

Adhésion

Régime complet

Veuillez remplir tout renseignement demandé ci-dessous, signer et retourner à : Actra Fraternal Benefit Society (AFBS)

AFBS : 1000 Yonge Street,
Toronto (Ontario) M4W 2K2
Téléphone : 1.855.934.2355
ou 416.934.2355
Courriel : admin@aeplan.ca
Site web : aeplan.ca/fr



PARTIE 1 – Renseignements à propos de vous (veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

NOM (Nom de famille, prénom, initiale du second prénom)		DATE DE NAISSANCE	SEXE <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE
ADRESSE		VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (JOUR)	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE (AUTRE)	ADRESSE COURRIEL		
ORGANISATION PARTICIPANTE		DATE DE DÉBUT DE MEMBRE/EMPLOI	EMPLOI	

Votre adresse courriel est importante pour nous. AFBS respecte votre vie privée et nous ne vendons ni ne louons tout renseignement de contact au sujet du régime ARTS ET SPECTACLE®. Vous pouvez choisir de vous retirer de la liste d'envoi de courriels en tout temps.

Veuillez cocher cette case pour fournir un consentement écrit immédiat pour recevoir des messages commerciaux électroniques de notre part.

PARTIE 2 – Renseignements à propos de vos personnes à charge (veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

VEUILLEZ NE REMPLIR QUE SI VOUS FAITES UNE DEMANDE D'ASSURANCE POUR VOS PERSONNES À CHARGE

Si vous demeurez au Québec, veuillez lire la Note particulière – Exigences de fournir une couverture pour personnes à charge

	Nom de famille	Prénom	Sexe (M/F)	Date de naissance	Collège/Université Pour personne à charge âgée entre 18 et 26 ans
Conjoint/ partenaire					
Enfant					<input type="checkbox"/>
Enfant					<input type="checkbox"/>
Enfant					<input type="checkbox"/>

Veuillez cocher sous Collège/université si la personne à charge a plus de 18 ans et poursuit des études ou est incapable de se trouver un emploi à cause d'une déficience intellectuelle ou une incapacité (lettre d'un médecin requise).

PARTIE 3 – Coordination des prestations (veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

Êtes-vous, votre conjoint/partenaire ou enfant à charge assuré sous un autre programme qui rembourse des dépenses d'assurance maladie complémentaire, de médicaments ou de frais dentaires?

NON Si « NON », veuillez aller à la partie 4

OUI Si « OUI », date d'entrée en vigueur mon conjoint seulement toutes mes personnes à charge seulement moi

Veuillez indiquer : Assurance maladie complémentaire et soins dentaires Assurance maladie complémentaire seulement soins dentaires seulement

Nom de l'assuré _____ Police/Contrat n° _____ Certificat n° _____





Adhésion

Régime complet

PARTIE 4 – Calcul des primes et options de paiement

Taux des primes mensuelles :

Vous devez être âgé de moins de 65 ans au moment de l'adhésion pour demander le régime complet. Les personnes âgées de 65 ans ou plus ne sont pas éligibles pour demander le Régime complet (veuillez vous référer au régime standard). Les taux des primes changeront et dépendent de votre âge au moment de chaque renouvellement.

Taux de l'Ontario (TVD incluse)			
ÂGE	CÉLIBATAIRE	COUPLE	FAMILLE
Jusqu'à 44 ans	127,71 \$	227,68 \$	328,55 \$
45 - 49	136,39 \$	245,12 \$	348,80 \$
50 - 54	145,10 \$	262,57 \$	372,06 \$
55 - 59	155,78 \$	281,95 \$	397,27 \$
60 - 64	147,62 \$	266,49 \$	369,46 \$

Taux du Québec (TVD incluse)*			
ÂGE	CÉLIBATAIRE	COUPLE	FAMILLE
Jusqu'à 44 ans	141,72 \$	252,71 \$	364,69 \$
45 - 49	151,36 \$	272,07 \$	387,17 \$
50 - 54	161,03 \$	291,44 \$	413,00 \$
55 - 59	172,88 \$	312,96 \$	440,98 \$
60 - 64	163,83 \$	295,79 \$	410,11 \$

*10 % surprime incluse dans les taux.
Veuillez vous référer à la partie 5 : INFORMATION IMPORTANTE, Note particulière.

