



Alliance Internationale des Employés de Scène et de Théâtre
Sections locales 667 et 669 – Numéro de votre police d'assurance 164609
Formulaire de demande pour le plan Santé et Bien-Être



Renseignements sur le participant:

Cette section à remplir par le participant au régime.

SVP, remplir tout le formulaire clairement en lettres moulées avec un stylo à encre.

Nom du participant (en lettres moulées): _____
Nom de Famille Prénom Initiale

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code Postal: _____

Numéro d'Assurance Sociale: _____ Sexe: Masculin Féminin

Date de naissance: Mois: _____ Jour: _____ Année: _____

Statut familial: Célibataire Marié / Conjoint de fait / Union civile

Renseignements sur les personnes à charge

Cette section à remplir par le participant au régime.

	Nom de Famille	Prénom	Date de naissance			Sexe M/F	Étudiant à temps plein 21-25 O/N	Personne handicapée à charge O/N
			mois	jour	année			
Conjointe	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfant	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfant	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfant	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfant	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

NOTE: Si vous voulez inscrire un conjoint de fait ou un(e) époux, -se du même sexe, veuillez indiquer la date du début de la cohabitation :

Mois: _____ Jour: _____ Année: _____

Renseignements sur l'étudiant/e à temps plein (21-25):

Cette section à remplir par le participant au régime.

Vous devez faire une demande d'assurance pour chaque personne à charge ayant déjà atteint l'âge limite de 21 ans ou qui approche cet âge limite, qui est aux études à temps plein et qui est entièrement dépendant sur le participant pour subvenir à ses besoins.

	Nom de famille	Prénom	Date de l'inscription (à partir de)			Date de l'inscription (à)		
			mois	jour	année	mois	jour	année
Étudiant	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Étudiant	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Étudiant	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

NOTE: Une preuve d'inscription scolaire ou universitaire doit être fournie au début de chaque session et/ou au début de chaque scolaire ou universitaire pour que la couverture d'assurance puisse continuer pour une personne à charge aux études qui est âgée de 21 à 25 ans (ou âgée de 26 ans pour les participants résidents du Québec).

Coordination des prestations:

Cette section à remplir par le participant au régime.

Veuillez compléter cette section si votre conjointe possède une couverture d'assurance dans un autre régime que le vôtre.

Mon conjoint est couvert ou sera couvert par un autre régime qui prévoit un remboursement pour les frais indiqués ci-dessous :

Compagnie d'assurance: _____

N° du groupe: _____

Numéro de certificat: _____

SOINS DE SANTÉ		SOINS DENTAIRES		PROTECTION DE LA VUE		MÉDICAMENTS SUR ORDONNANCE	
Célibataire	Famille	Célibataire	Famille	Célibataire	Famille	Célibataire	Famille
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Désignation du bénéficiaire:
Cette section à remplir par le participant au régime.

Cette section doit être complétée afin de désigner le/la bénéficiaire de vos prestations d'assurance-vie.

L'original de ce formulaire sera requis pour déposer une demande de règlement d'assurance-vie.

Le nom d'un bénéficiaire qui a été rayé du formulaire doit être paraphé par le participant.

Nom du bénéficiaire

Nom de Famille	Prénom	Percent allocated	Lien de parenté avec le l'adhérent
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

À répartir comme suit: Selon les pourcentages indiqués ci-dessus, ou En parts égales aux survivants

Si votre bénéficiaire est mineur ou ne possède pas une capacité juridique, veuillez compléter la partie suivante:

Par la présente, je désigne _____ comme fiduciaire dans le but de percevoir et détenir tout capital-décès en fidécommiss pendant la minorité du ou des bénéficiaires mineurs ou n'ayant pas une capacité juridique. Le règlement des sommes dues au fiduciaire libère la Compagnie de toute obligation. Veuillez fournir les coordonnées complètes du fiduciaire.

Vous pouvez changer la désignation du bénéficiaire en tout temps par un avis écrit envoyé au bureau du régime. Si vous souhaitez rendre irrévocable la désignation d'un bénéficiaire (c'est-à-dire, vous ne pourrez pas changer une désignation de bénéficiaire irrévocable ou faire certains changements à votre couverture d'assurance sans le consentement écrit dudit bénéficiaire), vous devez aviser le bureau de votre régime.

