


RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de l'employeur/du titulaire de la police		N° de groupe	N° division	Classe	Département
Nom de famille de l'employé		Prénom		N° d'employé	
Date de naissance (AAAA - MM - JJ)	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	État matrimonial : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve)			
		<input type="checkbox"/> Conjoint de fait ⇨ Date du début de la cohabitation (AAAA - MM - JJ) _____			
Adresse (N° / Rue / App.)			Courriel		
Ville		Province	Code postal	Téléphone	
Date d'emploi (AAAA-MM-JJ)	Date d'admissibilité à l'assurance (AAAA-MM-JJ)	Occupation	Salaire : _____ \$ <input type="checkbox"/> Annuel <input type="checkbox"/> Hebdo. <input type="checkbox"/> Horaire ⇨ Nombre d'heures/semaine _____		
<input type="checkbox"/> OUI, je désire recevoir mes remboursements de réclamations directement dans mon compte bancaire.					
Il est de la responsabilité de l'adhérent de s'assurer de l'exactitude des coordonnées bancaires saisies sur sa fiche d'adhésion. Advenant que les coordonnées bancaires soient erronées, veuillez noter que AGA ne pourra être tenue responsable des sommes non reçues par l'adhérent.					
Succursale		Banque		Numéro de compte	
 Succursale Banque Numéro de compte					

Résidents du Québec seulement ⚡ **Avant de remplir cette section, veuillez vous référer au texte sur la « LOI 33 » au verso**

CHOIX DE MODULE ET DE PROTECTION / RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT ET/OU LES ENFANTS

Module :	<input type="checkbox"/> ARGENT <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> PLATINE (le module OR sera donné par défaut si l'adhésion n'est pas reçue dans les 31 jours de l'admissibilité)				
Protection santé et/ou dentaire :	<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Exemptée (Vous devez être assuré(e) par le régime de votre conjoint ou par un autre régime)				
Assurance-vie des personnes à charges :	Désirez-vous assurer vos personnes à charge pour l'assurance-vie : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non (Cette garantie est obligatoire lorsque vous avez un conjoint et/ou des enfants admissibles)				
Assurance-vie facultative :	Assuré : <input type="checkbox"/> Montant demandé : _____ \$ Par tranche de 10 000 \$ - Minimum 20 000\$ / maximum 300 000 \$ Conjoint : <input type="checkbox"/> Montant demandé : _____ \$ Par tranche de 10 000 \$ - Minimum 20 000\$ / maximum 300 000 \$ Enfant : <input type="checkbox"/> Montant demandé : _____ \$ Par tranche de 5 000 \$ - Minimum 5 000\$ / maximum 50 000 \$ (Sur approbation de l'assureur – Une preuve d'assurabilité doit être remplie et envoyée chez AGA)				

IDENTIFICATION DU CONJOINT ET/OU DES ENFANTS

Si vous avez des personnes à charge assurées en soins de santé/dentaire ou en assurance-vie des personnes à charge, vous devez remplir la section suivante.

	Nom de famille	Prénom	Sexe		Date de naissance (AAAA - MM - JJ)	Si enfant âgé de 21 ans ou plus, veuillez préciser :		Est-ce que le conjoint/les enfants sont assurés par un autre régime ?			
			M	F		Étudiant à temps plein	Handicapé	Soins de santé		Soins dentaires	
								Oui	Non	Oui	Non
Conjoint			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 1			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 2			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 3			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 4			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 5			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfant 6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu « Oui » à la question « Est-ce que les enfants sont assurés par un autre régime ? », veuillez confirmer les détails au verso. Ces renseignements sont nécessaires à l'application des règles de coordination des prestations.

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

À défaut de désigner un bénéficiaire, la prestation de décès sera versée à votre succession

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom	Date de naissance (AAAA - MM - JJ)	Lien avec l'assuré	%

Pour les adhérents du Québec seulement

La désignation du conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, à moins d'avis contraire. Il faudra le consentement écrit du bénéficiaire pour modifier une désignation irrévocable. Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est : révocable irrévocable
Divers critères peuvent s'appliquer relativement à la désignation d'un **fiduciaire** comme bénéficiaire. Veuillez consulter un conseiller juridique à cet effet.

⚡ **Veuillez prendre connaissance de l'« Avis concernant les renseignements personnels » apparaissant au verso**

AUTORISATION ET SIGNATURE

Par la présente, je demande d'adhérer au régime d'assurance collective de mon employeur/du titulaire de la police, conformément aux conditions du contrat cadre et j'autorise mon employeur/le titulaire de la police à déduire de mon salaire les cotisations requises, s'il y a lieu. De plus, j'autorise mon employeur/le titulaire de la police, l'assureur ou ses réassureurs ainsi que leurs représentants et mandataires à fournir, recevoir et à échanger entre eux tout renseignement personnel relatif à mon admissibilité et à mon assurabilité en vertu du régime, de même que tout renseignement personnel relatif à l'admissibilité et à l'assurabilité de mes personnes à charge. En cas de décès, j'autorise mes bénéficiaires, héritiers légaux ou liquidateurs de ma succession à fournir à l'administrateur de mon régime, l'assureur ou ses réassureurs tous les renseignements ou autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la réclamation et l'obtention de pièces justificatives.

