

Numéro de groupe **Code d'usager GPM**
 Nom(s) de famille de l'employé **Prénom(s) de l'employé** **Date de naissance (j/m/aaaa)**
 Adresse courriel

À COMPLÉTER PAR L'ADMINISTRATEUR (Tous les participants doivent être couverts par un régime d'assurance santé provincial)

Nom de l'employeur **Date d'embauche à temps plein (j/m/aaaa)**
 Catégorie / Classe / Module **Période d'attente**
 Occupation **Salaire annuel** **annulée pour condition d'embauche**
 Nombre d'heures travaillées par semaine **Statut :** Permanent Temporaire Contractuel Saisonnier
 Commentaires **Nota :** La demande de renonciation de la période d'attente peut être faite **seulement** à la date d'embauche initiale

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYÉ

Adresse (app, no. civique, rue, ville, province, code postal) **Téléphone** **Sexe** M F **Langue** Français Anglais
 Êtes-vous un travailleur étranger détenteur d'un permis de travail ? Oui Non
État civil
 Célibataire Marié Conjoint de fait (L'admissibilité pour les conjoints de fait commence après 12 mois de cohabitation continue)
 Si vous avez un conjoint, est-il assuré en vertu d'un autre régime collectif ? Non Si oui : Médical : Ind Fam Dentaire : Ind Fam
 Avez-vous des enfants à charge de moins de 26 ans résidant au Canada ? *Oui Non
 Vos enfants à charge, sont-ils assurés en vertu d'un autre régime collectif ? Médical : Oui Non Dentaire : Oui Non
 * Une preuve de statut sera requise si l'enfant est considéré invalide ou s'il est étudiant à temps plein tel que défini dans votre contrat.

Je désire la garantie suivante

Frais médicaux Individuelle Couple Monoparentale Familiale Exemption*
 Soins dentaires (si applicable) Individuelle Couple Monoparentale Familiale Exemption*

* Vous devez adhérer et couvrir votre conjoint et vos enfants conformément aux **Conditions d'admissibilité définies au Livret des Garanties**. Indépendamment de votre lieu de résidence, vous pouvez renoncer aux garanties de Frais médicaux et de Soins dentaires si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par des garanties similaires aux termes d'un autre régime d'assurance collective.

Détails sur les personnes à ma charge

Nom(s) de famille	Prénom(s)	Relation	Date de naissance (j/m/a)	Sexe M / F
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Conjoint	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Enfant	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Désignation du bénéficiaire

Nota : Pas de rature, liquide correcteur ou toute autre correction dans cette section.

Premiers bénéficiaires

La présente section doit être remplie pour désigner un bénéficiaire à l'égard de l'assurance vie du participant.

Nom(s) de famille	Prénom(s)	Part en %	Lien(s) avec Participant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Bénéficiaires en sous-ordre

Les bénéficiaires en sous-ordre ne touchent une prestation de décès que si aucun des premiers bénéficiaires n'y a droit.

Nom(s) de famille	Prénom(s)	Part en %	Lien(s) avec Participant
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Là où la Loi du Québec s'applique :

La désignation du conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) à titre de bénéficiaire est **irrévocable**, à moins que vous ne cochiez la case ci-dessous :

Je demande que ma désignation soit révocable

Tout montant à être versé à un bénéficiaire mineur sera payé pour son compte au(x) parent(s), tuteur(s), ou curateur(s) jusqu'à ce qu'il atteigne l'âge de la majorité dans sa province de résidence.

Désignation du fiduciaire de bénéficiaire mineur (Ne s'applique pas au Québec)

Toute somme payable pendant la minorité du ou des bénéficiaires mineurs sera versée à fiduciaire ou, à défaut de fiduciaire, au tuteur dûment désigné du ou des mineurs en cause, à titre de fiduciaire. Le règlement des sommes dues au fiduciaire libère l'assureur de toute obligation.

Déclaration et autorisation

Je comprends que mon adhésion, mes couvertures et celles de mes personnes à charge aux termes du régime d'assurance collective sont conditionnelles à ce que mes personnes à charge et moi-même conservions une couverture complète dans le cadre du régime public d'assurance-maladie dans notre province de résidence. En soumettant votre fiche d'adhésion vous confirmez que les informations fournies sont exactes, précises et véritables, toute information fautive pourra résulter en un rejet de vos demandes de règlement. Vous autorisez GPM et ses mandataires à : (i) Faire enquête auprès de tous fournisseurs de services ou de biens et obtenir toutes informations relatives aux services fournis et biens vendus; (ii) Procéder à la collecte d'informations concernant la demande de remboursement ou la réclamation; (iii) Obtenir, utiliser et divulguer des renseignements personnels vous concernant ou concernant les personnes visées à votre demande, nécessaires à sa vérification diligente afin d'en déterminer la véracité. Notez que nous partagerons les informations relatives à une fausse déclaration ou demande frauduleuse aux autorités compétentes ainsi qu'au Titulaire du régime. Vous acceptez aussi que la personne à qui la demande d'information est adressée réponde aux questions soumises pour la vérification de votre demande et notre enquête. J'autorise mon employeur à prélever sur mon salaire toute cotisation, si nécessaire, se rapportant à ma couverture par l'entremise du régime collectif.

Date (j/m/aaaa) **Signature de l'employé** **Signature de l'employeur**