

C. P. 1046, SUCC. MAIN, WINNIPEG (MANITOBA) R3C 2X7
Tél. 204.775.0151 Téléc. 204.772.1231

SECTION À REMPLIR PAR L'EMPLOYÉ(E)

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		DATE DE NAISSANCE DE L'EMPLOYÉ(E)	JJ	MM	AAAA
ADRESSE POSTALE – RUE/CASE POSTALE			VILLE OU MUNICIPALITÉ	PROVINCE	CODE POSTAL		
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE		ADRESSE COURRIEL		SEXE		NUMÉRO D'IMMATRICULATION PROVINCIAL?	
DOMICILE		TRAVAIL		<input type="checkbox"/> MASC.	<input type="checkbox"/> NON DIVULGUÉ	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
				<input type="checkbox"/> FÉM.	<input type="checkbox"/> AUTRE		

VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION SI VOUS AVEZ DES PERSONNES À CHARGE ADMISSIBLES.

<input type="checkbox"/> MARIÉ(E)	NOM DE FAMILLE [s'il diffère de celui de l'employé(e)]	PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE			SEXE	
<input type="checkbox"/> CONJOINT(E) DE FAIT			JJ	MM	AAAA	<input type="checkbox"/> MASC.	<input type="checkbox"/> NON DIVULGUÉ
						<input type="checkbox"/> FÉM.	<input type="checkbox"/> AUTRE

SI LE DEMANDEUR/LA DEMANDEUSE ET SON CONJOINT/SA CONJOINTE NE SONT PAS MARIÉ(E)S LÉGALEMENT, INDIQUEZ LA DATE À LAQUELLE LA COHABITATION A COMMENCÉ. (JJ/MM/AAAA) _____

ENFANTS À CHARGE CÉLIBATAIRES :

NOM DE FAMILLE [s'il diffère de celui de l'employé(e)]	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE			SEXE	
			JJ	MM	AAAA	<input type="checkbox"/> MASC.	<input type="checkbox"/> NON DIVULGUÉ
						<input type="checkbox"/> FÉM.	<input type="checkbox"/> AUTRE
						<input type="checkbox"/> MASC.	<input type="checkbox"/> NON DIVULGUÉ
						<input type="checkbox"/> FÉM.	<input type="checkbox"/> AUTRE
						<input type="checkbox"/> MASC.	<input type="checkbox"/> NON DIVULGUÉ
						<input type="checkbox"/> FÉM.	<input type="checkbox"/> AUTRE

•L'EMPLOYÉ(E) DOIT SOUSCRIRE À CE RÉGIME EN INDIQUANT SA VÉRITABLE SITUATION FAMILIALE.

•UNE FOIS INSCRIT, L'EMPLOYÉ(E) NE PEUT PAS ANNULER SON ADHÉSION TANT QU'IL EST EMPLOYÉ(E) (SAUF S'IL EST COUVERT PAR UN AUTRE RÉGIME D'ASSURANCE COLLECTIVE).

AVEZ-VOUS UNE COUVERTURE D'ASSURANCE POUR L'UNE OU L'AUTRE DES PRESTATIONS VISÉES PAR LA PRÉSENTE DEMANDE EN VERTU D'UN AUTRE RÉGIME D'ASSURANCE? OUI NON – SI OUI, VEUILLEZ REMPLIR LES CASES SUIVANTES :

TYPE DE RÉGIME	NOM DE L'ASSURÉ(E)	NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE
<input type="checkbox"/> SOINS DENTAIRES <input type="checkbox"/> SANTÉ		

VEUILLEZ REMPLIR CETTE SECTION SI VOUS RENONCEZ AUX PRESTATIONS.

JE RENONCE AUX PROTECTIONS SUIVANTES CAR JE SUIS COUVERT ACTUELLEMENT PAR UNE AUTRE ASSURANCE COLLECTIVE : SOINS DENTAIRES SANTÉ

NUMÉRO DE POLICE	NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE
------------------	---------------------------------

J'atteste que les renseignements susmentionnés sont vrais et exacts et que tous les participants sont admissibles à une couverture en vertu du contrat d'assurance collective. Je comprends que je suis responsable d'aviser la Croix Bleue du Manitoba immédiatement si un participant ne répond plus aux critères de participation à mon régime. J'ai lu et compris la partie Autorisation et consentement au verso de ce formulaire et j'accepte les conditions du contrat d'assurance collective conclu entre mon employeur et la Croix Bleue du Manitoba.

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ(E) _____ DATE _____

SECTION À REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR

NOM DE LA DIVISION		NUMÉRO DE GROUPE ET MATRICULE		DATE D'EMBAUCHE	JJ	MM	AAAA
				<input type="checkbox"/> TEMPS PLEIN			
NUMÉRO D'EMPLOYÉ(E)	EMPLOI	HEURES TRAVAILLÉES/ SEMAINE		<input type="checkbox"/> TEMPS PARTIEL			
J'ATTESTE PAR LA PRÉSENTE QUE L'EMPLOYÉ(E) RÉPOND AUX EXIGENCES CONTRACTUELLES D'ADMISSIBILITÉ.			REPLI AU NOM DE L'EMPLOYEUR PAR	DATE (JJ/MM/AAAA)	TÉLÉPHONE		

À L'USAGE EXCLUSIF DE LA CROIX BLEUE

NUMÉRO DE GROUPE	MATRICULE	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA COUVERTURE (JJ/MM/AAAA)	NUMÉRO DE CERTIFICAT
------------------	-----------	--------------------------------------------------------	----------------------

