

FORMULAIRE 03**Informations sur les personnes à charge**
(incluant la confirmation annuelle des personnes à charge ayant atteint l'âge limite d'admissibilité)

Veillez compléter toutes les informations demandées ci-dessous, signer et renvoyer à La Société Fraternelle Actra (LSFA).

1000, rue Yonge
Toronto (ON) M4W 2K2
TÉLÉPHONE : 416.967.6600 1.800.387.8897
FAX : 416.967.4744 1.888.804.8929
COURRIEL : info@afbs.ca SITE : afbs.ca

300-380 2^e avenue Ouest
Vancouver (CB) V5Y 1C8
TÉLÉPHONE : 604.801.6550 1.866.801.6550
FAX : 1.888.804.8929
COURRIEL : afbswest@afbs.ca SITE : afbs.ca

**SECTION 1 – Informations sur le membre (s'il vous plaît imprimer)**[Réinitialiser Formulaire](#)

Nom du membre (Nom, prénom, initiale du milieu)	Numéro de téléphone	Date de naissance JJ MM AAAA
Votre numéro de compte LSFA 4501 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Numéro LSFA/WGC (s'il y a lieu)	

Je participe au programme suivant (cochez une case) :

- Programme d'assurance des membres LSFA
 Programme d'avantages de l'employeur
 Programme de la coalition des écrivains
 Plan pour les Arts et le Divertissement*
 Autre _____

AJOUT DE PERSONNES À CHARGE

Si vous avez moins de 65 ans, vous avez la possibilité d'assurer vos personnes à charge admissibles.

- Je fournis présentement de la couverture pour personnes à charge et je vais ajouter une nouvelle personne à charge, tel qu'indiqué à la SECTION 2.
 J'ai présentement des avantages pour moi-même seulement et je souhaite ajouter ma ou mes personnes à charge tel qu'indiqué à la SECTION 2. Je comprends qu'une période d'attente de six mois peut s'appliquer. Voir Évènement Marquant ci-dessous.
 Je souhaite assurer ma ou mes personnes à charge admissibles, tel qu'indiqué à la SECTION 2, qui ont récemment perdu leur couverture ailleurs, comme précisé ci-dessous :

Compagnie d'assurance	Numéro de la police collective	Numéro d'identification ou de certificat
Employeur, association ou organisation qui fournissait ces avantages	Date de cessation des avantages JJ MM AAAA	

Évènement Marquant : Les avantages peuvent débuter immédiatement après un Évènement Marquant, si LSFA en est informée dans les 45 jours* qui suivent la survenance de l'évènement. Les avantages entrent en application le premier jour du mois suivant la notification, sous réserve de la réception de la prime due. Si l'Évènement Marquant est notifié à LSFA en dehors de la période de 45 jours suivant la survenance de l'évènement, un délai d'attente de six mois* s'applique.

Exemples d'évènements marquants :

- Acquisition d'un conjoint/partenaire
- La ou les personnes à charge assurées ailleurs perdent l'accès à des avantages similaires
- La naissance ou l'adoption d'un enfant. Les nouveau-nés sont admissibles à la couverture à la date de leur sortie de l'hôpital ou à l'âge de 15 jours, selon la dernière de ces éventualités.

Un évènement marquant s'est-il produit? OUI NON (si « NON », passez à la SECTION 2)

Si « OUI », veuillez préciser l'évènement marquant et la date à laquelle il s'est produit sur la ligne ci-dessous, puis passez à la SECTION 2.

_____	Date de l'Évènement Marquant JJ MM AAAA
-------	--------------------------------------------

CESSATION DE LA COUVERTURE DE PERSONNES À CHARGE

- La ou les personnes indiquées à la SECTION 2 ne sont plus des personnes à charge et devraient être retirées de ma couverture LSFA.

Veillez indiquer la ou les raisons de la cessation :

- Divorce ou séparation
 Obtenu une couverture ailleurs
 La personne à charge n'est plus éligible
 Autre _____

Si le retrait des personnes à charge fait en sorte que votre assurance ne couvre que vous, la prime sera ajustée à partir du premier jour du mois suivant la réception de votre avis. Si vous êtes assuré par le Programme d'assurance des membres, tout crédit de prime sera remis à votre compte d'assurance.



