

Ambassadeur

Demande d'adhésion du salarié

Le régime Ambassadeur est offert par la Great-West. L'assurance collective offerte aux termes du régime Ambassadeur est souscrite par certains Souscripteurs du Lloyd's (collectivement, l'« assureur ») et gérée par MSH INTERNATIONAL (CANADA) Ltd. (MSH INTERNATIONAL).

RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS

Veillez vous assurer de répondre de manière complète à toutes les questions. Toute déclaration incomplète aura pour effet de retarder le traitement de la demande d'adhésion et, par conséquent, l'entrée en vigueur de la protection.

Veillez remplir la Déclaration d'état de santé relative au régime Ambassadeur, pour vous-même et pour chaque membre de votre famille qui vous accompagnera lors de cette affectation à l'étranger. Votre employeur vous indiquera si vous n'êtes pas obligé de remplir la Déclaration d'état de santé.

L'assureur se réserve le droit de revoir la protection accordée, de hausser la prime ou d'exclure la protection s'il juge que le pays d'affectation est considéré comme un lieu à très haut risque, si le pays risque d'entrer en guerre ou si le pays est frappé de sanctions. Ce droit s'applique également aux protections déjà en vigueur. La liste des lieux et pays concernés est sujette à modification. Votre employeur recevra un préavis de 15 jours avant que toute décision visant à revoir la protection accordée, à hausser la prime ou à exclure la protection ne prenne effet.

RENSEIGNEMENTS SUR LE SALARIÉ

M. M^{me}

Nom de famille : _____

Prénom : _____

Prénom usuel : _____

Date de naissance : _____ Homme Femme
(jour / mois / année)

Adresse durant l'affectation à l'étranger? _____

Avec le passeport de quel pays voyagez-vous (pays d'origine)? _____ Numéro de passeport : _____

Êtes-vous admissible à un régime d'assurance-maladie gouvernemental? Oui Non

Le cas échéant, de quelle province ou de quel pays? _____ Numéro d'assurance-maladie : _____

Personne à joindre en cas d'urgence pendant votre affectation à l'étranger :

Nom : _____ Lien : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone : _____

Si nous avons besoin de renseignements supplémentaires pour traiter votre demande d'adhésion, comment pouvons-nous vous joindre?

par téléphone – numéro de téléphone (le jour) : _____

par courriel – adresse électronique : _____

par courrier – adresse postale : _____

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Nom complet : _____ Lien : _____

Vous pouvez modifier la présente désignation de bénéficiaire en tout temps en le demandant par écrit à MSH INTERNATIONAL par l'entremise de la Great-West.

À noter : Lorsque la loi du Québec s'applique et que vous avez désigné votre conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable, à moins que vous ne cochiez la case « Révocable » plus bas.

Par les présentes, je déclare la désignation de bénéficiaire précitée :

Révocable – Je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES À CHARGE

Si votre pays d'origine n'est pas le Canada, les personnes à votre charge qui demeurent dans le pays d'origine ne sont pas admissibles à la protection offerte par Ambassadeur durant votre affectation à l'étranger.

Si votre pays d'origine est le Canada et que vous êtes couvert au titre du régime collectif de votre employeur auprès de la Great-West, les personnes à votre charge sont admissibles à la protection offerte par Ambassadeur. La protection offerte aux termes du régime collectif de votre employeur auprès de la Great-West peut être maintenue à l'égard des personnes à votre charge demeurées au Canada.

Demandez-vous la protection Ambassadeur pour votre conjoint ou vos enfants? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez fournir les renseignements ci-dessous pour **chacune** des personnes concernées.

La protection doit prendre effet à la date suivante : _____

(À noter : La date d'effet de la protection d'une personne correspond à la date du début de l'affectation à l'étranger ou à la date de l'approbation des preuves médicales par MSH INTERNATIONAL, selon la dernière éventualité.)

Veuillez remplir une **Déclaration d'état de santé** relative au régime Ambassadeur pour **chacune** des personnes à l'égard de laquelle une protection est demandée.

