



admissibilité: 3 mois à partir du moment où l'yé fait 20 hrs

<b>DEMANDE D'ASSURANCE COLLECTIVE</b> APCRV-IUGS (CTAC SOLUTION)		POLICE No 018805-00	CERTIFICAT
		No D'ASS. 999-999-999	DATE DE PRISE D'EFFET JMMMAA
NOM DE L'ADHÉRENT PRÉNOM DE L'ADHÉRENT		DATE DE NAISSANCE JMMMAA	SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
No, RUE, APP. VILLE		Québec PROVINCE	CODE POSTAL A9A9A9
<b>BÉNÉFICIAIRE</b>			
Héritiers légaux LIEN AVEC L'ADHÉRENT		Héritiers légaux NOM PRÉNOM	
AU QUÉBEC, À DÉFAUT DE QUALIFIER LE BÉNÉFICIAIRE, CE DERNIER EST IRRÉVOCABLE S'IL EST LE CONJOINT ET RÉVOCABLE DANS TOUS LES AUTRES CAS. UN BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE DOIT CONSENTIR À TOUT CHANGEMENT. <input type="checkbox"/> RÉVOCABLE <input type="checkbox"/> IRRÉVOCABLE			
<b>PROTECTION</b> DÉSIRES-VOUS ASSURER VOS PERSONNES À CHARGE (Vie - Frais Médicaux - Dentaire) :		<b>OCCUPATION DANS L'ENTREPRISE</b>	
OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
EXEMPTION Frais Médicaux <input type="checkbox"/> Dentaire <input type="checkbox"/> CONSERVER LA PREUVE D'ASSURANCE			
<b>PERSONNES À CHARGE</b>			
CONJOINT(E) NOM PRÉNOM		SEXE M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	
DATE DE NAISSANCE JMMMAA		CONJOINT(E) DE FAIT <input type="checkbox"/> DATE DE COHABITATION JMMMAA	
ENFANTS NOM PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE SEXE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Si vous avez plus de 4 enfants, utiliser le champ commentaires			
ADMISSIBLE OUI NON ASS. EMPLOI <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> CSST <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		TEMPS PARTIEL <input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN <input type="checkbox"/>	NBRE HEURES DE TRAVAIL/SEMAINE SALAIRE ANNUEL CATÉGORIE
DATE D'EMBAUCHE TEMPS PLEIN JMMMAA	DATE D'ADMISSIBILITÉ JMMMAA	LANGUE DE CORRESPONDANCE DE L'ADHÉRENT FRANÇAIS <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/>	NOM DE L'ADMINISTRATEUR MME LUCIE O'NEIL
COMMENTAIRES :			
JE CERTIFIE QUE LES RENSEIGNEMENTS CI-DESSUS REPRODUISENT INTÉGRALEMENT LES RENSEIGNEMENTS INSCRITS SUR LE FORMULAIRE "DEMANDE D'ASSURANCE COLLECTIVE" SIGNÉ PAR L'EMPLOYÉ(E) ET CONSERVÉ À NOS BUREAUX. PRENEZ AVIS QU'HUMANIA ASSURANCE CONSTITUERA UN DOSSIER CONTENANT DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS QUI VOUS CONCERNENT. POUR PLUS D'INFORMATION À CE SUJET, VEUILLEZ CONSULTER NOTRE POLITIQUE SUR LA PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS À L'ADRESSE SUIVANTE <a href="http://WWW.HUMANIA.CA">WWW.HUMANIA.CA</a> <input type="checkbox"/> OUI			
No. Transaction		Signature de l'employé(e)	
		Date de signature de la demande d'assurance par l'employé(e) 01-09-17 JMMMAA	