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

Enfants assurés par un autre régime – Veuillez donner les détails suivants :

Confirmer pour quel(s) enfant(s) sont les réponses données – Enfant(s) # _____

Soins de santé	Soins dentaires
<input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint actuel <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire : <input type="checkbox"/> incluant médicaments <input type="checkbox"/> excluant médicaments	<input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint actuel <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire : <input type="checkbox"/> incluant médicaments <input type="checkbox"/> excluant médicaments
<p>Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : Avez-vous une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou Avez-vous une garde partagée ? <input type="checkbox"/> Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____</p>	<p>Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : Avez-vous une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou Avez-vous une garde partagée ? <input type="checkbox"/> Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____</p>

Confirmer pour quel(s) enfant(s) sont les réponses données – Enfant(s) # _____

Soins de santé	Soins dentaires
<input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint actuel <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire : <input type="checkbox"/> incluant médicaments <input type="checkbox"/> excluant médicaments	<input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint actuel <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent <input type="checkbox"/> Protection par le régime d'une institution scolaire : <input type="checkbox"/> incluant médicaments <input type="checkbox"/> excluant médicaments
<p>Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : Avez-vous une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou Avez-vous une garde partagée ? <input type="checkbox"/> Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____</p>	<p>Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement : Avez-vous une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? <input type="checkbox"/> ou Avez-vous une garde partagée ? <input type="checkbox"/> Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____</p>

Initiales : _____

**RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT
Loi 33 - « Saviez-vous que ... »**

- ✓ *Le 1^{er} janvier 1997, la Loi 33 (Régime universel d'assurance médicaments) entrain en vigueur pour tous les résidents du Québec.*
- ✓ *Toute personne de moins de 65 ans qui a accès à un régime d'assurance collective doit obligatoirement y adhérer à moins de participer personnellement à un autre régime collectif ou d'être assurée par le biais du régime de son conjoint. Une preuve de cette couverture doit être déposée au dossier de l'employeur.*
- ✓ *En adhérant au régime d'assurance collective de votre employeur, vous devez obligatoirement assurer toutes vos personnes à charge admissibles à moins qu'elles ne soient déjà couvertes par un autre régime d'assurance collective.*
- ✓ *Vos personnes à charge ne peuvent être assurées auprès de la R.A.M.Q. (Régime universel d'assurance médicaments) si vous êtes couvert par le régime collectif de votre employeur, à l'exception d'un conjoint de 65 ans et plus.*
- ✓ *Lors de la production de votre déclaration de revenus (rapport d'impôt), on vous demandera si vous vous êtes conformé à la Loi 33.*

AVIS CONCERNANT LES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En notre qualité d'administrateur de régimes d'assurance collective, nous devons recueillir et conserver en dossier certains renseignements personnels vous concernant. Nous sommes conscients que cela nous confère une importante responsabilité et c'est pourquoi nous considérons la protection des renseignements personnels comme une priorité.

Objet de votre dossier - L'objet de votre dossier, à l'intérieur de notre entreprise, est intitulé « Assurance collective (vente, administration et service) ». Les renseignements personnels vous concernant sont rassemblés dans ce dossier et sont protégés par les plus hauts standards de confidentialité.

Confidentialité - Nous ne recueillons que les renseignements nécessaires à la constitution de ce dossier aux fins de la réalisation de notre mandat. L'accès à ce dossier est réservé aux employés, aux représentants, mandataires, prestataires de services et fournisseurs de l'entreprise qui en ont besoin pour accomplir leur travail. Les informations contenues dans ce dossier ne pourront être divulguées qu'avec votre consentement ou en conformité avec la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé. Nous pouvons communiquer vos renseignements à des tiers qui fournissent des services en notre nom et qui ont leurs installations aux États-Unis ou à d'autres endroits. Ces tiers ne peuvent utiliser ou divulguer ces renseignements que dans le cadre de l'exécution des services spécifiques qu'ils nous fournissent.

Accès - Si vous désirez avoir accès à votre dossier, vous devez en faire la demande par courriel à : info@aga.ca ou encore en communiquant avec nous aux numéros mentionnés ci-dessous.

Correction - Nous vous invitons à nous informer de tout changement relatif aux renseignements pouvant être contenus dans ce dossier et, le cas échéant, à nous signaler par écrit toute rectification requise pour en assurer l'exactitude.

**Pour tout renseignement additionnel,
n'hésitez pas à communiquer avec notre service à la clientèle
aux numéros suivants :**

Région de Montréal : 514 935-5444
Ext. de Montréal : 1 800 363-6217
Télécopieur : 514 935-1147