

**FORMULAIRE POUR RAPPORT D'ASSURABILITÉ
GARANTIES DEMANDÉES**
Régime autoadministré ou TED

DIRECTIVES

1. Veuillez préciser les montants (en dollars ou en nombre de fois le salaire) pour les garanties demandées. Référez-vous aux dispositions prévues dans votre contrat.
2. Joignez le ou les rapports d'assurabilité à ce formulaire : N° 20009 Autre : _____
3. Signez et datez au bas du formulaire.
4. L'adhérent doit retourner ce formulaire, accompagné du ou des rapports d'assurabilité, à l'adresse ci-dessus.

IDENTIFICATION

Nom du preneur		Numéro de contrat	Numéro de compte	Numéro de certificat
Nom de l'adhérent	Prénom de l'adhérent	Salaire annuel (s'il y a lieu)	Date de naissance AAAA MM JJ	Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

- Est-ce que cette demande concerne une adhésion tardive? Non Oui
- Est-ce que des preuves d'assurabilité ont déjà été soumises pour cet adhérent? Non Oui
- Pour une adhésion ou une modification en retard, veuillez indiquer le nombre de jours dépassant le délai de soumission prévu au contrat : _____

	Vie de base Montant (\$) ou nombre de fois le salaire annuel	Vie facultative Montant (\$) ou nombre de fois le salaire annuel	Maladies graves facultative Montant (\$)	Vie des personnes à charge (PAC) Montant (\$)
Montant total demandé	Adhérent	Adhérent	Adhérent \$	Conjoint \$
	Conjoint \$	Conjoint \$	Conjoint \$	Chaque enfant \$
	Chaque enfant \$	Chaque enfant \$	Chaque enfant \$	Chaque enfant \$
Montant détenu actuellement	Adhérent	Adhérent	Adhérent \$	Conjoint \$
	Conjoint \$	Conjoint \$	Conjoint \$	Chaque enfant \$
	Chaque enfant \$	Chaque enfant \$	Chaque enfant \$	Chaque enfant \$
Montant maximum permis sans preuve d'assurabilité	Adhérent	Adhérent	Adhérent \$	Conjoint \$
	Conjoint \$	Conjoint \$	Conjoint \$	Chaque enfant \$
	Chaque enfant \$	Chaque enfant \$	Chaque enfant \$	Chaque enfant \$

	Incapacité de longue durée Montant (\$)	Incapacité de courte durée Montant (\$)	Accident-maladie (pour tout le Canada, à l'exception du Québec)	Soins dentaires
			<input type="checkbox"/> Adhérent seulement <input type="checkbox"/> Adhérent et personnes à charge (PAC) <input type="checkbox"/> Personnes à charge seulement	<input type="checkbox"/> Adhérent seulement <input type="checkbox"/> Adhérent et personnes à charge (PAC) <input type="checkbox"/> Personnes à charge seulement
Montant total demandé	\$	\$		
Montant détenu actuellement	\$	\$		
Montant maximum permis sans preuve d'assurabilité	\$	\$		

Nom et prénom de la personne autorisée _____

Signature _____ Date _____