Beneplan Inc
500-150 Ferrand Drive · Toronto · ON · M3C 3E5
Tél. : 416-863-6718 · Téléc. : 416-863-5157 · Sans frais : 1800-387-1670

Formulaire d' INSCRIPTION aux avantages sociaux collectifs

Employé

Employeur :	**Division :**	**Classe :**	**Certificat :**

Nom de famille :	**Prénom :**	**Sexe :** ☐ Masculin ☐ Féminin	**Langue :** ☐ Anglais ☐ Français

Date de naissance : (aaaa/mm/jj)	**Date d'embauche :** (aaaa/mm/jj)	**Date d'entrée en vigueur :** (aaaa/mm/jj)	**Couverture :** ☐ Personne seule ☐ Familiale ☐ Refus

Poste :	**Salaire :** $ ☐ Heure (heures par semaine _____) ☐ Semaine ☐ Mois ☐ Année
Adresse municipale :	

Ville :	**Province :**	**Code postal :**

Époux(se) / Conjoint(e) de fait

Nom de famille :	**Prénom :**	**Date de naissance :** (aaaa/mm/jj)	**Sexe :** ☐ Masculin ☐ Féminin

Note : Si conjoint de fait, la cohabitation a débuté le (aaaa/mm/jj) ____ / __ / __.

Enfants

Nom de famille :	**Prénom :**	**Date de naissance :** (aaaa/mm/jj)	**Sexe :** ☐ Masculin ☐ Féminin	☐ Étudiant de 21 à 24 ans ☐ Handicapé
			☐ Masculin ☐ Féminin	☐ Étudiant de 21 à 24 ans ☐ Handicapé
			☐ Masculin ☐ Féminin	☐ Étudiant de 21 à 24 ans ☐ Handicapé
			☐ Masculin ☐ Féminin	☐ Étudiant de 21 à 24 ans ☐ Handicapé

Note : Les enfants de 21 à 24 ans doivent être des étudiants à temps plein pour bénéficier de la couverture. Veuillez remplir le formulaire « d'admissibilité de l'étudiant ».

Bénéficiaire

Nom de famille :	**Prénom :**	**Relation :**

Note : Je nomme comme bénéficiaire révocable de toute assurance payable advenant mon décès. Dans le cas où la personne désignée est mineure, je nomme par la présente comme fiduciaire : (nom) _____, (relation avec l'employé) _____.

Refus

Par la présente, je refuse les avantages sociaux ci-dessous étant donné que je bénéficie déjà d'une couverture par l'entremise de mon époux(se). Je comprends que je peux adhérer à nouveau si mon époux(se) perd sa couverture. Je comprends également que pour adhérer de nouveau sans condition, je dois le faire dans les 30 jours de la perte de couverture, sinon je devrai fournir la preuve d'un état de santé satisfaisant et ma demande devra être approuvée.

☐ Maladie
☐ Soins dentaires

Compagnie d'assurance et police de mon époux(se) :

Coordination des prestations (CDP)

J'ai choisi la couverture familiale et mon époux(se) dispose d'une couverture par l'entremise de son employeur et j'ai indiqué le type de couverture qui s'applique.

☐ Maladie pour l'époux(se) seulement
☐ Soins dentaires pour l'époux(se) seulement
☐ Maladie pour l'époux(se) et la (les) personne(s) à charge
☐ Soins dentaires pour l'époux(se) et la (les) personne(s) à charge

Compagnie d'assurance et police de mon époux(se) :

Déclaration

Je demande par la présente la couverture d'avantages sociaux collectifs et j'autorise la déduction de mon salaire de toute contribution requise en vertu du régime d'avantages sociaux collectif. J'autorise par la présente mon employeur et/ou l'administrateur du régime collectif et/ou la société d'assurance et/ou leur(s) agent(s) et/ou toute autre personne et/ou organisation possédant des informations pertinentes à mon sujet et/ou au sujet de mon époux(se) et/ou de ma (mes) personne(s) à charge à révéler et à échanger toutes les informations nécessaires dans le but de déterminer l'admissibilité aux avantages et aux fins d'administration du régime d'avantages sociaux collectif. Je confirme que je suis autorisé(e) à agir au nom de mon époux(se) et/ou de ma (mes) personne(s) à charge dans un tel but. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale (NAS) aux fins de déclaration de taxe. Je déclare que les informations fournies ici sont vraies, complètes et exactes. Une copie de cette autorisation sera considérée comme valide autant que l'original.

Signature de l'employé : **Date :** (aaaa/mm/jj)

Signature de l'employeur : **Date :** (aaaa/mm/jj)