FORMULAIRE 03

Informations sur les personnes à charge

(incluant la confirmation annuelle des personnes à charge ayant atteint l'âge limite d'admissibilité)

SECTION 2 – Informations sur les personnes à charge (s'il vous plaît imprimer)

Nom complet de la personne à charge	Relation	Date de naissance JJ MM AAAA
Nom complet de la personne à charge	Relation	Date de naissance JJ MM AAAA
Nom complet de la personne à charge	Relation	Date de naissance JJ MM AAAA
Nom complet de la personne à charge	Relation	Date de naissance JJ MM AAAA

À DES FINS D'ASSURANCE UNIQUEMENT, LES « PERSONNES À CHARGE » SONT :

- Votre conjoint/partenaire (légal ou de fait) qui vit avec vous. Le « conjoint de fait » est une personne qui est présentée publiquement comme étant votre conjoint/partenaire et qui vit avec vous de façon continue depuis au moins deux ans (sauf si la législation provinciale en dispose autrement).
- Tout enfant naturel, enfant du conjoint ou enfant adopté légalement ou petit-enfant, non-marié, qui vit avec vous et pour lequel vous contribuez à la majeure partie de la charge, et qui est :
 - âgé de moins de 18 ans
 - âgé de 18 à 26 ans (la couverture cesse au 26^e anniversaire de la personne à charge) et qui fréquente à temps plein un collège ou une université reconnu (veuillez remplir les informations sur les personnes à charge ayant atteint l'âge limite d'admissibilité ci-dessous)
 - âgé de plus de 18 ans et incapable d'occuper un emploi autonome en raison d'un handicap ou d'une invalidité (lettre du médecin requise)

SECTION 3 – Informations sur les personnes à charge ayant atteint l'âge limite d'admissibilité (s'il vous plaît imprimer) Une reconfirmation annuelle est requise.

Veuillez fournir les informations appropriées sur la base de la définition ci-dessus :

Cochez si handicap ou invalidité

Nom complet de la personne à charge ayant atteint l'âge limite d'admissibilité	Nom du collège/de l'université	Date conclusion des études (si applicable) JJ MM AAAA	<input type="checkbox"/>
Nom complet de la personne à charge ayant atteint l'âge limite d'admissibilité	Nom du collège/de l'université	Date conclusion des études (si applicable) JJ MM AAAA	<input type="checkbox"/>
Nom complet de la personne à charge ayant atteint l'âge limite d'admissibilité	Nom du collège/de l'université	Date conclusion des études (si applicable) JJ MM AAAA	<input type="checkbox"/>

Consentement

Je certifie que les informations données dans ce formulaire sont, au meilleur de ma connaissance, vraies, correctes et complètes. Je comprends que le but de fournir ces renseignements à LSFA est d'aider à l'administration précise de mes avantages d'assurance-maladie complémentaire et de soins dentaires, ainsi que de ceux de toute personne à charge assurée. Je comprends en outre que LSFA fournira ces informations à SécuritéIndemnité, ou au fournisseur de traitement électronique des réclamations qui lui succédera, afin de faciliter le règlement des soumissions de réclamations en ligne et le traitement des réclamations, et je consens à cette utilisation des informations fournies. Je comprends qu'il m'incombe d'informer LSFA dans les 45 jours* de toute modification de ces informations et que l'absence de notification écrite peut compromettre mes droits et ceux de mes personnes à charge.

Je certifie en outre que je suis autorisé à divulguer et à recevoir des renseignements sur mon conjoint et sur toute personne à charge aux fins de l'évaluation et du versement d'une prestation, le cas échéant, et que tout remboursement me sera versé. Une photocopie de cette autorisation est aussi valable que l'original.

Signature du membre (requis)

Date

JJ MM AAAA

LSFA s'engage à protéger la confidentialité des informations personnelles que nous recueillerons auprès de vous. Nous utiliserons ces renseignements pour réviser vos avantages d'assurance, comme vous l'avez indiqué, et pour évaluer l'admissibilité des réclamations d'assurance-maladie complémentaire et de soins dentaires soumises par vous au nom de vos personnes à charge dans le cadre du programme indiqué.

* Participants au Programme d'avantages de l'employeur – veuillez consulter votre guide de l'employé pour connaître les délais applicables à votre programme.