



# DEMANDE D'ADHÉSION

- Prière d'écrire en caractères d'imprimerie et de remplir chaque partie nettement à l'encre.
- Rendre le formulaire original signé à RWAM et conserver un exemplaire pour vos dossiers.
- L'employé doit satisfaire à toutes les conditions d'admissibilité telles que stipulées dans le Livret d'Avantages sociaux de l'employé.
- Vous et vos personnes à charge devez être assurés par votre régime d'assurance provincial afin de participer au régime d'assurance collective de RWAM.

Certificat n° \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'EMPLOYEUR

Employeur \_\_\_\_\_ Groupe n° \_\_\_\_\_ Division n° \_\_\_\_\_ Catégorie \_\_\_\_\_  Nouvelle police  
 Remise en vigueur

Date d'engagement permanent à plein temps \_\_\_\_\_ Description de l'emploi \_\_\_\_\_  
 (Pour les remises en vigueur, indiquer la date de réengagement) (aa/mm/jj)

Salaire \_\_\_\_\_  Salaire (annuel)  Toutes les 2 semaines  Hebdomadaire Heures travaillées \_\_\_\_\_  
 (Sauf prime/dividende/heures supplémentaires)  Horaire  Mensuel (par semaine)

## DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Nom de famille de l'employé \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance (aa/mm/jj) \_\_\_\_\_ Sexe  F  M

État civil  Célibataire  Conjoint de fait\*  Séparé  Marié  Divorcé  Veuf

\* Si conjoint de fait, indiquer la date à laquelle la cohabitation a commencé (aa/mm/jj) \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Courriel - afin de soumettre des demandes de prestations en ligne \_\_\_\_\_

**INDIVIDUELLE, Assurance-maladie complémentaire**  Si vous avez droit à une couverture de famille, vos personnes à charge doivent être couvertes\* par le régime de votre conjoint  
 Employeur du conjoint \_\_\_\_\_

**INDIVIDUELLE, Soins dentaires** Compagnie d'assurance collective du conjoint \_\_\_\_\_

Indiquer si vous êtes couvert\* par votre conjoint A.M.C.  Non  Oui  
 Dentaire  Non  Oui

**FAMILLE, Assurance-maladie complémentaire**  Si oui, indiquer la compagnie d'assurance collective du conjoint \_\_\_\_\_

**FAMILLE, Soins dentaires** Les demandes de règlement doivent d'abord être soumises à la compagnie d'assurance primaire. Toute partie de la demande de règlement non remboursée doit être soumise à la compagnie d'assurance secondaire afin d'être prise en considération. Les demandes de règlement pour enfants sont remboursées par le régime du père ou de la mère dont la date de naissance survient en premier dans l'année civile.

**RENONCIATION, Assurance-maladie complémentaire**  Pour renoncer à l'assurance, vous et vos personnes à charge devez être couverts\* par le régime de votre conjoint.  
 Employeur du conjoint \_\_\_\_\_

**RENONCIATION, Soins dentaires** Compagnie d'assurance collective du conjoint \_\_\_\_\_

\* Si la couverture d'assurance comparable cesse, vous devez contacter RWAM dans les 31 jours, sinon votre acceptation sera sous réserve de renseignements médicaux (à vos frais) et d'une période d'attente dentaire de un an.

## PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES

	Prénom (indiquer le nom de famille si celui-ci diffère de celui de l'employé)	Date de naissance (aa/mm/jj)	Lien de parenté avec l'employé
Conjoint	_____	_____	_____
Enfants *	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____

\* Les étudiants âgés de 21 ans ou plus et de moins de 25 ans (ou conformément à votre régime) ne sont admissibles que s'ils soumettent une confirmation d'enregistrement à plein temps.

\* Les enfants d'un conjoint de fait doivent habiter avec l'employé afin d'être admissibles.

## DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Je révoque toute désignation de bénéficiaire préalable en vertu de ce certificat. Par la présente, je désigne la ou les personne(s) suivante(s) comme bénéficiaire(s) de toutes prestations d'assurance-vie collective payables lors de mon décès. Si plus d'une personne est nommée, l'argent doit être partagé en parties égales, à moins d'avis contraire ci-dessous. Un formulaire de Désignation/Changement de bénéficiaire est requis pour nommer des bénéficiaires subsidiaires.