Taux du Manitoba (TVD incluse)			
ÂGE	CÉLIBATAIRE	COUPLE	FAMILLE
Jusqu'à 44 ans	118,84 \$	211,41 \$	304,80 \$
45 - 49	126,88 \$	227,55 \$	323,55 \$
50 - 54	134,94 \$	243,71 \$	345,09 \$
55 - 59	144,83 \$	261,66 \$	368,43 \$
60 - 64	137,28 \$	247,34 \$	342,68 \$

Taux des autres provinces ou territoires			
ÂGE	CÉLIBATAIRE	COUPLE	FAMILLE
Jusqu'à 44 ans	118,67 \$	211,24 \$	304,63 \$
45 - 49	126,71 \$	227,38 \$	323,38 \$
50 - 54	134,77 \$	243,54 \$	344,92 \$
55 - 59	144,66 \$	261,49 \$	368,26 \$
60 - 64	137,11 \$	247,17 \$	342,51 \$

Je demande une couverture pour : célibataire couple famille coût de la prime mensuelle _____ \$

Options de paiement :

Versement complet (paiement annuel)

Vous pouvez verser le montant total dû : _____ \$ (montant mensuel dû X 12)

par chèque (veuillez libeller votre chèque à **AFBS**) Visa MasterCard

NOM DU DÉTENTEUR DE LA CARTE

NUMÉRO DE LA CARTE

DATE D'EXPIRATION

MM AAAA

SIGNATURE DU DÉTENTEUR DE LA CARTE (requis)

Versement mensuel

Je paierai le montant mensuel dû de _____ \$ par débit préautorisé. Un chèque pour le montant dû pour le premier mois, fait à l'ordre d'**AFBS**, accompagné d'un chèque annulé doivent être joints à ce formulaire d'adhésion. Les versements futurs seront retirés de votre compte le 15^e jour de chaque mois ou le prochain jour ouvrable. Veuillez continuer sur la page suivante.





Adhésion

Régime complet

PARTIE 4 – Calcul de prime et option de versement (suite) (veuillez lire attentivement avant de signer)

Veuillez attacher un chèque personnel annulé ici.

Attachez un chèque ANNULÉ ici

Accord de débit

fixe variable

Recours

Vous avez certains droits de recours si un débit n'a pas été tiré conformément à cet accord. Par exemple, vous avez le droit de recevoir un remboursement de tout débit non autorisé ou non conforme à cet accord de DPA. Pour obtenir plus de renseignements sur vos droits de recours, communiquez avec votre institution financière ou consultez paiements.ca.

Autorisation (DOIT ÊTRE SIGNÉ – les signatures électroniques ne sont pas acceptées).

Je (nous), en tant que détenteur(s) du compte, autorise (autorisons) Actra Fraternal Benefit Society (AFBS) et l'institution financière ci-dessus mentionnée ou indiquée sur le chèque annulé attaché à retirer des montants variables mensuels de mon (notre) compte, à la succursale indiquée, aux fins de recueillir les primes et toute taxe de vente applicable et tout frais de service pour une assurance sous le certificat d'assurance. Le montant du DPA sera débité du compte indiqué sur le chèque annulé attaché le 15^e jour de chaque mois ou le prochain jour ouvrable. J'accepte (nous acceptons) d'aviser AFBS par écrit de tout changement aux renseignements de banque établis ci-dessus.

Je renonce (nous renonçons) au droit de recevoir un préavis du montant à être débité chaque mois et de la date d'un tel débit. J'accepte (nous acceptons) qu'AFBS fournisse un avis écrit du montant du DPA au moins trois jours avant que le premier DPA soit débité et avant que toute augmentation du montant du DPA soit débitée, sauf si l'augmentation est due à un changement de taxes de vente, de frais de service ou si l'augmentation découle de ma (notre) demande.

Je peux (nous pouvons) annuler cet accord de DPA en tout temps, à la condition de donner un avis à AFBS à l'adresse fournie. Cet avis doit être reçu au moins trente (30) jours avant la date du prochain débit. Je peux (nous pouvons) obtenir un exemple de formulaire d'annulation ou plus de renseignements sur mon (notre) droit d'annuler un accord de DPA à mon (notre) institution financière ou en consultant paiements.ca.

Je comprends (nous comprenons) que l'annulation de cet accord de DPA n'aura aucun effet sur l'assurance fournie sous le certificat d'assurance, à la condition que le versement soit reçu à temps et fait selon les conditions du certificat d'assurance.

Cet accord de DPA s'applique seulement à la méthode de versement. Je comprends (nous comprenons) que remplir l'accord de DPA ne signifie pas que la demande de protection d'assurance a été approuvée.