Note: Là où les lois du Québec ont préséance et que vous avez désigné votre conjoint légalement marié ou votre conjoint de fait comme bénéficiaire, la désignation sera irrévocable à moins que vous ne cochiez la case ci-dessous identifiée « Révocable ».

Je déclare par la présente que la désignation de bénéficiaire ci-dessus est:

Révocable, je peux changer ce bénéficiaire en tout temps.

Confidentialité

Cette section explique l'engagement du régime et de la G-W à la confidentialité.

La protection de vos renseignements personnels

Au bureau du Régime d'assurance collective de de l'AIEST 667-669 et à la Great-West compagnie d'assurance-vie (La Great-West), nous reconnaissons et respectons l'importance de la confidentialité. Lorsque vous soumettez une demande de couverture d'assurance, nous créons un dossier confidentiel qui contient vos renseignements personnels. Ce dossier est conservé au bureau du régime. Vous pouvez exercer certains droits d'accès et de corrections en ce qui a trait aux renseignements personnels dans votre dossier en vous faisant parvenir une demande écrite. L'accès aux renseignements personnels dans votre dossier au bureau du régime est limité aux personnes qui sont des employés du régime, les personnes autorisées par le régime qui doivent accéder aux dossiers dans l'accomplissement de leurs tâches, les personnes à qui vous avez permis l'accès à votre dossier et les personnes habilitées par la loi. Il est possible que vos renseignements personnels soient divulgués à des personnes autorisées selon les lois applicables au Canada ou à l'extérieur du Canada. Les renseignements personnels que nous recueillons seront utilisés pour déterminer votre admissibilité à la couverture ainsi que l'administration du régime collectif. Ceci inclut l'enquête et l'évaluation des réclamations soumises, et la création et le maintien des dossiers qui concernent votre relation avec le régime. Pour une copie de la politique de confidentialité du régime, veuillez référer au www.iatse667-669healthplan.com. Pour une copie des lignes directrices sur la confidentialité de la Great-West, ou si vous avez des questions, veuillez visiter le site web de la Great-West au www.greatwestlife.com.

Autorisations et déclarations

Cette section doit être signée et datée à l'encre par le participant au régime

Par la présente, je soumetts une demande auprès du Régime d'assurance collective de l'AIEST 667-669. Je déclare avoir lu et compris et être d'accord avec le contenu de la section du présent formulaire intitulé « La protection de vos renseignements personnels ». J'autorise le Régime d'assurance collective de l'AIEST 667-669, tout fournisseur de soins de santé, l'administrateur de mon régime, autres assureurs ou réassureurs, administrateurs de prestations gouvernementales, ou autres programmes de prestations, organisations ou fournisseurs de services travaillant avec le Régime d'assurance collective de l'AIEST 667-669 ou les susmentionnés de s'échanger des renseignements personnels lorsque cela est pertinent et nécessaire pour déterminer mon admissibilité à la couverture d'assurance et pour l'administration du régime. Par la présente, je consens à **ce que mon numéro d'assurance sociale et mes renseignements personnels soient utilisés le cas échéant** par le Régime d'assurance collective, les administrateurs du Régime et leurs agents aux fins de la gestion des dossiers et l'administration du Régime.

Si je soumetts une demande de couverture pour mon conjoint ou des personnes à charge, je confirme que je suis autorisé à agir en leurs noms. Je consens à ce qu'une photocopie ou une copie électronique de la section ici intitulée « Autorisations et déclarations » est toute aussi valide que l'originale. J'atteste que les renseignements fournis sont exacts et complets aux mieux de ma connaissance. Pour les participants du Québec : je demande expressément que le présent formulaire soit en langue anglaise. I have requested that this form be given to me in English.

Signature légale de l'adhérent: _____ Mois: _____ Jour: _____ Année: _____

Veuillez retourner le formulaire dument rempli à l'une des adresses suivantes

IATSE Local 667 9 Gloucester St. 469, rue Jean-Talon Ouest Toronto, ON M4Y-1L8 416-368-0072	IATSE Local 667 Montréal, QC H3N 1R4 514-937-3667	IATSE Local 669 217-3823 Henning Drive Burnaby, BC V5C-6P3 778-330-1669	IATSE 667/669 H & W Office 217-3823 Henning Drive Burnaby, BC V5C-6P3 778-392-4455 / 866-366-9667
---	--	---	---