

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