SERVICE COLLECTIF TOTAL

3078 boul. Dagenais O, Laval, Québec H7P 1T6
Tél. : (450) 625-7000 Sans frais : 1 (888) 625-7001
Téléc. : (450) 625-8333 www.sctotal.com

Demande d'adhésion

(Remplir à l'encre en caractère d'imprimerie, signer et nous faire parvenir **l'original** en ayant conservé une copie pour vos dossiers)

❒ Adhésion
❒ Modification (date effective)_____

Réservé à Service Collectif Total

Reçu : _____

Entré : _____ par _____

Telus :_____ par _____

Num. : _____ par _____

PARTICIPANT

Titulaire du contrat (employeur)			**N° de contrat**	
N° Identifiant (attribué par SCT)	**N° Employé** (attribué par SCT)	**Fonction actuelle**	N° division/compte	**Catégorie**
Nom de famille		**Prénom**	**Date de naissance** (AAAA-MM-JJ)	
Adresse N° Rue App.		**Ville** **Province**	**Code postal**	

État civil
❒ Célibataire ❒ Marié(e) / ❒ Séparé(e)/divorcé(e) Union civile ❒ Conjoint de fait ❒ Veuf (ve)
Cohabitent depuis _____

Date d'emploi (AAAA-MM-JJ)

Date d'admissibilité (AAAA-MM-JJ)

Statut d'emploi
❒ temps complet
❒ temps partiel ------> Nbre d'heures / sem. _____
❒ permanent ----------> depuis le _____ (AAAA-MM-JJ)
❒ saisonnier ❒ contractuel ❒ trav. autonome

Correspondance
❒ Français
❒ Anglais

Sexe
❒ Féminin
❒ Masculin

Salaire annuel

Raison de la modification

CHOIX DES PROTECTIONS

Assurance maladie compl.
❒ Protection individuelle
❒ Protection familiale
❒ Protection monoparentale *
❒ Protection couple *
❒ Exempté ----------→

Assurance soins dentaires
❒ Protection individuelle
❒ Protection familiale
❒ Protection monoparentale *
❒ Protection couple *
❒ Exempté ----------→

Assurance vie facultative du participant * ❒ Non ❒ Oui

_____ tranches de 10 000 $ (maximum de 100 000 $)

Veuillez indiquer la protection choisie et effectuer la déclaration ci-contre ----------→

* si offert dans votre contrat

❒ **DEMANDE D'EXEMPTION**

Si vous ou vos personnes à charge êtes couverts par un autre régime d'assurance collective, vous pouvez renoncer aux garanties suivantes auxquelles vous êtes couverts sous l'autre régime.

Exemptez ❒ le **participant** ❒ les **personnes à charge** pour ❒ l'assurance maladie complémentaire ❒ l'assurance soins dentaires

_____ Nom de la personne assurée

_____ Employeur

_____ N° de contrat

_____ N° de certificat

_____ Nom de la compagnie d'assurance

❒ **FIN D'EXEMPTION**

Raison _____

_____ Signature du participant

Date _____

Déclaration : Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait usage de tabac sous quelque forme que ce soit? ❒ Non ❒ Oui

L'assurance facultative ne prendra effet qu'à la date d'acceptation des preuves d'assurabilité par l'assureur sauf si les dispositions de la police permettent d'obtenir une garantie sans preuves d'assurabilité. Note - une fausse déclaration sur le tabagisme entraînera l'annulation de cette garantie facultative.

PROTECTION DES PERSONNES À CHARGE

Identifiez vos personnes à charge seulement si vous souscrivez à la protection familiale (monoparentale ou couple) en assurance maladie complémentaire et soins dentaires.

Relation	Nom	Prénom	Sexe	Date de naissance			Statut des enfants si âgés de 21 ans ou plus, préciser :	
Conjoint			❒ F ❒ M	Année	Mois	Jour		
Enfant			❒ F ❒ M	Année	Mois	Jour	❒ Étudiant à temps plein	❒ Handicapé
Enfant			❒ F ❒ M	Année	Mois	Jour	❒ Étudiant à temps plein	❒ Handicapé
Enfant			❒ F ❒ M	Année	Mois	Jour	❒ Étudiant à temps plein	❒ Handicapé

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE (Pour l'assurance vie du participant)

Nom(s), Prénom(s)	Lien(s) de parenté	*
		❒ Révocable ❒ Irrévocable

*** Au Québec, en l'absence de tout choix, la désignation du conjoint légal (marié ou union civile) est irrévocable et celle de tout autre bénéficiaire est révocable.**
La désignation d'un bénéficiaire irrévocable entraîne des conséquences importantes, notamment, son consentement sera nécessaire pour le remplacer et, s'il est d'âge mineur, le consentement de son tuteur devra être obtenu.

AUTORISATION ET SIGNATURE

AUTORISATION – J'autorise mon employeur à déduire de mon salaire les cotisations requises, l'Assureur et le responsable du régime à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour fins d'identification et d'administration. De plus, j'autorise tout médecin, tout autre professionnel et intervenant dans le domaine de la santé et de la réadaptation, ainsi que tout établissement public ou privé de santé ou de services sociaux, toute compagnie d'assurance, de même que tout réassureur, tout organisme public ou privé, tout agence de renseignements qui aurait reçu tel mandat, tout intermédiaire de marché, tout employeur ou ex-employeur, le preneur ainsi que tout autre personne détenant des dossiers ou des renseignements personnels, notamment des renseignements médicaux à mon sujet, le cas échéant, à fournir à l'Assureur ou à ses mandataires, tous les renseignements qu'il détient, nécessaires au traitement de mon dossier.

J'autorise également l'Assureur à communiquer ces renseignements aux personnes mentionnées ci-dessus lorsque nécessaire, dans le cadre de ses activités et du traitement de mon dossier.

En cas de décès, j'autorise expressément le Preneur, l'employeur, le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession à fournir à l'Assureur ou à ses mandataires lorsque requis, tous les renseignements ou autorisations permettant le traitement de mon dossier.

Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, prolongation ou de son renouvellement. Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original.

_____ Signature du participant

N° de tél. ( )_____

Date _____

Je déclare qu'à ma connaissance, les renseignements ci-haut sont véridiques et que ce participant est : Couvert par la CSST (Workers' Comp.) : ❒ Oui ❒ Non par l'Assurance-Emploi : ❒ Oui ❒ Non

_____ Signature du responsable chez l'employeur (obligatoire) et nom en lettres moulées

N° de tél. ( )_____

Date _____