Prénom	Nom	Lien avec le salarié (conjoint / enfant)*	Date de naissance	Si la personne est couverte aux termes d'un régime d'assurance-maladie gouvernemental, veuillez préciser dans quelle province ou quel pays et indiquer le numéro d'assurance-maladie

*S'il s'agit d'un conjoint de fait, veuillez indiquer la durée de la cohabitation. _____

Si l'enfant pour lequel vous demandez une protection est âgé de 19 ans ou plus, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom complet de l'enfant : _____

Dépend-il financièrement de vous ou de votre conjoint? Oui Non

Dans la négative, veuillez expliquer pourquoi : _____

Demeure-t-il avec vous ou votre conjoint? Oui Non

Est-il marié ou vit-il en union de fait? Oui Non

Fréquente-t-il à temps plein une école, un collège ou une université reconnus? Oui Non

Le cas échéant, veuillez fournir le nom et l'adresse de l'école, du collège ou de l'université : _____

Durée du programme de formation (au total) : De (mm/aa) _____ À (mm/aa) _____

Si vous avez à votre charge plus d'un enfant âgé de 19 ans ou plus, veuillez joindre une feuille distincte comportant les renseignements susmentionnés pour **chaque enfant à charge additionnel**.

CETTE SECTION DOIT ÊTRE REMPLIE PAR VOTRE EMPLOYEUR

Nom de l'employeur (dénomination sociale complète) : _____

Lieu d'affectation à l'étranger : _____ Date de début de l'affectation à l'étranger : _____

Quelle est la durée prévue de votre affectation à l'étranger? _____

Profession exercée dans le cadre de l'affectation à l'étranger : _____

Description des tâches : _____

Nombre d'heures travaillées par semaine : _____ Salaire annuel de base (en monnaie canadienne) : _____

Le salarié est-il actuellement assuré aux termes d'un régime collectif d'assurance-maladie supplémentaire ou d'assurance dentaire de la Great-West? Oui Non

Dans l'affirmative, précisez le ou les numéros de régime _____ Certificat n° _____

PROTECTION DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

À MSH INTERNATIONAL, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande à l'égard d'un produit ou d'un service, les renseignements personnels vous concernant sont versés dans un dossier confidentiel qui est conservé dans les bureaux de MSH INTERNATIONAL ou d'une organisation autorisée par MSH INTERNATIONAL. Certains droits d'accès et de rectification vous sont conférés à l'égard de ces renseignements. Vous pouvez exercer ces droits en soumettant une demande écrite à la Great-West, à l'adresse incluse dans la présente demande d'adhésion. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de MSH INTERNATIONAL ou aux personnes autorisées par MSH INTERNATIONAL qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, et aux personnes à qui vous avez accordé l'autorisation. Par ailleurs, comme les renseignements personnels peuvent être recueillis, utilisés, divulgués ou conservés au Canada ou à l'étranger, ceux-ci peuvent être divulgués en vertu d'une loi du Canada ou d'un autre pays. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements personnels : 1) pour traiter la présente demande d'adhésion et, si celle-ci est approuvée, pour vous offrir les produits financiers ou services demandés et pour en assurer l'administration, 2) pour vous informer des produits et services aux fins de la planification de votre sécurité financière, 3) pour donner suite aux demandes de règlement, les évaluer et les traiter ainsi que 4) pour créer et mettre à jour les dossiers relatifs à notre relation d'affaires.

AUTORISATION ET DÉCLARATION

Par les présentes, je demande à être couvert par une assurance collective souscrite par certains Souscripteurs du Lloyd's et gérée par MSH INTERNATIONAL.

J'autorise :

- Mon employeur à prélever sur ma paye les cotisations salariales requises aux termes du régime, le cas échéant, et à les remettre à la Great-West;
- Tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services ou de soins à échanger les renseignements personnels nécessaires afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime.

Si je demande une protection à l'égard des personnes à ma charge, je confirme que j'ai l'autorisation d'agir en leur nom.

Je conviens qu'une photocopie ou une copie sous forme électronique de la présente section Autorisation et déclaration est aussi valide que l'original.

J'atteste que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, exacts et complets.

Signature du salarié _____ Date (jj/mm/aa) _____

Veillez retourner toutes les pages du présent formulaire à votre employeur.

Le gestionnaire de régime doit transmettre une copie de la présente demande d'adhésion à son représentant de la Great-West et envoyer l'original à :

Coordinateur, Ambassadeur



Administration, Grands comptes, Collective
Unité responsable des produits spécialisés
CP 6000

Winnipeg MB R3C 3A5

Télécopieur : 204 946-4594 Courriel : specialtyproductsunit@gwl.ca