



RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de l'employeur/du titulaire de la police		N° de groupe	N° d'employé
Nom de famille de l'employé		Prénom	N° de certificat
Adresse (N° / Rue / App.)			Courriel
Ville	Province	Code postal	Téléphone

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

CHOIX DE MODULE

La règle de « l'escalier » s'applique. Vous pouvez monter et/ou descendre d'un seul niveau.

Si vous détenez une protection exemptée, vous êtes admissible au module ARGENT seulement.

SOINS DE SANTÉ ET/OU DENTAIRES	<input type="checkbox"/> EXEMPTION <input type="checkbox"/> ARGENT <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> PLATINE
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

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

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

- Protection par le régime du conjoint actuel
- Protection par le régime de l'autre parent
- Protection par le régime du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime d'une institution scolaire :
 - incluant médicaments
 - excluant médicaments

Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement :
Avez-vous une garde exclusive ? **ou**
L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? **ou**
Avez-vous une garde partagée ?
Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____

Soins dentaires

- Protection par le régime du conjoint actuel
- Protection par le régime de l'autre parent
- Protection par le régime du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime d'une institution scolaire :
 - incluant médicaments
 - excluant médicaments

Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement :
Avez-vous une garde exclusive ? **ou**
L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? **ou**
Avez-vous une garde partagée ?
Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____

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

Soins de santé

- Protection par le régime du conjoint actuel
- Protection par le régime de l'autre parent
- Protection par le régime du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime d'une institution scolaire :
 - incluant médicaments
 - excluant médicaments

Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement :
Avez-vous une garde exclusive ? **ou**
L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? **ou**
Avez-vous une garde partagée ?
Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____

Soins dentaires

- Protection par le régime du conjoint actuel
- Protection par le régime de l'autre parent
- Protection par le régime du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime de l'autre parent et du conjoint de l'autre parent
- Protection par le régime d'une institution scolaire :
 - incluant médicaments
 - excluant médicaments

Si les parents sont séparés, divorcés ou ne vivent pas conjointement :
Avez-vous une garde exclusive ? **ou**
L'autre parent a-t-il une garde exclusive ? **ou**
Avez-vous une garde partagée ?
Si vous avez une garde partagée, veuillez inscrire la date de naissance de l'autre parent (AAAA/MM/JJ) : _____

Initiales : _____

**LOI 33 (RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT)
« SAVIEZ-VOUS QUE ... »**

- ✓ *Le 1^{er} janvier 1997, la Loi 33 (Régime universel d'assurance médicaments) entré 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.*

**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**