

# FORMULAIRE D'ADHÉSION AU RÉGIME

- Remplissez ce formulaire à la date d'engagement d'un nouveau participant au régime
- Pour soumettre, envoyez une photocopie du formulaire dûment rempli, par télécopieur ou par la poste, à Morneau Sobeco à :  
895, chemin Don Mills, 4<sup>e</sup> étage  
1 Centre Morneau Sobeco  
Toronto (Ontario)  
M3C 1W3  
Télécopieur : 1-877-464-0109
- Conservez l'original dans le dossier du participant au régime

A REMPLIR PAR LE PROMOTEUR DU RÉGIME

Signataire autorisé de Morneau Sobeco : \_\_\_\_\_

Raison de l'adhésion :

Nouveau participant au régime

Participant réengagé

Nom de la compagnie d'assurance Compagnie d'assurance A)	N° de la police ou du contrat collectif : A)
Compagnie d'assurance B)	B)
Compagnie d'assurance C)	C)

## ① INFORMATION SUR LE GROUPE ET LE PARTICIPANT

Nom du groupe et nom ou numéro de la division		Centre de coûts (si pertinent)	Poste	Salaire annuel \$	
Situation professionnelle <input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Temps partiel <input type="radio"/> Saisonnier/Contrat <input type="radio"/> Autre :					Heures travaillées par semaine
Nom du participant au régime (nom/prénom/initiale)			Sexe <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	Situation familiale <input type="radio"/> Seul <input type="radio"/> Famille	
Adresse postale du participant au régime			Ville	Province	Code postal
Date d'engagement ou de réengagement (jj/mm/aaaa)	Catégorie du participant au régime	Période d'attente	Date d'entrée en vigueur (jj/mm/aaaa)	NAS (aux fins des déclarations fiscales)	N° d'identification du participant au régime

## ② PROTECTION DU PARTICIPANT ET RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Bénéficiez-vous d'une protection comparable en ce qui a trait aux soins médicaux et/ou dentaires en vertu du régime d'assurance collective de votre conjoint?		Dans l'affirmative, indiquez le type de protection		Si vous résidez en Colombie-Britannique, veuillez indiquer votre numéro du régime d'assurance-médicaments	
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Sans objet		<input type="radio"/> Soins médicaux <input type="radio"/> Soins dentaires			
Est-ce que vous-même, ou vos enfants, êtes couverts en vertu du régime de votre conjoint?			Numéro de police du conjoint		
<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non <input type="radio"/> Moi seulement <input type="radio"/> Sans objet					
Protection pour soins médicaux demandée			Protection pour soins dentaires demandée		
<input type="radio"/> Individuelle <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Familiale <input type="radio"/> Renonciation*			<input type="radio"/> Individuelle <input type="radio"/> Couple <input type="radio"/> Familiale <input type="radio"/> Renonciation*		
Nom du conjoint et des enfants, le cas échéant (nom/prénom/initiale)		Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe	Étudiant à temps plein dépassant l'âge limite?	Personne à charge handicapée?
Conjoint			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	S.O.	S.O.
Enfant			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Enfant			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Enfant			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Enfant			<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

\*Si vous renoncez aux protections pour soins médicaux et/ou dentaires parce que vous bénéficiez d'une protection comparable en vertu du régime de votre conjoint, vous devez remplir un formulaire de renonciation aux protections. Vous pouvez renoncer SEULEMENT aux protections pour soins médicaux et dentaires.

## ③ DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE\*\*

Nom du bénéficiaire de l'assurance de base du participant (nom/prénom/initiale)	Pourcentage	Bénéficiaire révocable?*	Lien avec le participant
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Dans le cas où le ou les premiers bénéficiaires décèderaient avant le participant, le ou les bénéficiaires subsidiaires suivants auront droit aux prestations :

Nom du bénéficiaire subsidiaire de l'assurance de base du participant (nom/prénom/initiale)	Pourcentage	Bénéficiaire révocable?*	Lien avec le participant
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

\*\*Au Québec, s'il n'est pas précisé que la désignation de bénéficiaire est irrévocable ou révocable, le conjoint en droit est réputé être un bénéficiaire irrévocable et les autres bénéficiaires sont réputés être des bénéficiaires révocables. Une désignation irrévocable ne peut pas être changée sans le consentement écrit du bénéficiaire.

Nom du fiduciaire pour les bénéficiaires de moins de 18 ans\*\*\*

\*\*\* Au Québec, il est recommandé de consulter un conseiller juridique pour créer une telle fiducie.

## ④ DÉCLARATION DU PARTICIPANT AU RÉGIME

Je consens à la collecte, à l'utilisation et à l'échange des renseignements personnels me concernant par le promoteur du régime, les administrateurs des régimes de retraite, d'épargne ou d'autres types d'avantages sociaux auxquels je participe, les mandataires retenus par le promoteur ou l'administrateur du régime, une compagnie d'assurance ou toute autre personne ayant besoin de l'information aux fins de l'administration des régimes de retraite, d'épargne ou d'autres types d'avantages sociaux. J'autorise ces parties à obtenir, et à échanger entre elles, toute information me concernant, concernant mon conjoint ou les enfants à ma charge, dont elles ont besoin aux fins de l'établissement des prestations auxquelles j'ai droit et aux fins de tenue de dossier, d'identification de dossiers, de rapports, de souscription, d'obtention de renseignements médicaux, d'évaluation et de résolution des demandes de règlement, de gestion de programme et de tous les autres services qui me sont fournis et qui sont fournis au promoteur du régime en tout temps. Je confirme avoir obtenu le consentement nécessaire de mon conjoint et des enfants à ma charge qui sont majeurs me permettant de donner le consentement ci-dessus en ce qui concerne leurs renseignements personnels. Par la présente, je confirme la désignation de bénéficiaire indiquée ci-dessus, qui remplace toute désignation de bénéficiaire révocable antérieure. Je me réserve le droit de changer cette désignation de bénéficiaire révocable en tout temps. Par la présente, je demande à souscrire aux protections d'assurance collective offertes en vertu du régime du promoteur et j'autorise toutes les retenues salariales nécessaires.

Je certifie que les renseignements figurant ci-dessus sont vrais et complets. Une photocopie ou une version électronique de cette autorisation est aussi valable que l'original.

A REMPLIR PAR LE PARTICIPANT AU RÉGIME

Signature du participant au régime

Date de la signature