SIGNATURE DU TITULAIRE DU COMPTE (doit toujours être signé)

Date

JJ MM AAAA

SIGNATURE DU COTITULAIRE DU COMPTE (si un signataire est requis pour ce compte)

Date

JJ MM AAAA





Adhésion

Régime complet

PARTIE 5 – Modalités et conditions

Je certifie (nous certifions) que les renseignements donnés sur ce formulaire sont vrais, exacts et complets autant que je sache (nous sachions). Je reconnais (nous reconnaissons) que le but de fournir ces renseignements à AFBS est d'aider à l'administration exacte de mes avantages sociaux ainsi que ceux de mes personnes à charge assurées. Je reconnais (nous reconnaissons) qu'AFBS fournit ces renseignements à Sécurité Indemnité ou à un fournisseur subséquent de traitement de demandes d'indemnité par voie électronique pour aider au jugement des soumissions de demande d'indemnité en ligne et au règlement des demandes, à Morneau Shepell pour le programme d'aide aux employés et à la famille, à iA Groupe financier, fournisseur de l'assurance voyage pour soins médicaux d'urgence, et leurs actuaire et réassureurs et j'accepte (nous acceptons) l'utilisation des renseignements fournis à cet effet.

Je reconnais (nous reconnaissons) que l'assurance entrera en vigueur le premier jour du mois suivant la date qu'AFBS reçoit ma demande dûment remplie avec la première prime et sujette à l'approbation par AFBS.

J'autorise AFBS à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification seulement et à me fournir annuellement une confirmation des primes versées sous ce régime d'assurance maladie privée à la fin de chaque année de calendrier.

J'accepte qu'une photocopie ou une version électronique soit aussi valide que l'original (Signatures électroniques non acceptées).

Signature du demandeur

Date

JJ MM AAAA

Si vous payez par carte de crédit ou par débit préautorisé, veuillez vous assurer que vous avez signé l'option de versement dans la partie 4. Votre signature est requise à la partie 5.

Veuillez envoyer votre formulaire **COMPLÉTÉ** et **SIGNÉ** à : **AFBS**, 1000 Yonge Street, Toronto (ON) M4W 2K2

INFORMATION IMPORTANTE

Surprime pour personne âgée :

La protection sous le régime tous risques peut être étendue jusqu'à 75 ans et au-delà selon les modalités et conditions de la police maîtresse. Le taux de prime pour les individus âgés de 65 ans ou plus tient compte du fait que la plupart des personnes âgées ont actuellement accès au programme d'assurance médicaments de leur province. À partir de 65 ans, AFBS assume généralement la position de second payeur. Cela signifie que le coût des médicaments admissibles est payé en premier par votre régime provincial. Tout montant admissible qui n'est pas couvert par votre régime d'assurance médicaments provincial peut être soumis à AFBS.

Si vous n'êtes pas admissible pour couverture sous votre régime d'assurance médicaments provincial, AFBS fournira des prestations équivalentes. Une surprime de 10 % est comprise lorsque AFBS est le premier payeur.

Note particulière – Obligation de fournir une couverture aux personnes à charge — Québec (demandeurs âgés de moins de 65 ans)

Le gouvernement du Québec exige que tous les résidents aient une couverture pour médicaments d'ordonnance. Vos personnes à charge ne sont pas admissibles à la couverture du programme d'assurance médicaments de base de la RAMQ lorsque vous participez à un régime privé d'assurance (ceci ne s'applique pas aux résidents du QC âgés de 65 ans ou plus).

Si vous avez des personnes à charge âgées de moins de 65 ans, vous devez les assurer par le régime d'Arts & Spectacle® lorsque vous adhérez (ou à la date où vous avez une nouvelle personne à charge), si elles ne sont pas déjà couvertes par un autre programme d'assurance collective comme le régime Arts et Spectacle®.

Lorsqu'il fournit une protection aux résidents du Québec, AFBS doit se conformer à la liste de la RAMQ et aux franchises, ce qui amène une surprime de 10 %. Lorsque vous remplissez votre déclaration de revenus, on vous demandera de confirmer que vous vous conformez aux dispositions de la loi du Québec.

Protéger les renseignements personnels :

Protéger les renseignements personnels des membres du régime revêt une grande importance pour AFBS. C'est essentiel dans la façon dont nous menons nos activités. Cela continue d'être notre principale priorité lorsque nous faisons affaire avec vous. AFBS recueille des renseignements personnels sur vous et votre famille, lorsqu'exigé, pour gérer adéquatement et administrer les prestations admissibles d'assurance. À son tour, AFBS fournit les renseignements vous concernant à ses partenaires d'assurance indiqués à la partie 5. Ces organisations assurent le plus haut niveau de confidentialité par la nature des services qu'elles procurent aussi bien que par ses obligations contractuelles avec AFBS.

Tout renseignement personnel détenu par AFBS ou tout autre partenaire d'assurance d'AFBS est conservé confidentiellement et n'est disponible qu'à vous ou votre représentant désigné par vous.

Le département des prestations d'AFBS s'engage à résoudre avec vous toute question de confidentialité aussitôt que possible. S'il y a un problème de protection de renseignements ou de confidentialité qui n'est pas résolu à votre entière satisfaction, veuillez fournir un avis écrit au responsable de confidentialité d'AFBS.

