

Inscription collective

Blevins Administrative Services Inc.

Blevins Administrative Services Inc.

30 Quarry Ridge Rd., Barrie (Ontario) L4M 7G1

705-721-9890, Téléc. : 705-721-0352

1-800-565-2467

Objectif du formulaire d'inscription collective

L'objectif de ce formulaire est de fournir les renseignements nécessaires à obtenir la couverture et de confirmer par écrit que vous désirez obtenir la couverture sous le titulaire de la police.

NAS/Numéro de certificat

Les employés doivent remplir toutes les zones grises avant de retourner le formulaire à l'administrateur. Les formulaires incomplets seront retournés. Veuillez écrire à l'encre en lettres moulées.

Nom de l'employé

Prénom _____ Nom de famille _____

Adresse de l'employé

Rue _____ Ville _____ Code postal _____

Date de naissance _____ **Langue préférée** _____ Anglais _____ Français _____

Sexe Homme _____ Femme _____ **Province de résidence** _____

État matrimonial Célibataire _____ Marié _____ Union de fait _____ Séparé _____ Divorcé _____

J'ai besoin d'assurance

Maladie	Dentaire
_____ Seulement pour moi	_____ Seulement pour moi
_____ Moi et personnes à charge	_____ Moi et personnes à charge
_____ Désistement*	_____ Désistement*

_____ Veuf

*Le désistement de couverture n'entre en vigueur que s'il existe une couverture ailleurs et que les renseignements suivants sont fournis.

Nom de la compagnie d'assurance _____ **No de police** _____

Pour toute demande de prestations familiales, les personnes à charge ne sont couvertes que lorsque les renseignements suivants sont dûment remplis.

Nom de la personne à charge Prénom et nom	Sexe H ou F	Relation avec l'assuré	Date de naissance MM/JJ/AA	Cochez ci-dessous s'il existe une autre couverture		Si l'enfant a 21 ans et plus, est- ce un étudiant à temps plein?	
				Santé	Dentaire	Oui	Non

Désignation de bénéficiaire

Sauf indication contraire, la désignation du bénéficiaire est «révocable». Si aucun bénéficiaire n'est désigné, le bénéficiaire sera la succession du défunt. Si un mineur est désigné bénéficiaire, demander à l'administrateur du régime un formulaire de Désignation de fiduciaire. L'assureur peut retenir les sommes dues jusqu'à ce que le mineur atteigne l'âge de majorité si ce formulaire n'est pas rempli. Pour les résidents de la province du Québec, la désignation d'un conjoint comme bénéficiaire est considéré «irrévocable» à moins que le terme «révocable» ne soit expressément inscrit après le nom du conjoint

_____ **Prénom et nom complet du bénéficiaire** _____ **Pourcentage** _____ **Relation avec l'assuré** _____

Déclaration et autorisation de collecte et de communication de renseignements personnels aux tierces parties

J'autorise le Blevins Insurance Group et les entreprises associées, strictement afin d'offrir l'assurance collective, à :

- recueillir de moi et de mon employeur uniquement les renseignements jugés nécessaires à la provision d'assurance collective
- communiquer les dits renseignements uniquement aux organismes jugés nécessaires aux fins de provision et de traitement de mon assurance collective

Je fais demande à la couverture d'assurance conformément aux modalités et aux conditions du Contrat d'assurance collective émis à la demande du titulaire de la police. J'autorise le titulaire de la police à déduire de mon revenu toute cotisation requise à l'assurance à laquelle j'ai ou je pourrais avoir droit. J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale pour les besoins d'identification de l'assurance collective tel que stipulé par la loi aux fins de déclaration d'impôt. Une copie de la présente autorisation est aussi valide que l'original.

_____ **Date de signature** _____

_____ **Signature de l'employé ou du participant** _____ **MM/JJ/AA** _____

Consentement à recevoir l'information sur les offres de Blevins

De temps en temps, Blevins Insurance Group pourrait souhaiter échanger de l'information ou offrir des services susceptibles de vous intéresser, comme la planification financière individuelle. Veuillez indiquer ci-dessous si vous désirez que nous communiquions avec vous. Vous pouvez annuler ce consentement en tout temps en communiquant avec nos bureaux.

_____ Oui, veuillez me communiquer tout renseignement ou offre de services qui pourraient m'intéresser.

Voici mon courrier électronique personnel _____

Voici mon numéro de téléphone à domicile : _____

_____ Non, ne communiquez pas avec moi pour le moment.

Réservé à l'administrateur du régime

No de police	Titulaire de la police/Employeur		
No de réf.	Division	Classe	Service/Centre de coûts
Salaire	Base salariale Annuel _____ Quinzaine _____ Hebdomadaire _____ Mensuel _____ Horaire _____		Nombre d'heures travaillées par semaine
Date d'entrée en fonction MM/JJ/AA	Date de fin de la période d'attente MM/JJ/AA		Profession
_____ Signature de l'administrateur du régime _____		_____ Date de signature _____ MM/JJ/AA _____	