

| 1 RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ. À remplir par l'employé. | | | | | | INSTRUCTIONS |
|--|--|--|------------------------------------|--|--|--|
| Nom de l'entreprise | | Nom de l'employé (prénom, nom) | | N° de certificat | | Conservé les formulaires originaux dans les dossiers des employés. |
| Type de modification demandée | | | Partie(s) à remplir | | | |
| A) Modification du nom ou de l'adresse de l'employé | | 2, 6 | | | | Remplir clairement toutes les parties requises pour que votre demande de modification soit traitée correctement et rapidement. |
| B) Modification de la couverture des personnes à charge | | 3, 4, 5, 6 | | | | |
| C) Renonciation à la couverture ou avis de coordination des prestations | | 4, 5, 6 | | | | |
| D) Autre | | | | | | |
| Type de modification (inscrire la lettre correspondante indiquée ci-dessus) | Date d'entrée en vigueur (jj/mm/aa) | Précisions (indiquer la nature de la modification) | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| 2 ADRESSE. À remplir par l'employé. | | | | | | |
| Nom de l'employé | | Prénom de l'employé | | <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | | Écrire lisiblement en lettres moulées afin d'assurer la saisie exacte de vos données. Indiquer votre adresse complète, y compris le code postal. |
| Adresse | | | Numéro d'appartement | | | |
| Ville | Province | Code postal | Courriel de l'employé | | | |
| 3 RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE. À remplir par l'employé. | | | | | | |
| Quel type de couverture demandez-vous? (cocher une seule case) | <input type="checkbox"/> Aucune (remplir la partie Renonciation à l'assurance) | <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Familiale | <input type="checkbox"/> Couple | <input type="checkbox"/> Parent unique | Si vous avez des questions sur le type de couverture voulu, consulter l'administrateur de votre régime. |
| Ajouter <input type="checkbox"/> | | Retirer <input type="checkbox"/> | | | | |
| Nom, prénom du conjoint | | Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme | | Date de naissance (jj/mm/aa) | | Écrire lisiblement en lettres moulées afin d'assurer la saisie exacte de vos données. |
| Certaines de vos personnes à charge ont-elles DÉPASSÉ L'ÂGE LIMITE? (Enfant à charge ayant dépassé l'âge limite stipulé dans le contrat et handicapé ou inscrit à temps plein dans un établissement d'enseignement postsecondaire) | | | | | | |
| Dans le cas d'un étudiant, joindre une preuve récente de son inscription à temps plein. Dans le cas d'un enfant handicapé, communiquer avec l'administrateur de votre régime pour obtenir les formulaires à remplir. | | | | | | Fournir tous les renseignements demandés sur les personnes à charge pour éviter un retard dans le traitement de la demande ou des restrictions dues à une adhésion tardive. |
| Ajouter <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Nom de l'enfant | Prénom de l'enfant | Sexe | Date de naissance (jj/mm/aa) | Étudiant ayant dépassé l'âge limite | Enfant handicapé | |
| | | <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 | Si vous fournissez une preuve de scolarité pour une personne à charge ayant dépassé l'âge limite, indiquer clairement le nom de la personne et la période d'inscription, et confirmer l'inscription à un programme d'études à temps plein. |
| Retirer <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| | | <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 | |

4 COORDINATION DES PRESTATIONS. À remplir par l'employé.

| | | | | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|--|---|
| Si vous, votre conjoint ou les personnes à votre charge bénéficiez d'une garantie soins médicaux complémentaires ou soins dentaires au titre d'un autre régime d'assurance collective, veuillez remplir cette partie. | | | | | | Les prestations à coordonner peuvent provenir du régime du conjoint, du régime d'un autre employeur, etc. Si l'employé est assuré au titre de deux régimes collectifs en tant que participant principal, le premier payeur est l'assureur du régime entré en vigueur en premier. |
| Soins médicaux complémentaires | <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Familiale | <input type="checkbox"/> Couple | <input type="checkbox"/> Parent unique | |
| Soins dentaires | <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Individuelle | <input type="checkbox"/> Familiale | <input type="checkbox"/> Couple | <input type="checkbox"/> Parent unique | |

