



Formulaire d'Enrôlement



Partie 1: Réservée aux Responsables de groupe

Je sollicite la couverture suivante : Employé Seul Employé et un dépendant Employé et famille
Ce formulaire est complété pour un : Nouvel employé Enrôlement tardif
Plan : Plan 1 Plan 2 Plan 3 Plan 4
No de la Police : **Date effective :** JJ MM AAAA
Nom du détenteur de la Police :

Partie 2: A | Réservée à l'assuré(e)

Nom de Famille : |
Prénom : |
Nom de jeune fille : |
Statut : Célibataire Marié (e) Concubinage Divorcé (e) Veuf (ve)
Date de Naissance : JJ MM AAAA **Hauteur :** m **Poids :** Lbs **Sexe :** M F
Adresse : |
Téléphone +509 : +509
E-mail : |
Votre conjoint(e) est-il(elle) couvert(e) par une autre Assurance? Oui Non
Si oui, laquelle :

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

DÉPENDANTS ÉLIGIBLES À L'ASSURANCE MALADIE DE L'EMPLOYÉ (attachez une page additionnelle si nécessaire)

Nom et Prénom	Sexe	Date de Naissance
Epoux(se) B Nom Prénom	M F	JJ MM AAAA
Enfant C Nom Prénom	M F	JJ MM AAAA
Enfant D Nom Prénom	M F	JJ MM AAAA
Enfant E Nom Prénom	M F	JJ MM AAAA
Enfant F Nom Prénom	M F	JJ MM AAAA

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

Date : JJ MM AAAA **Signature de l'assuré(e) :** _____

Partie 3 - Questionnaire Médicale

Les questions ci-dessous doivent être répondues pour l'applicant et pour chaque membre de la famille inclus 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 de ces conditions suivantes:

Si la réponse est "oui", veuillez utiliser les lettres suivantes pour faire référence aux sujets concernés:

Assuré principal (A), Epoux/Epouse (B), Enfant Dépendant 1 (C), Enfant Dépendant 2 (D), Enfant Dépendant 3 (E), Enfant Dépendant 4 (F)

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
17- 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
18- 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

USAGE RÉSERVÉ À LA AIC

Annuler Pré-existence

Appliquer Pré-existence jusqu'à:

JJ

MM

AAAA

Pré-existence applicable



Question No.	Identifiant <i>(lettre correspondante)</i>	Précisez les informations suivantes: condition médicale, nom du médecin consulté, Téléphone, Date du dernier traitement.

Date :

JJ

MM

AAAA

Signature de l'assuré(e) : _____

Partie 4 - Bénéficiaire(s) Désigné(s) Assurance Vie en Cas de Décès.

**Veuillez préciser le pourcentage que recevra chacun des bénéficiaires en considérant que la somme totale devra être égale à 100%.
 Les liens admissibles sont: Epoux(se), Fils/Fille, Ami (e), Concubin (e), Beau-Fils (Belle-Fille), Parent, Frere/Soeur, Autres...*

Nom et Prénom du Bénéficiaire	Lien de Parenté	%
Nom 1 Prénom		%
Nom 2 Prénom		%
Nom 3 Prénom		%
Nom 4 Prénom		%

La Somme doit être égale à 100%

TOTAL

%

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 :

JJ MM AAAA

Signature de l'assuré(e) : _____

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 :

JJ MM AAAA

Signature de l'employeur : _____

Veuillez imprimer le formulaire pour la signature et nous le transmettre physiquement au 3 rue Jean Gilles, Blvd Toussaint Louverture; ou par courrier électronique à sante@aic.ht.