

NOUVELLE DEMANDE

 REMISE EN VIGUEUR

 MODIFICATION

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS				
Nom de l' Association / du titulaire de la police Association des Techniciens en Santé Animale du Québec		N° membre	N° contrat 290136	Division Catégorie/ Classe
Profession		Salaire annuel \$	Nbre hres travaillées / sem.	Statut d'emploi autre que permanent contractuel <input type="checkbox"/> saisonnier <input type="checkbox"/> autonome <input type="checkbox"/> <i>Vous référer au contrat d'assurance collective afin de connaître les statuts admissibles</i>
Date d'adhésion à l' Association AAAA MM JJ		Date d'admissibilité *selon le délai prévu au contrat d'assurance collective. AAAA MM JJ <i>* Pour être admissible, le salarié doit être activement au travail à cette date.</i>		
MODIFICATION ET REMISE EN VIGUEUR				
S'il s'agit d'une modification ou d'une remise en vigueur, veuillez indiquer dans cette section la date effective et la raison de cette modification ou de cette remise en vigueur. Date effective : AAAA MM JJ Raison * : _____ <i>* Pour un changement de bénéficiaire, complétez la section « Désignation du bénéficiaire »</i>				
REMARQUES				
Utilisez cette section pour inscrire tout renseignement supplémentaire _____				
Je certifie que les renseignements sont exacts et complets _____ Date				
_____ Signature de l'administrateur (obligatoire)				

À COMPLÉTER PAR L'ADHÉRENT(E)

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉRENT(E)					
Nom de famille		Prénom		Date de naissance AAAA MM JJ	
Adresse		N° téléphone		Sexe H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
n° civique	rue	app.	ville	province	code postal
État civil	célibataire <input type="checkbox"/>	veuf(ve) <input type="checkbox"/>	séparé(e) <input type="checkbox"/>	si conjoint(e) de fait, date de cohabitation AAAA MM JJ	
	marié(e) <input type="checkbox"/>	conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/>	divorcé(e) <input type="checkbox"/>		
Êtes-vous déjà assuré par L'Excellence? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Si oui, veuillez inscrire votre numéro de contrat : _____					
PROTECTION ACCIDENT / MALADIE ET / OU SOINS DENTAIRES					
Accident/Maladie			Soins dentaires		
Monoparentale <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>	Exemptée <input type="checkbox"/>	Monoparentale <input type="checkbox"/>	Familiale <input type="checkbox"/>	Exemptée <input type="checkbox"/>
Individuelle <input type="checkbox"/>	Couple <input type="checkbox"/>	(Compléter la section « Exemption »)	Individuelle <input type="checkbox"/>	Couple <input type="checkbox"/>	(Compléter la section « Exemption »)
RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE					
Avez-vous des personnes à charge? oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> (Vous référer à la définition contractuelle) Si oui, veuillez compléter les renseignements suivants et veuillez noter que la garantie d'assurance-vie des personnes à charge est obligatoire.					
Nom de famille		Prénom		Sexe	
				Date de naissance AAAA MM JJ	
				Étudiant(e)*	
				Handicapé(e)	
Conjoint(e)				H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	S/O
Enfant				H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	S/O
Enfant				H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	S/O
Enfant				H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	S/O
<i>* Joindre l'attestation du statut d'étudiante(e) à temps plein si âgé(e) de 21 ans et plus.</i>					
EXEMPTION AUX GARANTIES ACCIDENT / MALADIE ET / OU SOINS DENTAIRES					
Accident/Maladie			Soins dentaires		
<input type="checkbox"/> je renonce pour moi-même et mes personnes à charge			<input type="checkbox"/> je renonce pour moi-même et mes personnes à charge		
<input type="checkbox"/> je renonce pour mes personnes à charge seulement			<input type="checkbox"/> je renonce pour mes personnes à charge seulement		
<i>Vous pouvez renoncer à ces garanties seulement si vous et/ou vos personnes à charge êtes couverts aux termes d'un autre régime collectif. Inscrire les renseignements sur le régime du (de la) conjoint(e).</i>					
Nom de la compagnie d'assurance : _____			N° de contrat : _____		
DÉSIGNATION DU (DES) BÉNÉFICIAIRE(S)					
Nom(s) et prénom(s) du (des) bénéficiaire(s)		%		Lien avec le (la) salarié(e)	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
_____		_____		_____	
<input type="checkbox"/> révocable* <input type="checkbox"/> irrévocable* <input type="checkbox"/> révocable* <input type="checkbox"/> irrévocable* <input type="checkbox"/> révocable* <input type="checkbox"/> irrévocable*					
* Participant du Québec et héritiers légaux					
Au Québec, la désignation du conjoint marié comme bénéficiaire est irrévocable à moins de précision contraire du (de la) salarié(e). Une désignation irrévocable ne peut être modifiée que si le bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire. Si les héritiers légaux ou la succession sont désignés comme bénéficiaires, écrire en toutes lettres « héritiers légaux » ou « succession » sans préciser nom(s), prénom(s) et lien avec le (la) salarié(e).					
<i>À compléter dans le cas d'un changement de bénéficiaire, seulement si le bénéficiaire actuel est irrévocable</i>					
Par la présente, je consens à être révoqué comme bénéficiaire actuel de la police ci-dessus mentionnée et je renonce à tous mes droits et privilèges en vertu de cette police. _____ Date					
_____ Signature du bénéficiaire irrévocable					
AVIS RELATIF À LA CONSTITUTION D'UN DOSSIER PERSONNEL					
Les renseignements personnels que l'Excellence, Compagnie d'assurance-vie et ses mandataires détiennent ou détiendront à votre sujet seront traités de façon confidentielle et seront consignés dans un dossier dont l'objet est de vous permettre de bénéficier des différents produits d'assurance et autres services complémentaires offerts.					
Dans cette mesure, j'autorise l'Excellence, Compagnie d'assurance-vie et ses mandataires à recueillir et à divulguer, lorsque nécessaire, tout renseignement personnel relatif à la souscription et/ou à la gestion de tout produit d'assurance que j'ai souscrits.					
Vous pouvez avoir accès à votre dossier et faire rectifier des renseignements si vous démontrez qu'ils sont inexactes, incomplets, équivoques, périmés ou non nécessaires. Vous devez alors faire une demande écrite à l'attention du responsable de l'accès à l'information. _____ Date					
_____ Signature de l'adhérent(e)					

