



Remplir ce formulaire pour adhérer au régime d'avantages sociaux. Vous trouverez au verso du présent formulaire des directives importantes sur la façon de remplir correctement chaque partie. Veuillez vous y reporter.

Réservé au siège social de RBCA
Code de profession : _____

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR (à remplir par un administrateur autorisé du régime)

<input type="checkbox"/> Nouvel adhérent <input type="checkbox"/> Remise en vigueur	Nom de l'employeur			N° de police de RBCA	N° de la division de facturation	N° d'ident. du membre du régime (si son assurance a été rétablie)	Autre n° d'ident. (s'il y a lieu)
Province d'emploi	Date d'emploi (aaaa/mm/jj)	N° de catégorie	Profession		Rémunération: <input type="checkbox"/> heure <input type="checkbox"/> mois _____ \$ <input type="checkbox"/> sem. <input type="checkbox"/> année		N°re d'heures travaillées/semaine

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ (à remplir par l'employé)

Nom de famille du membre du régime		Prénom	Initiale	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe : <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme		
					Langue : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français		
Adresse postale au domicile			Ville	Prov.	Code postal	Nombre de personnes à charge	
Situation de famille : <input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Relation de conjoint de fait*							
* Je certifie par les présentes que je vis avec mon conjoint de fait depuis le (aaaa/mm/jj) _____							

RENONCIATION À L'ASSURANCE OU COORDINATION DES PRESTATIONS (à remplir par l'employé seulement si l'assurance maladie complémentaire ou soins dentaires fait partie de votre contrat d'assurance collective)

Si vous ou vos personnes à charge bénéficiez actuellement d'une assurance maladie complémentaire ou d'une assurance soins dentaires au titre du contrat d'assurance collective de votre conjoint, vous pouvez renoncer aux garanties prévues au titre de ce contrat ou coordonner les prestations.

Je comprends la composition des garanties collectives qui me sont offertes, mais **je souhaite** :

- | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|
| l'assurance maladie complémentaire : | <input type="checkbox"/> renoncer à la couverture pour moi-même et mes personnes à charge | <input type="checkbox"/> renoncer à la couverture pour mes personnes à charge seulement | <input type="checkbox"/> coordonner les prestations |
| l'assurance soins dentaires : | <input type="checkbox"/> renoncer à la couverture pour moi-même et mes personnes à charge | <input type="checkbox"/> renoncer à la couverture pour mes personnes à charge seulement | <input type="checkbox"/> coordonner les prestations |

Nom de l'assureur de votre conjoint

Date de début de la couverture (aaaa/mm/jj)

Pour ajouter ces garanties à une date ultérieure, vous devez en faire la demande dans les 31 jours suivant la date à laquelle vous cessez d'être couvert par l'assurance du conjoint. Si vous ne présentez pas votre demande dans le délai de 31 jours, vous et vos personnes à charge pourriez devoir présenter une preuve d'assurabilité et la couverture pourrait être limitée ou refusée.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉSION DES PERSONNES À CHARGE (à remplir par l'employé seulement si l'assurance maladie complémentaire ou soins dentaires fait partie de votre contrat d'assurance collective)

- | | | | | |
|------------------------------------|---|---------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| Assurance maladie complémentaire : | <input type="checkbox"/> Personne seule | <input type="checkbox"/> Couple | <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Renonciation |
| Assurance soins dentaires : | <input type="checkbox"/> Personne seule | <input type="checkbox"/> Couple | <input type="checkbox"/> Famille | <input type="checkbox"/> Renonciation |

Si vous avez plus de quatre personnes à charge, veuillez joindre une liste séparée.

Pers. à charge	Nom de famille	Prénom	Initiale	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe (H/F)	Étudiant à temps plein	Personne à charge invalide ayant dépassé l'âge limite
Conjoint							
1er enfant						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2e enfant						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3e enfant						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4e enfant						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE
(à remplir par l'employé pour les assurances vie et décès accidentel)

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom	Initiale	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Sexe (H/F)	Lien de parenté	%	RÉSIDENTS DU QUÉBEC SEULEMENT : La désignation du conjoint à titre de bénéficiaire est irrévocable, sauf indication contraire. Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Si le bénéficiaire est un mineur ou n'a pas la capacité juridique, il est recommandé de nommer un fiduciaire, sauf dans la province du Québec.

