

Demande d'inscription de l'employé – Veuillez compléter le formulaire correctement. Le manque de renseignement peut affecter votre éligibilité. Pour plus d'information, veuillez communiquer avec nous par téléphone ou par courriel.

ÉCRIRE LISIBLEMENT EN MAJUSCULES, SIGNER LES SECTIONS 4 ET 5 ET RETOURNER L'ORIGINAL À LEWER CANADA.

SECTION 01 - Informations Personnelles

Prénom		Deuxième prénom		Nom de famille	
Date de naissance (Jour / Mois / Année)		Langue <input type="checkbox"/> anglais <input type="checkbox"/> français		Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	
Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Veuillez attacher une copie de votre carte de citoyenneté)					
État civil <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait Date de cohabitation: (Jour / Mois / Année) <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/> Union civile					

ADRESSE RÉSIDENTIELLE

Rue		
Ville	Province	Code postal
Téléphone	Cellulaire	
Adresse courriel		

DÉPÔT DIRECT DES PRESTATIONS—Obligatoire pour la soumission des réclamations en mode électronique, application mobile et sur le web.

Veuillez compléter le formulaire ci-dessous ou y joindre un spécimen de chèque pour le dépôt des prestations dans votre compte bancaire. Pour chaque demande de réclamations, vous recevrez, par courriel, un relevé des transactions. Vous pourrez aussi accéder à vos réclamations et à la description de votre régime dans l'application mobile et sur le web.

Numéro du chèque	Numéro de transit	Numéro de l'institution	Numéro de compte

Cheque Sample

⑈ 9999 ⑆ 9999999999999999 9999 9999 9999 ⑈

Cheque number	Branch number	Institution number	Account number
---------------	---------------	--------------------	----------------

SECTION 02 - Personnes à charge

	Prénom	Nom de famille	Sexe	Date de naissance	Statut	Personne à charge
Conjoint(e)				<i>Jour / Mois / Année</i>	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Marié(e)	
Enfant (1)				<i>Jour / Mois / Année</i>	<input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> Étudiant	<input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Les deux
Enfant (2)				<i>Jour / Mois / Année</i>	<input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> Étudiant	<input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Les deux
Enfant (3)				<i>Jour / Mois / Année</i>	<input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> Étudiant	<input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Les deux
Enfant (4)				<i>Jour / Mois / Année</i>	<input type="checkbox"/> Handicapé <input type="checkbox"/> Étudiant	<input type="checkbox"/> Vous <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Les deux

*Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez remplir un autre formulaire.

1. **Étudiant** – Si vous avez un enfant à votre charge qui a atteint l'âge maximal, tel que stipulé dans le contrat, et qui est étudiant à temps plein dans une institution reconnue, veuillez compléter l'information ci-dessous.

Un enfant à charge qui a atteint l'âge maximal de couverture, tel que stipulé dans le contrat, est considéré comme légalement dépendant s'il est étudiant à temps plein dans un collège ou une université reconnus. La couverture pour ces personnes à charge se terminera le 31 août de chaque année, cependant l'assuré doit confirmer si l'étudiant sera inscrit pour la prochaine année scolaire.

2. **Enfant handicapé** – Si vous avez un enfant qui a un handicap physique ou mental et qui est essentiellement à votre charge, des informations additionnelles pourraient être requises.

Prénom	Nom de famille	Date d'inscription comme étudiant à temps plein
		<i>Jour / Mois / Année</i> to <i>Jour / Mois / Année</i>
Nom et adresse du collège ou université		

Prénom	Nom de famille	Date d'inscription comme étudiant à temps plein
		<i>Jour / Mois / Année</i> to <i>Jour / Mois / Année</i>
Nom et adresse du collège ou université		

SECTION 03 - Couverture

Conjoint(e) couvert par un régime semblable? Oui (voir ci-dessous) Non (continuer à la Section 03 - Partie B)

Toutes les garanties de votre régime d'assurance sont obligatoires. Par contre, vous pouvez renoncer à l'assurance maladie et aux soins dentaires si vous êtes couvert par l'assurance de votre conjoint(e).

