

MARCHE À SUIVRE POUR COMPLÉTER VOTRE ADHÉSION

- 1- Choisir un plan
- 2- Compléter le formulaire « Plan Choisi »
- 3- Compléter le formulaire d'adhésion de Standard Life
- 4- Compléter et signer la procuration bancaire
- 5- Retourner par la poste à C.A.T.A.Q. Assurances Inc. au 1954 rue Bergeron,
C.P. 2117, Jonquière, Qc, G7X 7X6

PLAN CHOISI

Tous les programmes d'assurances sont sans preuve d'assurabilité à la date d'entrée en vigueur du programme.

Si vous n'adhérez pas maintenant et que vous désirez le faire plus tard, vous devrez compléter un questionnaire sur votre état de santé.

Pour votre adhésion maintenant veuillez compléter cette feuille en y joignant deux (2) chèques. Le premier correspondant au montant du plan choisi et fait au nom de C.A.T.A.Q. ASSURANCES INC . Le second marqué SPÉCIMEN sera utilisé pour les prélèvements mensuels.

PLAN CHOISI : _____

NOM: _____ PRÉNOM : _____

ADRESSE: _____

TÉLÉPHONE: () _____ - _____ CELL: () _____ - _____

COURRIEL: _____

DÉCLARATION DE L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME
I Renseignements administratifs (prière d'écrire en lettres moulées)

Nom du titulaire du contrat			Police n°		Compte n°	
Nom de famille du participant		Prénom(s)		Initiale	Certificat n°	
Date d'embauche sur une base permanente et à plein temps (par l'employeur actuel) (AAAA/MM/JJ)			Date d'admissibilité à l'assurance (AAAA/MM/JJ)			
Fonction	Catégorie	Salaire		Périodicité : <input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> 2 semaines <input type="checkbox"/> Horaire Heures travaillées par semaine <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Hebdomadaire (requis si la périodicité est horaire)		
Compte de frais médicaux (montants variables) Combinés :		\$	ou Santé :		\$	Dentaire :
					\$	

DÉCLARATION DU PARTICIPANT
II Renseignements administratifs (prière d'écrire en lettres moulées)

Langue : <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	Sexe : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	État matrimonial : <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Uni(e) civilement			Si conjoint de fait, cohabitation depuis le (AAAA/MM/JJ)
Adresse de résidence principale (n°, rue)					App.	
Ville		Province			Code postal	
N° de téléphone (jour) ()			N° de téléphone (soir) ()			

Dépôt direct

Type de compte bancaire : <input type="checkbox"/> Chèques (veuillez joindre un spécimen de chèque personnalisé) <input type="checkbox"/> Épargne (veuillez remplir la section suivante)	Succursale n°	Institution n°	Compte n°		
Nom de l'institution financière		Adresse de l'institution financière			
Signature du propriétaire du compte (si différent du participant)					Date (AAAA/MM/JJ)

III Renseignements sur vos personnes à charge

	Nom de famille	Prénom(s)	Sexe	Date de naissance	Votre conjoint et (ou) vos enfants bénéficient-ils d'une couverture en vertu d'un autre régime d'assurances collectives ? ¹		Étudiant(e) à plein temps ²	Handicapé(e) ³
					Maladie	Soins dentaires		
			M F	AAAA/MM/JJ	Oui Non	Oui Non		
Conjoint			<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			<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			<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			<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			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	/ /	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Si votre conjoint et (ou) vos enfants sont couverts en vertu d'un autre régime d'assurances collectives, veuillez remplir la section IV.

² Si vous avez des enfants à charge qui ont atteint le premier âge limite prévu au contrat, veuillez remplir la section VII.

³ Si vous avez des enfants à charge handicapés qui ont atteint le premier âge limite prévu au contrat, veuillez remplir et joindre à la présente demande de participation le formulaire Confirmation de l'invalidité totale et permanente d'un enfant à charge GF10352.

