

FORMULAIRE D'ENROLEMENT ET D'ADDITION DE DÉPENDANTS

PARTIE 1-ENROLEMENT

Je sollicite la couverture suivante :	Employé seul	Employé et un dépendant	Employé et famille
Ce formulaire est complété pour un :	Nouvel employé	Enrollement tardif	Ajout de dépendant
Plan:	1	2	3
			4

Nom du détenteur de la Police : _____ No de Police : _____ No de Certificat : _____

Nom de Famille : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille: _____

Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
Jour / Mois / Année

Hauteur : _____ Pieds Mètres Poids : _____ Kg Livres Sexe : Masculin Féminin

Adresse : _____ Ville : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

Statut Matrimonial : Marié(e) Célibataire Veuf(ve) Divorcé(e) Concubinage No. d'Identité Fiscale : _____

Occupation : _____ Salaire Mensuel : _____ Date d'emploi : _____ Date effective : _____
Jour / Mois / Année Jour / Mois / Année

Votre conjoint(e) est-il (elle) couvert(e) par un autre Plan d'Assurance ? Oui Non Si oui, lequel: _____

J'ajoute un/des dépendants.(en cas d'addition de dépendants, cochez la case)

DÉPENDANTS ÉLIGIBLES A L'ASSURANCE MALADIE DE L'EMPLOYÉ (attachez une page additionnelle si nécessaire)				
Nom et Prénom	Date de Naissance	Hauteur	Poids	Adresse
Epoux (se) Sexe : M F	_____ <small>Jour / Mois / Année</small>	_____ <small>Mètre Pieds</small>	_____ <small>lbs. Kgs.</small>	_____
Enfant Dépendant 1 Sexe : M F	_____ <small>Jour / Mois / Année</small>	_____ <small>Mètre Pieds</small>	_____ <small>lbs. Kgs.</small>	_____
Enfant Dépendant 2 Sexe : M F	_____ <small>Jour / Mois / Année</small>	_____ <small>Mètre Pieds</small>	_____ <small>lbs. Kgs.</small>	_____
Enfant Dépendant 3 Sexe : M F	_____ <small>Jour / Mois / Année</small>	_____ <small>Mètre Pieds</small>	_____ <small>lbs. Kgs.</small>	_____
Enfant Dépendant 4 Sexe : M F	_____ <small>Jour / Mois / Année</small>	_____ <small>Mètre Pieds</small>	_____ <small>lbs. Kgs.</small>	_____
Enfant Dépendant 5 Sexe : M F	_____ <small>Jour / Mois / Année</small>	_____ <small>Mètre Pieds</small>	_____ <small>lbs. Kgs.</small>	_____
Enfant Dépendant 6 Sexe : M F	_____ <small>Jour / Mois / Année</small>	_____ <small>Mètre Pieds</small>	_____ <small>lbs. Kgs.</small>	_____
Enfant Dépendant 7 Sexe : M F	_____ <small>Jour / Mois / Année</small>	_____ <small>Mètre Pieds</small>	_____ <small>lbs. Kgs.</small>	_____

N.B: Pour tout enfant dépendant âgé de 19 à 22 ans, prière d'attacher le certificat scolaire ou universitaire.

Date: _____ Signature de l'Employé _____
Jour / Mois / Année

USAGE RESERVE A LA COMPAGNIE: Annuler Pré-existence

Appliquer Pré-existence jusqu'à: _____ Pré-existence applicable

FORMULAIRE D'ENROLEMENT ET D'ADDITION DE DÉPENDANTS

Les questions ci-dessous doivent être répondues pour l'appliquant et pour chaque membre de la famille inclu dans cette application.

1- Durant ces 24 derniers mois, avez-vous déjà été diagnostiqué d'une condition médicale ou avez-vous reçu traitement pour une condition médicale, mentale, physique ou nerveuse? Oui Non

2- Durant ces 24 derniers mois, vous a-t-on conseillé, recommandé d'être testé, de suivre un traitement ou de subir une opération que vous n'avez pas encore effectué? Oui Non

Si la réponse est "oui" à l'une de ces questions, prière de donner des détails dans le tableau figurant dans la partie 2.