Je reconnais, par la présente, que toutes les prestations auxquelles j'ai droit m'ont été expliquées et que je les comprends. Je renonce aux garanties suivantes couvertes par l'assurance de mon(ma) conjoint(e)

Assurance santé

Nom du conjoint(e): _____ Police No: #: _____

Assurance dentaire

Nom du conjoint(e): _____ Police No: #: _____

Si le régime d'assurance du conjoint(e) prend fin, l'employé doit soumettre une demande de couverture dans les trente et un (31) jours suivant la date à laquelle se termine l'assurance comparable. Après cette date, vous et vos personnes à charge devront fournir une preuve médicale de votre assurabilité et, si vous adhérez tardivement, la protection peut être limitée ou refusée.

SECTION 03, PARTIE B - Couverture

SOINS DE SANTÉ (un seul choix)

- Individuelle
- Familiale
- Renonciation couverture pour moi et mes personnes à charge
- Renonciation pour personnes à charge
- Coordination des prestations
- Couple (peut ne pas être disponible)
- Monoparentale (peut ne pas être disponible)

SOINS DENTAIRES (un seul choix)

- Individuelle
- Familiale
- Renonciation couverture pour moi et mes personnes à charge
- Renonciation couverture pour personnes à charge
- Coordination des prestations
- Couple (peut ne pas être disponible)
- Monoparentale (peut ne pas être disponible)

GARANTIES FACULTATIVES (Si admissibles, déduction sur le salaire)

- Assurance vie de l'employé; Nombre d'unités pour: _____
- Décès et mutilations accidentels; Nombre d'unités pour: _____
- Employé Autre: _____

- Assurance vie du conjoint(e); Nombre d'unités: pour: _____
- Décès et mutilation accidentels du conjoint(e); Nombre d'unités pour: _____
- Conjoint(e) Autre: _____

SECTION 04 - Désignation de bénéficiaire

Vous devez apposer vos initiales à côté de tout changement, modification ou désignation de bénéficiaire rayé ci-dessous.

BÉNÉFICIAIRE PRIMAIRE

Prénom	Nom de famille	Date de naissance	%	Révocable	Irrévocable	Lien avec l'employé(e)
		<i>Jour / Mois / Année</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<i>Jour / Mois / Année</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<i>Jour / Mois / Année</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Total (doit être égal à 100%)</i>						

BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE

Prénom	Nom de famille	Date de naissance	%	Révocable	Irrévocable	Lien avec l'employé(e)
		<i>Jour / Mois / Année</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<i>Jour / Mois / Année</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
		<i>Jour / Mois / Année</i>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<i>Total (doit être égal à 100%)</i>						

Si le bénéficiaire primaire ou subsidiaire est de moins de 18 ans, veuillez désigner un fiduciaire :

Lien du fiduciaire avec l'employé(e):

À moins d'indication contraire ou que cela ne soit pas permis par la loi, toute désignation de bénéficiaire est révoicable à moins que vous ne spécifiez qu'elle soit irrévocable. Si un bénéficiaire est désigné à titre irrévocable, soyez avisé que son consentement sera requis lors de toute demande qui pourrait affecter ses droits, incluant la désignation d'un nouveau bénéficiaire. Au Québec, la désignation du conjoint à titre de bénéficiaire est automatiquement irrévocable, à moins d'indication contraire. La police ne confère aucun droit aux bénéficiaires en sous-ordre avant le décès des bénéficiaires primaires.

J'atteste, par la présente, la désignation de bénéficiaire ci-dessus.

Signature de l'employé(e)

Date

SECTION 05 - Déclarations et autorisations

Je confirme que les informations et les réponses que j'ai fournis dans ce document sont véridiques et complètes.

J'autorise mon employeur à retirer le montant nécessaire à ma contribution sur mon salaire.

J'autorise Lewer Canada Ltée à faire le paiement des réclamations dans mon compte bancaire.

J'autorise tout assureur, réassureur, médecin ou professionnel de la santé, pharmacie, hôpital, clinique, administrateur de mon assurance collective, toute organisation gouvernementale ou régime d'avantages sociaux, toute compagnie d'assurance ou autre institution financière possédant des renseignements me concernant ou concernant mes personnes à charge, à divulguer et à fournir à Lewer Canada Ltée les dits renseignements ou dossiers afin de déterminer mon admissibilité aux garanties et aux fins d'administration et d'évaluation des demandes de règlement.