Bénéficiaire(s) *	Nom(s) (prénom, de famille)	Lien de parenté avec l'assuré	% des parts (doit = 100 %)	Fiduciaire *Si un bénéficiaire a moins de 18 ans : Songer à nommer un fiduciaire car les sommes assurées ne peuvent pas être versées à un mineur. Les sommes assurées seront versées au fiduciaire nommé (quel que soit l'âge du bénéficiaire) à moins que vous ne changiez la désignation aux fins de retirer le fiduciaire.	Nom(s) du fiduciaire (prénom, de famille)	En tant que fiduciaire représentant (nom du bénéficiaire)	Lien de parenté avec le bénéficiaire
	_____	_____	_____ %		_____	_____	_____
	_____	_____	_____ %		_____	_____	_____
	_____	_____	_____ %		_____	_____	_____

## AUTORISATION

J'accepte que les renseignements fournis dans ce formulaire soient utilisés par RWAM Insurance Administrators Inc. (RWAM) ainsi que par l'assureur afin de déterminer l'admissibilité à l'assurance collective et aux prestations; et pour administrer les prestations ici couvertes. J'autorise, par la présente, mon employeur/administrateur de régime d'assurance collective, l'agent/le courtier d'assurance collective et l'assureur à échanger tous renseignements pertinents et nécessaires à ces fins. J'autorise mon employeur à déduire de ma paie et à remettre à RWAM toutes prestations d'assurance collective applicables. Si je fais une demande d'assurance pour mes personnes à charge admissibles, je confirme que je suis autorisé à agir à leur nom aux fins de la présente. Je déclare que les renseignements fournis dans ce formulaire sont complets et véridiques. J'accepte que toute déclaration fautive ou incomplète puisse entraîner l'annulation de mon assurance. Cette autorisation demeure valide tant que je fais des demandes de prestations ou de service ou jusqu'à ce que je ne la révoque.

Signature de l'employé  X  Date (aa/mm/jj) \_\_\_\_\_

## RÉSERVÉ AU BUREAU

Date d'entrée en vigueur	Volume Vie <input type="checkbox"/> DA	Volume ICD <input type="checkbox"/> DA	Volume ILD <input type="checkbox"/> DA	Assurance-maladie complémentaire <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Nul	Soins dentaires <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Nul
--------------------------	--	--	--	--	---





# DEMANDE DE DÉPÔT DIRECT DE PRESTATIONS D'ASSURANCE COLLECTIVE

*Nécessaire pour la soumission électronique de demandes de prestations*

## LES AVANTAGES D'UN DÉPÔT DIRECT

Un dépôt direct de prestations d'Assurance collective (autrement connu sous le nom de Virement électronique de fonds ou « VEF » permet à RWAM de verser les prestations approuvées directement à votre compte de banque joint ou personnel (votre nom doit paraître sur le compte).

Une Explication des prestations (« E.p. ») correspondante vous sera envoyée afin de vous expliquer le paiement des prestations.

### Les avantages de ce service pratique comprennent°:

- Un service rapide, sécuritaire et confidentiel
- L'élimination du risque de chèques de prestations perdus ou en
- L'aspect pratique qui évite d'avoir à se rendre à la banque
- Moins de gaspillage de papier, un aspect plus écologique

## RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ ET BANCAIRES

Nom de l'Employé \_\_\_\_\_ N° de Groupe \_\_\_\_\_ N° de Certificat \_\_\_\_\_

Veuillez envoyer mon E.p. à mon adresse de courrier électronique\* à \_\_\_\_\_

**Veuillez joindre un chèque portant la mention « NUL »**

Veuillez renvoyer ce formulaire, ainsi que votre chèque NUL à : **RWAM Group Administration Department**  
49 Industrial Drive, Elmira, ON N3B 3B1

**Si un chèque nul n'est pas inclus, veuillez remplir la partie ci-dessous :**

Nom(s) du (des) titulaire(s) de compte \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'institution financière \_\_\_\_\_

Banque n° \_\_\_\_\_ Succursale n° \_\_\_\_\_ Compte n° \_\_\_\_\_

### REMARQUES :

- Vous devez être le titulaire de compte unique ou **joint** (en général, conjointement avec votre conjoint) et avoir le pouvoir de signature.
- Les demandes de dépôt au compte d'un tiers seront refusées.

## AUTORISATION

J'autorise par la présente la Compagnie RWAM Insurance Administrators Inc. à verser les prestations d'assurance collective (Assurance maladie complémentaire, Assurance Soins dentaires et/ou Assurance invalidité) directement à mon compte en banque personnel/joint et à échanger mes renseignements pertinents avec mon institution financière à ces fins. Cette autorisation demeure valide jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Toute copie de cette autorisation sera aussi valide que l'original.

Signature de l'Employé X \_\_\_\_\_ Date (aa/mm/jj) \_\_\_\_\_

