

Demande d'adhésion pour les employés

TotalGUARD

Ce formulaire doit être complété par l'employé/participant

Renseignements sur l'employeur

Nom de l'entreprise	Adresse de l'entreprise	Ville	Numéro de certificat (Usage de HED seulement)
Province	Code Postal	Téléphone	Télécopieur

Renseignements sur l'employé

Nom de l'employé (prénom, initiales, nom de famille)	Date de naissance (jj/mm/aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Province de résidence	
Adresse de l'employé	Ville	Province	Code Postal	Téléphone de l'employé
Salaire brut <input type="checkbox"/> Année <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Bi-mensuel <input type="checkbox"/> À l'heure	Nombre d'heures travaillées par semaine	Nombre de mois travaillés par année	Date d'embauche à temps plein (20 heures et plus par semaine) (jj/mm/aaaa)	
Catégorie d'assurance <input type="checkbox"/> Propriétaire <input type="checkbox"/> Employé	Langue souhaitée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Est-ce que cette demande est due à une remise en vigueur suite à une ré-embauche <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date de ré-embauche (jj/mm/aaaa)	
Occupation	Êtes-vous <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait	Si conjoint de fait, date du début de l'union (jj/mm/aaaa)		

Adhésion à la couverture

Par la présente, je désire souscrire à l'assurance collective (tel qu'indiqué ci-dessous) par l'entremise du groupe de Courtage d'assurance HED. Ce contrat est sujet aux termes, conditions et provisions de la police, et j'autorise le prélèvement des primes nécessaire sur ma paie.

Régime d'assurance groupe de base

(Choisir un seul plan)

Or Argent Bronze

NB : Vous devez avoir adhéré au plan sélectionné ci-dessus pour 2 années complètes avant de pouvoir le modifier pour un autre choix. La modification peut se faire uniquement à la date d'anniversaire de la police.

Assurance maladie complémentaire

(Faire un choix sur le plan désiré)

Individuel Familial Partiel

NB: le plan partiel est seulement disponible lorsque l'employé est assuré par un programme familial d'assurance collective auprès de l'employeur de son conjoint.

Est-ce que votre conjoint a une assurance auprès de son employeur?

Vous pouvez refuser une garantie lorsque vous-même et vos personnes à charges sont assurés pour des couvertures similaires auprès du programme collectif de votre conjoint. Vous pouvez adhérer à une date ultérieure pour des garanties que vous avez refusées. Certaines conditions s'appliquent.

Pour être admissible au programme d'assurance maladie complémentaire, vous et vos personnes à charge (s'il y a lieu) doivent être admissible au programme public provincial de l'état.

Maladie complémentaire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui <input type="checkbox"/> Plan individuel <input type="checkbox"/> Plan familial	Soins dentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui <input type="checkbox"/> Plan individuel <input type="checkbox"/> Plan familial	Si oui, bien vouloir indiquer le numéro de police et le nom de la compagnie d'assurance
--	---	---

SVP compléter le verso de ce formulaire

Garanties facultatives - compléter cette section lorsque vous désirez souscrire à des garanties supérieures au régime de base

Assurance-vie, couverture additionnelle à la protection de base

Assurance-vie

(Disponible en unité de 25 000 \$, max. 250 000 \$)

Employé <input type="checkbox"/> Oui	montant désiré \$	Fumeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Conjoint <input type="checkbox"/> Oui	montant désiré \$	Fumeur <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Décès, mutilation accidentels

Couverture additionnelle à la protection de base
(Disponible en unité de 25 000\$, max. 250 000\$)

Employé <input type="checkbox"/> Oui	Employé et Personnes à charge <input type="checkbox"/> Oui	Montant désiré \$
---	---	----------------------

Invalité de longue durée

(66.7 % du salaire mensuel, max. 4 000 \$)

Employé <input type="checkbox"/> Oui	Durée de la garantie <input type="checkbox"/> 5 ans <input type="checkbox"/> jusqu'à 65 ans	Délai de carence <input type="checkbox"/> 30 jours (propriétaire seulement) <input type="checkbox"/> 120 jours (propriétaire ou employé) <input type="checkbox"/> 224 jours (propriétaire ou employé)
---	--	--

Renseignements sur la famille

Nom des personnes à charge	Date de naissance (jj/mm/aa)	Sexe	Lien de parenté	Handicapé*	Étudiant à temps plein*
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* Veuillez s'il vous plait faire parvenir un formulaire de prolongation de la couverture des personnes à charge à HED Courtier en Assurance Inc. pour tout enfant de plus de 21 ans ÉTUDIANT À TEMPS PLEIN ou INVALIDE.

Désignation de bénéficiaire

NB : Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les ayants droit sont présumés être les bénéficiaires.

Si le bénéficiaire est une personne d'âge mineur, un tuteur devra être nommé pour agir en faveur de celui-ci.

Nom du bénéficiaire (Nom de famille, prénom, initiales)	Montant alloué (%)	Lien avec l'employé
Nom du bénéficiaire (Nom de famille, prénom, initiales)	Montant alloué (%)	Lien avec l'employé
Pour les enfants à charge moins de 18 ans, indiquer nom et relation du tuteur		Lien avec l'employé

**L'assureur enregistre simplement les désignations ou changement de bénéficiaires et n'est pas responsable de leur validité.
Cette désignation s'applique à toute assurance vie sous cette police.**

Au Québec, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable à moins d'avis contraire. Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Dans le cas des résidents du Québec seulement, si le conjoint est bénéficiaire, la désignation est : Révocable Irrévocable

Toutes les déclarations, représentations et réponses faites dans cette adhésion sont considérées véridiques et complètes et représentent la base pour la considération de l'assurance demandée.

Signature de l'employé	Date	Signature de l'employeur	Date
------------------------	------	--------------------------	------

Vous avez le droit d'accéder aux renseignements contenus dans votre dossier et si nécessaire, le mettre à jour. HED met tous les efforts pour conserver, protéger et maintenir la confidentialité de vos renseignements personnels, d'affaire ainsi que financiers lesquels sont conformes aux 10 principes de la confidentialité des renseignements tel que requis par la loi de la Protection des renseignements personnels et des documents électroniques (www.privcom.gc.ca) Pour en apprendre plus au sujet de HED et de ses engagements, visitez notre site web au: www.hedinc.com

Chez HED Courtier en Assurance Inc., nous savons que la confidentialité des informations personnelles est très importante. Toute information que vous nous fournissez sera conservée dans un dossier d'assurance collectif. L'accès à vos informations sera limité à :

- Nos employés
- Personnes qui ont une autorisation écrite
- Toutes personnes autorisées par la loi

HED Courtier en Assurance Inc.
ASSURANCE ET GESTION DE RISQUES

Complétez et retournez
1200 Boul. Chomedey, Suite 620
Laval, PQ H7V 3Z3
Tél: (450) 686-4066 ou 1-800-363-9538
Télocopieur: (450) 686-4064