Dans l'éventualité d'un décès, j'autorise tout bénéficiaire, héritier ou exécuteur à fournir à Lewer Canada Ltée ou ses réassureurs toutes les informations ou autorisations jugées essentielles aux fins du règlement des réclamations ou pour l'obtention de toutes pièces justificatives. J'autorise tout coroner, policier ou toxicologiste qui détient des informations personnelles me concernant, incluant tout rapport d'accident et rapport d'enquête en lien avec mes informations personnelles (autres que médicales), à divulguer ces informations à tout enquêteur privé et autorisant cet enquêteur privé à communiquer les dites informations à Lewer Canada Ltée.

Cette autorisation est valide pour les fins de ce régime, ces modifications, sa prolongation et sa remise en vigueur. Je reconnais que toute reproduction de cette autorisation sera considérée comme l'original.

J'autorise Lewer Canada Ltée à utiliser mes informations personnelles afin de me faire parvenir de l'information sur d'autres produits et services qui pourraient m'intéresser. Sinon, veuillez cocher la case suivante: Ne pas utiliser mes informations personnelles.

Par la présente, je comprends que la couverture sera effective lorsqu'approuvée par les assureurs et je donne mon consentement pour la souscription, l'administration et le règlement des réclamations, et vous permet d'utiliser mes renseignements personnels afin de mieux comprendre la situation des clients sur le plan de l'assurance.

J'atteste que je suis autorisé par mon(ma) conjoint(e) et/ou mes personnes à charge à divulguer et recevoir des informations les concernant tel que mentionné ci-dessus.

Signature de l'employé(e)

Date

SECTION 06 - À être complété par l'employeur

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT! *** VEUILLEZ COMPLÉTER ET SOUMETTRE CE FORMULAIRE À LEWER CANADA LTÉE DANS LES 31 JOURS SUIVANT LA DATE D'ADMISSIBILITÉ DE L'EMPLOYÉ (la date d'admissibilité est la date d'emploi à temps plein, plus la période d'attente requise). LES FORMULES D'INSCRIPTION SOUMISES PENDANT LA PÉRIODE D'ATTENTE SERONT ACCEPTÉES SELON LES RÈGLES DE SOUSCRIPTION. LES FORMULES D'INSCRIPTION SOUMISES APRÈS LA PÉRIODE D'ATTENTE POURRONT FAIRE L'OBJET D'UNE PREUVE D'ASSURABILITÉ POUR L'EMPLOYÉ ET/OU SES PERSONNES À CHARGE ET LA COUVERTURE POURRAIT ÊTRE LIMITÉE OU REFUSÉE. ***

Nom de la compagnie		Police No
Adresse		
Téléphone		Adresse courriel de l'administrateur du régime
No. de division	Classe ou désignation	Occupation
Date d'embauche (à plein temps) <i>Mois / Jour / Année</i>	Période d'admissibilité <i>Commence après _____ jours</i>	Date d'effet du régime <i>Mois / Jour / Année</i>
Nombre d'heures par semaine	Revenu \$ <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> À l'heure <input type="checkbox"/> Aux deux semaines <input type="checkbox"/> Par Mois	

COMPTE DÉPENSES SOINS DE SANTÉ

Combiné \$ _____ or Santé \$ _____ Dentaire \$ _____ Bien-être \$ _____

Signature de l'employeur

Date

SECTION 07 - À L'usage De Lewer Canada Seulement

	Montant	Assureur	Correspondance initiale (et tout commentaire additionnel)	Date
<i>Vie</i>	\$			
<i>MMA</i>	\$			
<i>PAC</i>	\$			
<i>ILD</i>	\$			
<i>ICD</i>	\$			
<i>MC</i>	\$			
<i>Dent.</i>	\$			
<i>HCSA</i>	\$			
<i>WSA</i>	\$			

Adhésion tardive Oui Non
 Si oui, J. A. Oui Non
 Limitations Oui Non

Garanties au-delà du montant sans preuve d'assurabilité Oui Non
 Si oui, J. A. Oui Non

Notes:

Nom: _____ Date _____