PARTIE 2-QUESTIONNAIRE MÉDICAL

Les questions ci-dessous doivent être répondues pour l'appliquant et pour chaque membre de la famille inclu dans cette application. Si la réponse est "oui" à l'une de ces questions, prière de donner des détails dans le tableau ci-dessous.

Avez-vous jamais souffert de, été traité pour, été avisé que vous avez une maladie, un dysfonctionnement, résultant de, entraînant ou ayant un rapport avec une des conditions suivantes:

- | | | |
|--|-----|-----|
| 1- Asthme, sinusite, allergies, toux chronique, emphysème, problème respiratoire ? | Oui | Non |
| 2- Problèmes circulatoires, hypertension, cholestérol, ou triglycérides? Problèmes de coeur? cardiovasculaire, anémie? | Oui | Non |
| 3- Problèmes digestifs (estomac, intestins, etc.) , pancréatique, du foie? | Oui | Non |
| 4- Des glandes thyroïdes, des ovaires? | Oui | Non |
| 5- Migraine, maux de tête chroniques, système nerveux, mental, des yeux, des oreilles? | Oui | Non |
| 6- Diabète? Si oui, compléter le questionnaire de diabète. | Oui | Non |
| 7- Hypertension? Si oui, compléter le questionnaire d'hypertension. | Oui | Non |
| 8- Maladie du sang, cancer, tumeur, kyste, polype? | Oui | Non |
| 9- Maladie de la peau? | Oui | Non |
| 10- Du système urinaire, des reins, de la prostate et des organes génitaux? | Oui | Non |
| 11- Des os, des muscles, des articulations, de la colonne vertébrale, arthrite, arthrose? | Oui | Non |
| 12- Avez-vous une historique familiale de diabète, d'hypertension, de maladie du coeur ou circulatoire? | Oui | Non |
| 13- Consommez-vous actuellement du tabac? Et durant ces 5 dernières années? | Oui | Non |
| 14- Suivez-vous actuellement un traitement? | Oui | Non |
| 15- Avez-vous d'autres maladies, accidents, ou dysfonctionnements qui n'ont pas été cités ci-dessus | Oui | Non |
| 16- Abus d'alcool, de drogue? | Oui | Non |

Question #	Prénom de la personne	Condition/diagnostic traitement passé et actuel	Nom, adresse et téléphone des médecins et hôpitaux	Date des traitements

Date: _____
Jour / Mois / Année

Signature de l'Employé _____

FORMULAIRE D'ENROLEMENT ET D'ADDITION DE DÉPENDANTS

Question #	Prénom de la personne	Condition/diagnostic traitement passé et actuel	Nom, adresse et téléphone des médecins et hôpitaux	Date des traitements

(Attachez des pages additionnelles si nécessaire.)

PARTIE 3-BÉNÉFICIAIRE (S) DÉSIGNÉ (S) ASSURANCE VIE

Nom et Prénom du bénéficiaire	Lien parenté	Pourcentage	Adresse

Je soussigné (e) déclare que toutes les réponses sont correctes et sincères. Je certifie avoir signalé toutes les maladies et infirmités actuelles ou antérieures dont j'ai pu avoir connaissance pour moi-même et ma famille. J'accepte que toute omission, informations incorrectes ou incomplètes pourraient résulter d'un rejet de réclamation ou de l'annulation de la police. J'accepte que la présente application serve de base de garantie au contrat.

J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les contributions exigées, si c'est le cas pour payer la part des primes de l'Assurance collective émise par la AIC au nom de mon employeur détenteur de la police.

J'autorise tout médecin, hôpital, clinique ou tout autre établissement médical, compagnie d'assurance ou tout autre personne m'ayant prodigué des soins à fournir à la AIC les renseignements au sujet de ma santé. Une copie de cette autorisation est aussi valable que l'original. Cette autorisation est valide tout autant que la police est en force.

Date: _____
Jour / Mois / Année

Signature de l'Employé _____

Je confirme que cet employé(e) travaille effectivement avec notre employeur depuis la date indiquée et exerce activement ses fonctions ou tâches en un temps minimum de 30 heures par semaine pour le salaire mentionné sur ce registre.

Date: _____
Jour / Mois / Année

Signature de l'Employeur: _____