Fiduciaire (nom de famille, prénom) _____

Lien avec l'employé _____

est, par la présente, nommé(e) fiduciaire pour recevoir toute somme due au titre de toute désignation de bénéficiaire figurant dans les dossiers de la Compagnie d'assurance vie RBC lorsque le bénéficiaire désigné est mineur à la date d'échéance du paiement en question.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE
(à remplir par l'employé seulement si l'assurance vie facultative fait partie du contrat d'assurance collective)

Un formulaire de preuve d'assurabilité est exigé pour souscrire cette garantie ; veuillez le joindre à ce formulaire.

Montant de couverture pour : Vous: _____\$ Conjoint: _____\$ Chaque enfant: _____\$

Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous fait usage de produits narcotiques ou du tabac, de marijuana ou de hachisch, de produits de désaccoutumance au tabac, de substitut du tabac tel que des noix ou des feuilles de bétel, du supari, du paan ou du gutka ? Oui Non

Au cours des douze (12) derniers mois, votre conjoint a-t-il fait usage de produits narcotiques ou du tabac, de marijuana ou de hachisch, de produits de désaccoutumance au tabac, de substitut du tabac tel que des noix ou des feuilles de bétel, du supari, du paan ou du gutka ? Oui Non

DIRECTIVES D'ENVOI

Il faut envoyer une copie du formulaire dûment rempli à l'adresse de RBC qui figure sur votre relevé de facturation de l'assurance collective.

AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS
(à remplir par un administrateur autorisé du régime et l'employé)

En apposant ma signature sur le présent formulaire d'adhésion et en fournissant mes renseignements personnels à mon employeur, je confirme que les renseignements sont pour autant que je sache complets et exacts. J'autorise mon employeur à communiquer mes renseignements personnels et ceux de mon conjoint et de mes personnes à charge au tiers administrateur de mon employeur et à la Compagnie d'assurance vie RBC ainsi qu'à son prestataire de service aux fins d'administration de la couverture d'assurance. Je certifie que je suis autorisé par mon conjoint ou mes personnes à charge à divulguer et à recevoir les renseignements à leur sujet qui sont utilisés dans le même but.

Je demande par les présentes à souscrire la couverture d'assurance collective à laquelle je suis admissible, ou à laquelle je pourrais l'être à une date ultérieure, et j'autorise mon employeur à déduire de ma paie les primes requises, le cas échéant. Il est entendu que toute assurance établie à la suite de la présente demande d'adhésion entrera en vigueur à la date à laquelle je suis en service actif à temps plein, autrement à la date à laquelle je retourne en service actif à temps plein, sous réserve de l'approbation par la Compagnie d'assurance vie RBC et de toute période probatoire pertinente prévue par le régime de mon employeur. La responsabilité de la Compagnie d'assurance vie RBC n'est pas engagée dans le cas d'une demande de règlement dont la cause s'est manifestée avant la date d'effet de l'assurance.

Signature de l'administrateur du régime : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

Signature du membre du régime : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____

DIRECTIVES

Remplissez chaque partie selon les directives indiquées ci-dessous et signez le bas du formulaire lorsque vous êtes certain que l'information est complète et exacte. Inexactes ou incomplets au sujet de l'adhésion pourraient entraîner le refus ou un paiement inadéquat de vos demandes de règlement.

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

1. Cochez la case appropriée pour indiquer s'il s'agit d'un nouvel employé ou d'un employé qui demande la remise en vigueur de son assurance.
2. Indiquez le numéro d'identification du membre du régime *seulement* si vous demandez la remise en vigueur de l'assurance de ce membre.
3. Indiquez l'autre numéro d'identification (9 caractères) si vous souhaitez identifier un membre du régime de façon unique (p. ex., centre de coût, numéro de badge).
4. Indiquez la province d'emploi.
5. Indiquez la date de début de l'emploi à temps plein ou à temps partiel.
6. Si votre contrat d'assurance collective comprend des modalités différentes selon la catégorie d'employés (p. ex., employés syndiqués ou non, cadres supérieurs/personnel), veuillez indiquer la catégorie à laquelle l'employé appartient.
7. Indiquez la profession de l'employé.
8. Indiquez la rémunération de l'employé (selon la définition de rémunération dans votre contrat d'assurance collective), la fréquence de versement et le nombre d'heures travaillées chaque semaine.

