

N° de groupe

Code d'utilisateur GPM

Nom(s) de famille de l'employé

Prénom(s) de l'employé

Date de naissance (j/m/aaaa)

Adresse courriel de l'employé

**INSTRUCTIONS**

1. REMPLIR LE FORMULAIRE.
2. SIGNER LE FORMULAIRE À LA DEUXIÈME PAGE.

**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

Catégorie / Classe / Module

Occupation

Salaire annuel

Nbre d'heures travaillées/sem.

Statut : Permanent  Temporaire  Contractuel  Saisonnier Période d'attente  annulée pour condition d'embauche

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  F  M Langue  Français  Anglais Êtes-vous un travailleur étranger détenteur d'un permis de travail ?  Non  OuiÉtat civil  Célibataire  Marié(e)  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  Oui, comme suit: MÉDICAL  Ind.  Fam. DENTAIRE  Ind.  Fam.Avez-vous des enfants à charge de moins de 26 ans résidant au Canada ?  Non  Oui\* \* 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.Vos enfants à charge, sont-ils assurés en vertu d'un autre régime collectif ? MÉDICAL  Non  Oui DENTAIRE  Non  Oui
**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**
**N'oubliez pas de  
signer au verso !**

CONJOINT(E) Nom(s) de famille

CONJOINT(E) Prénom(s)

Sexe Date de naissance (j/m/aaaa)

 F M

ENFANT 1 Nom(s) de famille

ENFANT 1 Prénom(s)

Sexe Date de naissance (j/m/aaaa)

 F M

ENFANT 2 Nom(s) de famille

ENFANT 2 Prénom(s)

Sexe Date de naissance (j/m/aaaa)

 F M

ENFANT 3 Nom(s) de famille

ENFANT 3 Prénom(s)

Sexe Date de naissance (j/m/aaaa)

 F M

ENFANT 4 Nom(s) de famille

ENFANT 4 Prénom(s)

Sexe Date de naissance (j/m/aaaa)

 F M

N° de groupe

Code d'utilisateur GPM

### Désignation du bénéficiaire

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

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

Nom(s) de famille	Prénom(s)	Part en %	Lien(s) avec le 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"/>
<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.

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

Nom(s) de famille	Prénom(s)	Part en %	Lien(s) avec le 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"/>
<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

**Au Québec, les dispositions du Code Civil s'appliquent.** Dans les autres provinces et territoires, toute somme payable pendant la minorité du ou des bénéficiaires mineurs sera versée à :

Nom complet

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 complémentaires à celles du régime public et peuvent être 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 ma fiche d'adhésion je confirme que les informations fournies sont exactes, précises et véritables, et je comprends que toute information fautive pourra résulter en un rejet de mes demandes de règlement. J'autorise GPM, ses agents, partenaires, et mandataires à : (i) Recueillir, utiliser, échanger, conserver et divulguer les renseignements recueillis sur le présent formulaire ou dans le cadre de communications ultérieures, et toute information relative à ma demande d'adhésion concernant mes personnes à charge ou moi-même, aux fins de gestion, de sélection, de vérification ou de traitement de mon produit d'assurance ou de mes demandes de règlement; (ii) Réviser mes protections et déterminer si d'autres produits d'assurance ou services financiers pourraient répondre à mes besoins et me les offrir et pour ce faire, communiquer certains renseignements, excluant ceux sur la santé, à un partenaire affilié à GPM; (iii) Faire enquête auprès de tous fournisseurs de services ou de biens et obtenir toutes informations relatives aux services fournis et biens vendus acceptant que la personne à qui la demande d'information est adressée réponde aux questions soumises pour la vérification de ma demande en cours d'enquête; (iv) Procéder à la collecte d'informations concernant la demande de remboursement ou la réclamation; (v) Obtenir, utiliser et divulguer des renseignements personnels me concernant ou concernant les personnes visées à ma demande, nécessaires à sa vérification diligente afin d'en déterminer la véracité; (vi) Communiquer avec moi par courriel afin de me transmettre des informations concernant mon régime collectif ou toute communication afférente ultérieure par GPM ou un de ses partenaires affiliés à l'adresse courriel inscrite à mon dossier GPM. Je comprends que les informations relatives à une fausse déclaration ou demande frauduleuse pourraient être transmises aux autorités compétentes ainsi qu'au Titulaire du régime. J'autorise mon employeur à prélever sur mon salaire toute cotisation, si nécessaire, se rapportant à ma couverture par l'entremise du régime collectif.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

NOM COMPLET DE L'EMPLOYÉ (Caractères d'imprimerie)

Date (j/m/aaaa)

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR

NOM COMPLET DE L'EMPLOYEUR (Caractères d'imprimerie)

Date (j/m/aaaa)