IV Renseignements sur le régime d'assurances collectives de votre conjoint

Nom de la compagnie d'assurances collectives de votre conjoint	Police n°
--	-----------

V Choix de protection

Protection individuelle (seul le participant sera couvert)
 Protection familiale (le participant et ses personnes à charge admissibles seront couverts)

VI Exemption de participation aux garanties déjà fournies par les assurances collectives de votre conjoint

- Je renonce à participer à la garantie d'assurance maladie : Pour moi-même et mes personnes à charge
 Pour mes personnes à charge seulement
- Je renonce à participer à la garantie de soins dentaires : Pour moi-même et mes personnes à charge
 Pour mes personnes à charge seulement

VII Confirmation de fréquentation scolaire (enfant à charge ayant atteint le premier âge limite)

Prénom(s)	Nom de l'établissement scolaire fréquenté à plein temps	Période de fréquentation		N° de téléphone de l'établissement
		Début (AAAA/MM/JJ)	Fin (AAAA/MM/JJ)	
		/ /	/ /	()
		/ /	/ /	()
		/ /	/ /	()
		/ /	/ /	()

La Standard Life se réserve le droit de vérifier le statut d'étudiant directement auprès de l'établissement scolaire.

VIII Désignation de bénéficiaire

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom(s)	Lien avec le participant	%

Si les héritiers légaux ou la succession sont désignés comme bénéficiaires, veuillez écrire en toutes lettres «héritiers légaux» ou «succession» sans préciser les nom(s), prénom(s) et liens avec le participant.

IX Participant du Québec seulement (à remplir si le bénéficiaire est la personne avec qui vous êtes marié ou uni civilement)

Au Québec, la désignation du conjoint, à l'exception du conjoint de fait, comme bénéficiaire est irrévocable à moins d'indication contraire. Si vous désignez votre conjoint, la Standard Life vous recommande de le faire à titre révoicable, afin de faciliter toute demande de changement de bénéficiaire ultérieure. 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 vous désignez votre CONJOINT à titre de bénéficiaire, veuillez apposer votre signature dans la case correspondant à votre choix.

Cette désignation de bénéficiaire est **révoicable**

Cette désignation de bénéficiaire est **irrévoicable**

	ou	
Signature du participant		Signature du participant

X Désignation de fiduciaire (à remplir si le bénéficiaire n'a pas atteint l'âge de la majorité)

Je désigne par la présente _____ à titre de fiduciaire aux fins de recevoir toute somme payable à un bénéficiaire qui n'a pas atteint l'âge de la majorité et je déclare que la quittance dudit fiduciaire constituera pour la Standard Life une décharge valable relativement à la somme versée. De plus, j'autorise par la présente ledit fiduciaire à affecter à son gré, au nom du bénéficiaire, la totalité ou une partie de ladite somme et de l'intérêt couru à la subsistance, à l'éducation ou à tout autre besoin du bénéficiaire.

Signature du participant	Date (AAAA/MM/JJ)
	/ /

XI Garanties facultatives

Veuillez vérifier auprès de votre administrateur de régime si des garanties facultatives sont offertes en vertu de votre régime. Si tel est le cas et que vous désirez y adhérer, veuillez remplir le formulaire GF8002 et préciser si la protection s'applique à :

- Vous-même Votre conjoint Vos enfants à charge

XII Autorisation

J'accepte, par les présentes, les dispositions de la police et je consens à ce que les cotisations nécessaires soient prélevées sur mon salaire, le cas échéant.

Je comprends que mon numéro d'assurance sociale peut être utilisé comme numéro de certificat en vertu de mon régime, et qu'il est de ma responsabilité d'aviser mon administrateur de régime si je ne désire pas que mon numéro d'assurance sociale soit utilisé pour m'identifier en vertu du régime.

J'autorise mon employeur, le titulaire du contrat, l'administrateur du régime, la Standard Life ou ses réassureurs, ainsi que leurs représentants et mandataires à fournir, à recevoir et à échanger entre eux tout renseignement personnel relatif à mon admissibilité et à mon assurabilité en vertu du régime et à celles de mes personnes à charge, le cas échéant.

J'autorise la Standard Life à déposer dans le compte bancaire désigné tous mes remboursements de règlements reliés à mes demandes.

En cas de décès, j'autorise expressément le titulaire du contrat, l'employeur, le bénéficiaire, l'héritier, le liquidateur de ma succession à fournir à la Standard Life, à la demande de celle-ci, tous les renseignements ou autorisations permettant l'étude de la demande d'indemnisation et l'obtention de pièces justificatives.

