



Sherwin-Williams Canada Benefit Service Center
 30 rue Kelfield
 Toronto, ON M9W 5A2
 T: 1-844-994-9989
 F: 289-304-9052



Formulaire d'adhésion à l'assurance collective

But du formulaire d'adhésion à l'assurance collective

Le formulaire d'adhésion à l'assurance collective a pour but de fournir les renseignements nécessaires à l'obtention de la couverture ainsi que le consentement écrit indiquant que vous désirez vous munir de la protection du titulaire de la police.

Il faut remplir toutes les sections
 Les formulaires incomplets seront retournés.
 Veuillez écrire en lettres moulées à l'encre.

Nom de l'employé.e	Nom de famille :	Prénom:				
Résidence	Rue :	App.	Ville :			
	Prov. :	Postal :				
Date de naissance (MM/JJ/AA)	Choix de langue	<input type="checkbox"/> Anglais	<input type="checkbox"/> Français	Sexe	<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
Adresse courriel				N° de téléphone		
État civil		Couverture requise		Santé	Dentaire	
<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Séparé.e	Personnelle seulement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Marié.e	<input type="checkbox"/> Divorcé.e	Personnelle et personnes à charge		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Conjoint de fait	<input type="checkbox"/> Veuf/Veuve	Renonciation*		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

*Si votre conjoint bénéficie d'une autre couverture et vous souhaitez renoncer à l'assurance maladie complémentaire ou dentaire, vous devez fournir les renseignements suivants :

Nom de la société d'assurance du conjoint	N° de police
---	--------------

Coordination des prestations

Nom de famille du conjoint :	Prénom du conjoint :
Votre conjoint est-il (elle) couvert.e par l'assurance-santé?	Votre conjoint est-il (elle) couvert.e par l'assurance dentaire?
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, quel est le type : <input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Familiale	Si oui, quel est le type : <input type="checkbox"/> Personnelle <input type="checkbox"/> Familiale

Pour une demande d'adhésion aux prestations familiales, la couverture de personnes à charge n'est offerte que si les renseignements suivants sont fournis :

Nom de la personne à charge Prénom et nom (SVP écrire lisiblement)	Sexe H ou F	Lien avec l'assuré.e	Date de naissance MM/JJ/AA	✓ Cocher ci-dessous s'il y a une autre couverture d'assurance		Si la personne à charge est âgée de plus de 21 ans, s'agit-il d'un étudiant à temps plein?	
				Santé	Dentaire	Oui	Non
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

~ Désignation de bénéficiaire ~

Sauf avis contraire la nomination du bénéficiaire est «révocable». Si aucun bénéficiaire n'est nommé, le bénéficiaire sera la succession. Dans le cas de bénéficiaire d'âge mineur, veuillez le nommer à la section ci-dessous. Si vous ne remplissez pas cette section, l'assureur peut garder tout produit jusqu'à ce que le mineur atteigne l'âge de la majorité. Pour les résidents de la province de Québec, la nomination d'un conjoint comme bénéficiaire est considérée «irrévocable» à moins que la mention «révocable» ne soit dûment écrite après le nom du conjoint. Si vous habitez au Québec, veuillez inscrire «révocable» ou «irrévocable».

Prénom et nom complets du bénéficiaire ou des bénéficiaires	Pourcentage	Lien avec l'assuré.e	Date de naissance	Révocable	Irrévocable
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	%			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	%			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	%			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je nomme _____ à titre de **fiduciaire** afin de recevoir toute somme dû à un bénéficiaire mineur en vertu de cette police. Le fiduciaire donnera quittance à l'assureur en ce qui a trait aux sommes qu'il aura touchées. J'autorise le « fiduciaire » à dépenser la totalité ou une partie du montant, ou l'intérêt généré par ce montant, sur le soutien ou l'éducation du mineur.
 Note : La nomination du fiduciaire ne s'applique pas au Québec.

Signature du participant/de la participante

Signature du témoin

Date de signature
(MM/JJ/AAAA)

~ Déclaration et autorisation concernant la collecte et la communication de renseignements personnels à des tiers ~

Uniquement aux fins de fournir les produits et services d'assurance collective, j'autorise Adminplex Resource Services Inc. et ses filiales à obtenir de moi-même ou de mon employeur, seuls les renseignements jugés nécessaires à l'administration de l'assurance collective et à communiquer les dits renseignements uniquement aux organismes jugés nécessaires au traitement et à la prestation de mon assurance collective. Je présente une demande d'assurance en vertu des modalités du contrat de l'assurance collective émis à la demande du souscripteur. J'autorise le souscripteur à effectuer un prélèvement de mon salaire (s'il y a lieu) aux fins de perception de prime d'assurance à laquelle j'ai, ou je pourrais avoir droit.

*** Signature du participant/de la participante ***

*** Date de signature (MM/JJ/AAAA) ***

Réservé à la personne chargée de l'administration du régime d'assurance

N° de police	Titre de la police					
N° de paie	Classe			Code de département		
Salaire	Base salariale	<input type="checkbox"/> Annuel	<input type="checkbox"/> Bi-Hebdomadaire	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	<input type="checkbox"/> Mensuel	<input type="checkbox"/> À l'heure
Nbre d'heures de travail par semaine	Profession					
Date d'embauche (MM/JJ/AA)	Date d'emploi à temps plein (MM/JJ/AA)			Date d'achèvement de la période d'attente (MM/JJ/AA)		

*** Signature de l'administrateur/administratrice du régime ***

*** Date de signature (MM/JJ/AA) ***