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

1. Indiquez votre nom et votre adresse au complet dans les zones prévues à cette fin. Veuillez inscrire le prénom que vous utiliserez pour présenter des demandes de règlement, étant donné que ce nom figurera également sur votre carte d'assurance collective (p. ex. si vous comptez utiliser Robert lorsque vous présentez une demande de règlement, n'indiquez pas Bob dans ce formulaire).
2. Entrez la date de naissance, puis cochez la case appropriée pour indiquer le sexe et la langue de préférence.
3. Indiquez le nombre de personnes à charge.
4. Une relation de conjoint de fait signifie que vous vivez avec votre partenaire depuis au moins 12 mois sans interruption.

RENONCIATION À L'ASSURANCE OU COORDINATION DES PRESTATIONS

À remplir *SEULEMENT* si l'assurance maladie complémentaire ou l'assurance soins dentaires font partie de votre contrat d'assurance collective.

1. Si vous êtes admissible à l'assurance maladie complémentaire ou à l'assurance soins dentaires par l'entremise du contrat d'assurance collective de votre conjoint, vous pouvez renoncer aux garanties prévues au titre de ce contrat ou demander que les prestations soient coordonnées en sélectionnant la case applicable.
2. Veuillez indiquer le nom de l'assureur de votre conjoint et la date de début de cette couverture.

RENSEIGNEMENTS SUR L'ADHÉSION DES PERSONNES À CHARGE

À remplir *SEULEMENT* si l'assurance maladie complémentaire ou l'assurance soins dentaires font partie de votre contrat d'assurance collective.

1. Pour l'assurance maladie complémentaire ou l'assurance soins dentaires, veuillez indiquer votre situation familiale en cochant la case appropriée (personne seule, couple, famille ou renonciation).
2. Imprimez les noms au complet de chaque personne à charge admissible à l'assurance au titre de vos contrats d'assurance collectifs. Assurez-vous d'indiquer le prénom que vous utiliserez pour présenter une demande de règlement, étant donné que ce nom figurera également sur votre carte d'assurance collective (autrement dit, si vous comptez utiliser Betty lorsque vous présentez une demande de règlement, n'indiquez pas Elizabeth dans ce formulaire).
3. Entrez la date de naissance au complet de chaque personne à charge. Veuillez confirmer l'exactitude des dates de naissance, étant donné qu'elles influenceront sur le paiement des demandes de règlement et l'admissibilité des personnes à charge.
4. Entrez « M » (masculin) ou « F » (féminin) pour identifier le sexe de chaque personne à charge.
5. Si la personne à charge a dépassé l'âge limite (tel qu'il est défini dans votre contrat d'assurance collective), veuillez cocher la case appropriée (étudiant à temps plein ou personne à charge invalide ayant dépassé l'âge limite).

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

1. Dans le cas des résidents du Québec, si votre conjoint est votre bénéficiaire, vous devez alors désigner votre bénéficiaire comme « révocable » ou « irrévocable ». Si vous n'indiquez pas « révocable », votre conjoint est considéré comme votre bénéficiaire « irrévocable » (conformément à la loi provinciale). **Révocable** : vous pouvez désigner un autre bénéficiaire (conformément au contrat d'assurance collective) sans le consentement écrit du bénéficiaire actuel. **Irrévocable** : vous ne pouvez pas désigner un autre bénéficiaire (conformément au contrat d'assurance collective) sans le consentement écrit du bénéficiaire actuel.
2. Assurez-vous d'avoir indiqué votre lien avec le bénéficiaire et le pourcentage de sa part. S'il existe plusieurs bénéficiaires, les pourcentages doivent totaliser 100 %.

ASSURANCE VIE FACULTATIVE

À remplir *SEULEMENT* si l'assurance vie facultative fait partie de votre contrat d'assurance collective

1. Un employé doit être couvert au titre de l'assurance vie collective de base pour que l'employé, son conjoint ou ses personnes à charge soient admissibles à cette garantie. De plus, une formule de preuve d'assurabilité doit être fournie si la garantie d'assurance vie facultative est demandée.

DIRECTIVES D'ENVOI

1. L'administrateur du régime doit conserver l'original du formulaire d'adhésion à l'assurance collective dûment signé et en faire parvenir une copie à la Compagnie d'assurance vie RBC.
2. Pour confirmer l'adresse postale, veuillez appeler votre représentant du Service clientèle RBC au 1 855 264-2174.