



CEP 24/7 Benefit Trust

Formulaire d'inscription aux assurances collectives

Agent/ **Global Benefits**
 Administrateur 545 Wilson Avenue, Toronto, Ontario M3H 1V2 • Téléphone: 416-635-6000 • Télécopieur: 416-635-6464

Prière d'écrire en lettres moulées ou dactylographier; Veuillez remplir les deux côtés au complet du formulaire. Afin d'assurer votre couverture et celle de vos personnes à charge, vous devez aviser l'administrateur du régime de tout changement concernant vos coordonnées personnelles, votre statut civil ou le statut civil des personnes à votre charge, changement de bénéficiaire ou rétablissement de prestations anciennement renoncées. La déclaration de tout changement dans un délai de plus de trente jours après la modification peut entraîner l'exigence d'une preuve d'assurabilité.

REV.0808

1. Informations administratives : (veuillez écrire en lettres moulées ou dactylographier)

Veuillez indiquer s'il s'agit d'une inscription nouvelle ou d'une modification d'une inscription existante

 Nouvelle inscription Modification d'inscription existante

Promoteur de régime

CEP 24/7 Benefit Trust

Numéro de police

2. Information sur le participant : (veuillez écrire en lettres moulées ou dactylographier)

Nom du participant		Prénom		Initial	Numéro d'assurance sociale	
Adresse: Numéro civique/rue/Numéro d'appartement.			Ville		Province	Code postale
Téléphone à domicile avec indicatif régional		Téléphone mobile avec indicatif régional		Courriel		
Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		Statut marital <input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Conjoint de fait				
Date de naissance mm/jj/aaaa		Si conjoint de fait, date du début de cohabitation			mm/jj/aaaa	

3. Information sur vos personne(s) à charge

	Nom	Prénom(s)	Date de naissance mm/jj/aaaa	Sexe H/F	Vous et votre conjoint, et/ou vos enfants, êtes-vous couverts par un autre régime d'assurance? ¹	Étudiant temps plein? ²	Incapacité totale et permanente ³
Conjoint	soif						
Enfant							
Enfant							
Enfant							

1 Si votre conjoint et/ou vos enfants sont couverts par un autre régime d'assurances collectives, veuillez remplir la Section 4.

2 Si vous avez des enfants à charge qui ont atteint la limite d'âge prévue au contrat, veuillez remplir la Section 7.

3 Si vous avez des enfants invalides à charge qui ont atteint la limite d'âge prévue au contrat, veuillez remplir le Formulaire Confirmation d'invalidité totale et permanente d'un enfant à charge et joindre à la présente demande.

4. Information sur le régime d'assurances collectives de votre conjoint

Nom de l'assureur de votre conjoint		Numéro de police
Protection		
Soins de santé: <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Familial		Soins dentaires: <input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> Familial

5. Choix de protection

Protection individuelle (seul le participant est couvert) Protection familiale (le participant et personnes à charge admissibles couverts)

6. Demande d'exonération de protections couvertes par le régime d'assurances collectives de votre conjoint

Je renonce aux prestations de soins de santé:
 pour moi et mes personnes à charge pour mes personnes à charge seulement

Je renonce aux prestations de soins dentaires:
 pour moi et mes personnes à charge pour mes personnes à charge seulement

7. Confirmation d'inscription à l'école (enfants à charge qui ont atteint la limite d'âge prévue au contrat)

Prénom(s)	Nom de l'établissement scolaire fréquenté à temps plein	Période d'inscription		Numéro de téléphone de l'établissement
		Début mm/jj/aaaa	Fin mm/jj/aaaa	
				()
				()
				()

Le Promoteur de régime se réserve le droit de confirmer le statut d'études auprès de l'établissement.

8. Désignation du bénéficiaire

Nom du bénéficiaire	Prénom(s)	Lien de parenté avec le participant	%

Si le bénéficiaire désigné est un héritier ou une succession, veuillez inscrire au complet "Héritier légal" ou "Succession" sans inscrire les nom(s), prénom(s) ou lien de parenté avec le participant.

9. Les participants du Québec seulement (à remplir si le bénéficiaire est votre conjoint légal ou conjoint d'union civile)

Au Québec, la désignation du conjoint (à l'exclusion des conjoints de fait) à titre de bénéficiaire irrévocable sauf indication contraire. sauf stipulation contraire. Une désignation irrévocable ne peut être modifiée sans le consentement par écrit d'une renonciation à ses droits par tout bénéficiaire ayant 18 ans et plus.

Ne remplir **QUE** la boîte qui correspond à votre choix si vous désignez votre **CONJOINT** à titre de bénéficiaire.

La désignation de bénéficiaire est **révocable**.

La désignation de bénéficiaire est **irrévocable**.

OU

Signature du participant

Signature du participant

10. Déclaration de nomination de fiduciaire (à remplir si le bénéficiaire est mineur)

Je nomme par les présentes _____ à titre de fiduciaire pour recevoir toute somme due à un bénéficiaire mineur et je déclare que la réception par le fiduciaire constitue un acquittement valide des sommes à verser. J'autorise par les présentes le fiduciaire à appliquer à sa discrétion les prestations versées au nom du bénéficiaire à l'éducation, au maintien et l'avancement en vie du bénéficiaire.

Signature du participant

Date mm/jj/aaaa

11. Prestations optionnelles

Prière de vérifier auprès de l'administrateur du régime les prestations optionnelles disponibles. Veuillez prendre note que les prestations optionnelles sont sous réserve d'une preuve d'assurabilité et entreront en vigueur dès la réception de l'approbation.

12. Autorisation

Autorisation du participant au régime /employé

Par les présentes je soumetts ma demande de prestations d'assurance collective et j'autorise les prélèvements à la source déductibles de mon salaire pour le paiement des primes (le cas échéant) avec remise direct à **CEP 24/7 Benefit Trust** de tout contribution requise en vertu du présent régime.

Par les présentes j'autorise mon employeur, l'administrateur du régime, l'assureur ou ses agents ainsi que toute autre personne de l'organisme de communiquer toute information requise pour la détermination de mon admissibilité aux prestations et pour l'administration du présent régime. Je confirme que j'ai l'autorisation d'agir en mon nom propre et au nom de mon conjoint et/ou des personnes à ma charge aux besoins ci-haut nommés.

J'autorise l'utilisation de mon *numéro d'assurance sociale* comme numéro de certificat pour inscription dans la base de données du régime d'assurances collectives **CEP 24/7 Benefit Trust**. Je comprends que je dois aviser l'administrateur du régime si je ne veux pas mon numéro d'assurance sociale soit utilisé comme numéro de certificat du régime

Je déclare que ces renseignements sont exacts précis et vrais. Une copie de l'autorisation est aussi valide que l'originale.

Signature du participant

Date mm/jj/aaaa

SEIU Locals 1 & 2 Benefit Trust Fund s'engage à protéger la sécurité, la confidentialité et le caractère privé de renseignements personnels recueillis ou communiqués dans la conduit de ses affaires. Si vous avez des questions ou commentaires sur la conformité de SEIU Locals 1 & 2 Benefit Trust Fund à la Loi sur la protection de renseignements personnels, contactez le Responsable de la vie privée à l'adresse suivante :

CEP 24/7 Benefit Trust
c/o Global Benefits
545 Wilson Avenue, Toronto, Ontario M3H 1V2
Téléphone: 416-635-6000 • Télécopieur: 416-635-6464 • Email: privacyofficer@globalben.com