

Demande d'assurance vie facultative

Remplir ce formulaire au stylo. Ceux remplis au crayon seront rejetés.

1. Renseignements sur le promoteur du régime ou l'employeur				
Nom de l'employeur :		N° de police collective :		
N° de division :		N° d'unité :		
2. Renseignements sur l'employé • Parlez-nous de vous				
Nom de famille		Prénom	N° de certificat de l'employé :	
Adresse postale :				
Numéros de téléphone (incluant l'indicatif régional) :			Langue préférée	
Domicile		Travail	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français
Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Date de naissance : (MM/JJ/AAAA)	Salaire actuel : \$	
3. Demande de couverture d'assurance vie facultative				
Assurance vie facultative de l'employé (cocher une seule case)		Assurance vie facultative du conjoint (cocher une seule case)		
<input type="checkbox"/> Nouvelle demande		<input type="checkbox"/> Nouvelle demande		
Montant demandé : \$		Montant demandé :	\$	
<input type="checkbox"/> Augmentation de la couverture		<input type="checkbox"/> Augmentation de la couverture		
Montant actuel de la couverture \$		Montant actuel de la couverture	\$	
Nouveau montant total de la couverture \$		Nouveau montant total de la couverture	\$	
Déclaration du statut de non-fumeur				
Je déclare que je ne fume pas et que je n'ai fumé aucun produit du tabac, comme des cigarettes ou la pipe ou toute drogue, durant les 12 derniers mois. Cette déclaration est une garantie affirmative de ma part. Il est entendu que l'assureur peut exiger périodiquement une confirmation du statut de non-fumeur. Le participant doit être en position pour répondre aux exigences alors en vigueur et retourner la confirmation dans les 30 jours suivant la demande, et en cas de manquement, le participant perdra son statut de non-fumeur et la réduction de prime connexe cessera de s'appliquer à la date de la demande de l'assureur. Je reconnais également qu'une déclaration fausse ou incomplète peut rendre la couverture nulle et non avenue.				
Signature de l'employé		Signature du conjoint		
4. Renseignements sur le conjoint				
Nom de famille		Prénom	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	
Date de naissance : (MM/JJ/AAAA)		Date de cohabitation (conjoint de fait seulement)	Mois	Jour
5. Bénéficiaire				
Le bénéficiaire de l'assurance vi facultative sera le même que celui désigné pour votre assurance vie de base d'employé. Le bénéficiaire de l'assurance vie facultative du conjoint sera l'employé, s'il est vivant, autrement la succession.				
6. Autorisation de l'employé				
Je déclare que les déclarations que j'ai effectuées sur ce formulaire sont véridiques et complètes. Je comprends que si une déclaration est incomplète ou fausse et/ou si je ne me conforme pas aux conditions établies dans la police d'assurance et/ou cette demande d'assurance, mes avantages cesseront.				
Je certifie que je suis autorisé à divulguer et recevoir de l'information sur mon conjoint et/ou mes personnes à charge.				
Je comprends que SourceSanté Plus Inc. aura le droit de percevoir de moi-même et/ou de mes personnes à charge tout paiement versé par erreur ou suite à une fraude, ainsi que tous frais reliés directement à la récupération de ces fonds.				
J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les primes requises pour la couverture approuvée.				
J'autorise SourceSanté Plus, ses agents, assureurs et fournisseurs de service à utiliser et échanger l'information recueillie sur ce formulaire pour garantir, administrer, déterminer l'admissibilité et décider quant aux réclamations.				
Nom (en lettres moulées)		Signature		Date de la signature MM/JJ/AAAA