuve de bonne santé. Dans le cas d'une adhésion tardive, il faut remplir la Déclaration d'assurabilité (GL1364F) et la joindre à cette demande.

Conserver une copie pour vos dossiers.

1. RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOI

Groupe _____ Compte _____ Catégorie _____ Certificat _____

Nom du groupe _____

Entrée en service _____ Temps plein Temps partiel Sous contrat
JJ/MM/AAAA

Salaire _____ \$ Heures/semaine _____ Horaire Hebdomadaire À la quinzaine Bimensuel Mensuel Annuel

Profession _____ Province de résidence _____ Province de travail _____

Compte de crédits-santé (s'il y a lieu) Montant du dépôt _____ \$

Compte de dépenses personnelles (s'il y a lieu) Montant du dépôt _____ \$

Je confirme que le participant ou la participante travaille effectivement le nombre d'heures minimales indiquées dans la police et réside actuellement au Canada. Je déclare que les renseignements fournis sont complets et exacts.

Signature _____ Date _____
Administrateur du régime JJ/MM/AAAA

Courriel de l'administrateur du régime _____ Téléphone _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT OU LA PARTICIPANTE

Participant ou participante _____
Prénom _____ Initiale _____ Nom de famille _____

Adresse _____
N° et rue _____ Ville _____ Province _____ Code postal _____

Date de naissance _____ Genre H F X Assurance maladie provinciale? Oui Non
JJ/MM/AAAA

État matrimonial Célibataire Marié-e/Union civile *Conjoint-e de fait/Partenaire Début de la cohabitation _____
JJ/MM/AAAA

* Conjoint ou conjointe de fait désigne la personne avec qui vous vivez et que vous considérez comme votre conjoint ou conjointe ou partenaire depuis au moins 12 mois consécutifs, et que vous présentez publiquement comme étant votre conjoint ou conjointe de fait.

Courriel _____

En fournissant votre adresse courriel, vous consentez à sa collecte et à son utilisation par Co-operators Compagnie d'assurance-vie à des fins de gestion de votre accès au portail Clic Avantages^{MD} pour les participants. Si vous ne consentez plus à ce que Co-operators Compagnie d'assurance-vie collecte et utilise votre adresse courriel à ces fins, veuillez nous en informer par écrit à service_client_collective@cooperators.ca.

3. REFUS DES GARANTIES

Vous pouvez renoncer aux garanties maladie complémentaire et soins dentaires si vous et/ou votre conjoint-e/vos personnes à charge bénéficiez d'une protection similaire par l'intermédiaire de l'employeur de votre conjoint-e. Je comprends les garanties collectives qui me sont offertes, mais **je renonce** à ce qui suit :

Garantie maladie complémentaire pour Moi-même et mon-ma conjoint-e/mes personnes à charge Mon-ma conjoint-e/mes personnes à charge uniquement

Garantie soins dentaires pour Moi-même et mon-ma conjoint-e/mes personnes à charge Mon-ma conjoint-e/mes personnes à charge uniquement

Assureur du conjoint ou de la conjointe _____

Pour ajouter ces garanties à une date ultérieure, vous devez en faire la demande dans les 31 jours suivant la fin de l'assurance de votre conjoint ou conjointe. Au-delà de ce délai, une preuve de bonne santé peut être requise, et la protection peut être limitée ou refusée.

Le participant ou la participante doit apposer ses initiales à côté de chacun des changements.

6. CONFIDENTIALITÉ

Déclaration de confidentialité de Co-operators Compagnie d'assurance-vie

Co-operators reconnaît et respecte l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance ou ouvrez un compte chez nous, nous vous demandons votre consentement pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels. Nous vous indiquons de quelles informations nous avons besoin, ce que nous en ferons et avec qui nous les partagerons. Nous ouvrons un dossier confidentiel pour recueillir, utiliser, conserver et partager vos renseignements personnels dans le but de confirmer votre identité, étudier vos besoins d'assurance et déterminer la pertinence de nos produits et services pour vous, évaluer votre demande d'assurance, établir et administrer votre police, y compris l'évaluation et le traitement des réclamations, administrer vos placements, remplir nos obligations contractuelles et réglementaires à votre endroit, détecter et prévenir la fraude et enfin, procéder à des analyses commerciales et statistiques. Nous ne partageons vos renseignements personnels à aucune autre fin, excepté si vous nous donnez votre consentement ou si la loi nous y oblige ou nous le permet.

Nous pourrions vous parler de produits et services qui pourraient vous intéresser. Vous pouvez nous dire quelle information vous désirez recevoir de notre part et retirer votre consentement comme bon vous semble. Vous pouvez accéder à vos renseignements personnels et les corriger, au besoin, en nous transmettant une demande par écrit.

Nous avons permis l'accès à vos renseignements personnels uniquement à nos employés et employées et à d'autres personnes qui doivent les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Peuvent être concernés, nos fournisseurs de services externes susceptibles d'utiliser vos renseignements personnels à des fins de traitement, d'entreposage, d'analyse et de rétablissement par suite d'un sinistre hors du Canada. La loi pourrait les obliger à divulguer vos renseignements personnels à des cours de justice, des gouvernements ou des organismes de réglementation hors du Canada. Afin de protéger vos renseignements personnels, nous nous assurons de bien inclure des dispositions de sécurité et de protection de la vie privée dans tous les contrats que nous concluons avec des fournisseurs de services externes.

Vous trouverez plus de détails sur notre politique de protection des renseignements personnels à www.cooperators.ca. Pour toute question sur le sujet ou sur la collecte, l'utilisation, la conservation et le partage de vos renseignements personnels, communiquez avec le ou la responsable de la protection de la vie privée de Co-operators au 1-888-887-7773 ou par courriel à privacy@cooperators.ca.

7. SIGNATURE DU PARTICIPANT OU DE LA PARTICIPANTE

J'ai lu et compris la section intitulée « Confidentialité » et j'autorise la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels aux fins précisées ci-dessus. Par la présente, je demande d'adhérer au régime d'assurance collective et j'autorise la déduction sur ma paie et la remise à Co-operators de toute cotisation requise aux termes du régime. J'autorise mon employeur, l'administrateur du régime d'assurance collective, Co-operators ou ses mandataires, ou toute autre personne ou organisation détenant des renseignements pertinents sur moi-même, mon conjoint ou ma conjointe ou mes personnes à charge à transmettre tous les renseignements nécessaires pour établir mon droit aux prestations et administrer le régime. Je confirme avoir l'autorisation de représenter mon conjoint ou ma conjointe et mes personnes à charge à cette fin. Je déclare que les renseignements fournis sont vrais, complets et exacts. Une copie de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature _____ Date _____

JJ/MMM/AAAA