

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de l'employeur/du titulaire de la police			N° de groupe	N° de 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	Courriel				
Adresse (N° / Rue / App.)				Téléphone		
Ville		Province		Code postal		
<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		
<p align="center"> <input type="checkbox"/> 009 <input type="checkbox"/> 9999 9999 <input type="checkbox"/> 999 9999 Succursale Banque Numéro de compte </p>						

PROTECTION DEMANDÉE / RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT ET/OU LES ENFANTS

Garanties facultatives - Les garanties facultatives sont disponibles si prévues à votre régime et selon les conditions du régime.	Garantie Soins dentaires facultative <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Familiale
	Cette garantie doit être maintenue pour une période minimale de 24 mois pour vous et vos personnes à charges, à moins d'un changement relatif aux conditions d'admissibilité prévues au contrat principal.

IDENTIFICATION DU CONJOINT ET/OU DES ENFANTS

	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 pour les soins dentaires?	
			M	F		Étudiant à temps plein	Handicapé	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"/>
Enfant 2			<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"/>
Enfant 4			<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"/>
Enfant 6			<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.

AUTORISATION ET SIGNATURE

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

Par la présente, je demande d'adhérer à la garantie Soins dentaires facultative 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.

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) # _____
<p>Soins dentaires</p> <p><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> <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) # _____
<p>Soins dentaires</p> <p><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> <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 : _____

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