DÉCLARATION - ASSURANCE SALAIRE LONG TERME 2 ANS -

Par la présente, je soussigné(e), accepte la garantie et déclare que :

- ◆ Les renseignements contenus dans cette proposition sont vrais et complets et qu'ils constituent la base sur laquelle la garantie d'assurance doit être établie; je comprends et accepte que, si quelque fausse déclaration ou omission importante a été faite, l'Assureur ne soit tenu à aucune obligation en vertu de toute assurance qui me soit émise par la suite de l'acceptation de ma demande d'assurance.
- ◆ Actuellement, j'acquies toutes les fonctions habituelles de mon emploi, je n'ai pas de handicap permanent et je ne suis pas en attente d'une chirurgie, d'une hospitalisation ou de tests ou résultats de tests médicaux; je suis apte mentalement et physiquement à acquies toutes les fonctions habituelles de mon emploi ou profession de façon continue depuis 6 mois.
- ◆ Au cours des trente-six (36) derniers mois :
 - je n'ai pas consulté, été suivi, été traité ou reçu des conseils d'un médecin ou d'un professionnel de la santé ou reçu une prescription de médicaments pour :
 - Cancer ou tumeur;
 - Troubles cardiaques incluant infarctus du myocarde, accident cérébral vasculaire ou ischémie cérébrale transitoire;
 - Troubles émotifs ou psychiatriques notamment dépressions, épuisement (burnout), anxiété, fatigue chronique ou tout autre désordre mental ou nerveux;
 - Sida ou toute affection reliée au Sida ou subi un test démontrant la présence d'anticorps du virus du V.I.H.;
 - Troubles des articulations (incluant tendinite et/ou bursite), troubles de la colonne vertébrale (incluant hernies et tout autre maux de dos) ou douleurs chroniques (fibromyalgie);
 - Maladie de Crohn, colite ulcéreuse;
 - Sclérose en plaques;
 - Diabète;
 - Insuffisance rénale;
 - Hépatite;
 - Maladies pulmonaires obstructives chroniques
- ◆ Je n'ai pas eu de demande d'assurance ayant été refusée pour des raisons médicales par une compagnie d'assurance ou ayant été acceptée avec une exclusion, une limitation ou une surprime.
- ◆ Je n'ai pas reçu de prestations d'invalidité de l'Excellence ou d'une autre compagnie d'assurance-vie.

Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de l'assurance.

Signé à _____ le _____ 20 _____.

Signature de l'assuré principal

Signature du témoin

P.S. : Si vous ne pouvez faire la présente déclaration, vous pouvez tout de même présenter une demande d'assurance en complétant le formulaire régulier de la « déclaration de santé abrégée ».