Le présent consentement est valide pour les fins du présent contrat, de sa modification, de sa prolongation ou de sa remise en vigueur.

Une photocopie du présent consentement a la même valeur que l'original si elle est utilisée aux fins d'échange de renseignements.

Signature du participant	Date (AAAA/MM/JJ)
	/ /
Réservé à la Standard Life	Reçu le (AAAA/MM/JJ)
	/ /

Titulaire(s) du compte

Nom et prénom du (des) titulaire(s)		N. de téléphone
Adresse (rue, ville, province)		
		Code postal

Institution financière
Organisme bénéficiaire

Nom de l'institution financière		Nom de l'organisme	
	N. de l'institution	N. de transit	N. de téléphone
Adresse (rue, ville, province)		Adresse (rue, ville, province)	
	Code postal		Code postal

Autorisation de retrait

Je soussigné(e) (s'il s'agit d'une personne morale, ici représentée par son ou ses représentants dûment autorisé[s]), autorise l'organisme bénéficiaire à

effectuer des retraits dans mon compte n. _____, détenu à l'institution financière, à la fréquence suivante :

hebdomadaire aux deux semaines bimensuelle
 mensuelle autre _____

Chaque retrait correspondra :

à un montant fixe de \$, lequel ~~pourra être majoré sans autre~~ autorisation de ma part, pourvu que l'organisme bénéficiaire me transmette un avis écrit au moins dix jours avant la date d'échéance du paiement tel que modifié;

à un montant variable, lequel me sera communiqué par l'organisme bénéficiaire, par écrit, au moins dix jours avant la date d'échéance.

Réservé au retrait direct-Membre entreprise :

je renonce à recevoir l'avis écrit de dix jours mentionné plus haut.

pour le service suivant : _____

Par ailleurs, je conserve le droit de révoquer en tout temps mon autorisation en avisant par écrit l'organisme bénéficiaire. Je dégage l'institution financière de toute responsabilité si la révocation n'était pas respectée, à moins qu'il ne s'agisse d'une négligence grave de sa part.

J'informerai l'organisme bénéficiaire, par écrit et dans un délai raisonnable, de tout changement aux présentes.

Je conviens que l'institution financière où j'ai mon compte n'est pas tenue de vérifier que le paiement est prélevé conformément à mon autorisation.

J'atteste, de plus, que toutes les personnes dont les signatures sont nécessaires pour le fonctionnement du compte identifié plus haut ont signé la présente autorisation.

Je reconnais que le fait de remettre la présente autorisation à l'organisme bénéficiaire équivaut à la remettre à l'institution financière indiquée plus haut.

Remboursement

L'institution financière me remboursera, au nom de l'organisme, les montants retirés par erreur dans les 90 jours du retrait pour un titulaire particulier et dans les 10 jours du retrait pour un titulaire entreprise, dans la mesure où le remboursement est demandé pour l'une ou l'autre des raisons suivantes:

- a) le retrait n'a pas été effectué conformément à mon autorisation;
- b) mon autorisation a été révoquée;

c) je n'ai pas reçu l'avis préalable de 10 jours avant la date du retrait.

Je comprends que je devrai faire une déclaration écrite à cet effet à mon institution financière sur le formulaire qu'elle me fournira.

Enfin, je reconnais qu'une demande de remboursement produite après les délais indiqués précédemment devra être réglée entre l'organisme et moi, sans responsabilité ni engagement de la part de l'institution financière.

Consentement à la communication de renseignements

Je consens à ce que les renseignements contenus dans ma demande d'adhésion au retrait direct soit communiqués à l'institution financière, dans la mesure où cette communication de renseignements est directement reliée et nécessaire à la bonne mise en oeuvre des règles applicables en matière de débits préautorisés.

Signature du ou des titulaires

_____	_____
Signature du titulaire du compte	Date
_____	_____
Signature du second titulaire (s'il s'agit d'un compte conjoint pour lequel deux signatures sont requises)	Date

IMPORTANT: Joindre un chèque personnel portant la mention «ANNULÉ» pour éviter toute erreur de transcription. Si vous changez de compte ou d'institution financière, veuillez en aviser l'organisme payeur.