5 RENONCIATION À LA COUVERTURE. À remplir par l'employé, s'il y a lieu.

Si vous ou vos personnes à charge bénéficiez actuellement d'une garantie soins médicaux complémentaires ou soins dentaires au titre d'un autre régime d'assurance collective, vous pouvez renoncer à l'assurance soins médicaux complémentaires ou à l'assurance dentaire en cochant la case appropriée.

| | | | |
|--|--|--|---|
| Je renonce à la couverture suivante : | SOINS DENTAIRES <input type="checkbox"/> Moi et les personnes à ma charge <input type="checkbox"/> Les personnes à charge uniquement | SOINS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES <input type="checkbox"/> Moi et les personnes à ma charge <input type="checkbox"/> Les personnes à charge uniquement | Il est possible de renoncer uniquement aux garanties soins médicaux complémentaires et soins dentaires, si l'employé ou ses personnes à charge sont assurés au titre d'un autre régime. L'adhésion à toutes les autres garanties est obligatoire. Pour obtenir des précisions, veuillez communiquer avec l'administrateur de votre régime. |
| | REPLIR CETTE PARTIE SI VOUS RENONCEZ À LA GARANTIE SOINS MÉDICAUX COMPLÉMENTAIRES OU SOINS DENTAIRE Est-ce que vous ou les personnes à votre charge êtes assurés au titre d'un autre régime d'assurance collective? Oui Non Si oui : Nom du titulaire du contrat : _____ Assureur : _____ Je renonce à la couverture parce que les personnes à ma charge ou moi sommes assurés au titre d'un autre régime. Si je veux adhérer au régime à une date ultérieure, je reconnais que je devrai présenter une demande d'adhésion dans les 31 jours suivant la cessation de la couverture de l'autre régime d'assurance ou un événement marquant. Si je renonce à la garantie soins dentaires et veux y adhérer à une date ultérieure, je reconnais que la couverture pourrait être réduite. Je reconnais que, si je veux adhérer à une date ultérieure à une garantie à laquelle je renonce aujourd'hui, je pourrais devoir fournir à mes frais une preuve d'assurabilité satisfaisante à l'assureur. | | |
| _____ DATE DE RENONCIATION | | _____ SIGNATURE EN CAS DE RENONCIATION À UNE GARANTIE | |

6 AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS. À remplir par l'employé (signer et dater à l'encre).

- Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont véridiques et complets, et je reconnais que si les renseignements fournis sont incomplets ou faux, ma couverture pourrait être résiliée.
- Une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valide que l'original.
- Je certifie être autorisé à fournir et à recevoir des renseignements sur mon conjoint et sur les personnes à ma charge.
- J'autorise par la présente l'administrateur de mon régime (SourceSanté Plus) à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins de déclaration fiscale et en tant que numéro d'identification si l'administration du régime l'exige.
- J'autorise l'administrateur de mon régime (SourceSanté Plus), ses mandataires, assureurs et fournisseurs de services à utiliser et à échanger les renseignements recueillis dans ce formulaire à des fins de souscription, d'administration, d'évaluation de l'admissibilité et de traitement des demandes de règlement.
- J'autorise l'administrateur de mon régime (SourceSanté Plus), et le promoteur de régime au besoin, à utiliser et à échanger les renseignements recueillis dans ce formulaire pour effectuer les retenues salariales nécessaires.
- Je reconnais que l'administrateur du régime a le droit de recouvrer toute somme qui m'a été versée par erreur.

| | |
|--------------------------|-----------------|
| Signature du participant | Date JJ/MM/AAAA |
|--------------------------|-----------------|

Attestation de l'employeur. À remplir par l'administrateur du régime.

| | | |
|-----|-----------|-----------------|
| Nom | Signature | Date JJ/MM/AAAA |
|-----|-----------|-----------------|

À PROPOS DE LA PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS : SourceSanté Plus reconnaît l'importance de protéger vos renseignements personnels. Tous les renseignements que vous nous fournissez seront conservés dans un dossier des garanties collectives vie et maladie. L'accès à vos renseignements personnels est limité au personnel et aux personnes autorisées par SourceSanté Plus qui en ont besoin pour accomplir leurs tâches, et aux personnes autorisées par vous ou par la loi. Nous utilisons les renseignements que vous nous fournissez pour administrer le régime, déterminer votre admissibilité et traiter vos demandes de règlement.