

Comité paritaire des boueurs de la région de Montréal

Numéro de contrat : 180763 | Canada Vie



! Espace réservé au Comité paritaire des boueurs

Division	Classe de garantie	Date début de l'assurance	Salaire assurable	Numéro d'assurance sociale
		_____ Jour Mois Année		

Nom de l'employeur : _____

Renseignements sur l'adhérent

Nom : _____

Prénom : _____

Genre : Féminin Masculin

Date de naissance : _____
 Jour Mois Année

Langue : Français Anglais

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____

Code postal : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Type de travail

Roll off Chauffeur latéral

Autre véhicule Aide

Pour non assujettis

Bureau

Autre travail (spécifier) : _____

État civil

Célibataire Marié Conjoint de fait

Couverture demandée

Familiale Monoparentale Individuelle*

*Si j'ai des personnes à charge admissibles à la couverture d'assurance collective, en demandant une couverture individuelle, j'atteste qu'elles sont couvertes sous un autre régime privé d'assurance médicale.

Renseignements sur les personnes à charge



Couverture familiale :
compléter ci-bas à conjoint
et enfants, si applicable

Couverture monoparentale :
compléter ci-bas à enfants
seulement

Couverture individuelle :
ne pas compléter cette section

Lien de parenté	Nom	Prénom	Genre	Date de naissance			Statut É = Étudiant H = Handicapé
				Jour	Mois	Année	
Conjoint			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H				<input type="checkbox"/> É <input type="checkbox"/> H
Enfant			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H				<input type="checkbox"/> É <input type="checkbox"/> H
Enfant			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H				<input type="checkbox"/> É <input type="checkbox"/> H
Enfant			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H				<input type="checkbox"/> É <input type="checkbox"/> H
Enfant			<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> H				<input type="checkbox"/> É <input type="checkbox"/> H

Désignation de bénéficiaire(s)

Révocable Irrévocable*

Nom	Prénom	Lien de parenté	Part en %

*Au Québec, la désignation du conjoint (d'un mariage ou d'une union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, à moins que vous ne cochiez la case "Révocable".

Si vous souhaitez plus de quatre bénéficiaires, veuillez communiquer avec le Comité paritaire pour l'envoi d'un formulaire plus complet.

Consentement

Renseignements personnels	Je comprends que mes renseignements personnels recueillis par ce formulaire d'adhésion sont requis dans le cadre de ma participation au régime d'assurance collective du Comité paritaire des Boueurs de la région de Montréal. Je consens à ce qu'ils soient recueillis et partagés entre mon employeur, le titulaire de contrat, l'administrateur de régime et l'assureur uniquement à cette fin, tant que ma couverture demeure en vigueur, après quoi ils seront supprimés.
Bénéficiaire	En cas de décès, j'autorise expressément mon ou mes bénéficiaires, héritiers ou liquidateur de ma succession à fournir à l'assureur tous les renseignements, pièces justificatives et autorisations jugés nécessaires pour l'étude de la demande de prestation d'assurance-vie. Si un bénéficiaire légal n'a pas été désigné et que les champs relatifs au bénéficiaire sont laissés vides, les prestations seront versées à la succession du membre assuré décédé.
Déductions salariales	J'autorise mon employeur à déduire les cotisations requises de mon salaire.
Attestation	Je déclare avoir pris connaissance de tous les renseignements indiqués dans le présent formulaire, qu'ils sont complets et véridiques. Une photocopie du présent document a la même valeur que l'original. J'atteste que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, corrects et complets. Signature de l'adhérent : _____ Date : _____

Veuillez retourner le formulaire dûment signé par courriel au Comité paritaire : eramos@boueurs.com