

Fonds en fiducie de l'AANNC

RÉGIME DE SOINS DE SANTÉ

Envoyer à : C.P. 3517 | Station C | Ottawa, ON K1Y 4H5 | T 613-231-2266 | F 613-231-2345 | 1-888-613-1234 | www.coughlin.ca/ncbaa-aannc

Demande initiale Modification Résiliation

INSTRUCTIONS:

- Compléter les sections 1 à 15
- Utiliser un stylo, signer et dater le formulaire
- ÉCRIVEZ lisiblement
- Les documents connexes nécessaires doivent être soumis en même temps que la demande (pour la couverture familiale seulement)

1. Nom de famille		2. Prénom(s)		
3. No. de retraité		4. NAS	5. Date de naissance (JJ - MM - AAAA)	
6. Adresse		7. Ville	8. Province	9. Code Postal
10. Date de retraite		11. Date d'entrée en vigueur de la couverture		

12. Choix des couvertures

Individuelle (Passer à la section 14) Familiale (Vous devez compléter la section 13)

13. Renseignements du/de la conjoint(e) Nom du/de la conjoint(e) (prénom, nom de famille)	Sexe (M ou F)	Date de naissance	État matrimonial <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait
--	---------------	-------------------	---

Renseignements des enfants	Date de naissance	Sexe	Étudiant(e)*	Handicapé(e)**
Nom de l'enfant (prénom, nom)		<input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de l'enfant (prénom, nom)		<input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de l'enfant (prénom, nom)		<input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom de l'enfant (prénom, nom)		<input type="checkbox"/> Mâle <input type="checkbox"/> Femelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

*Un étudiant est un enfant âgé de 21 ans ou plus mais de moins de 25 ans (26 au Québec), qui fréquente un établissement scolaire à temps plein, qui est célibataire ou qui n'a pas conclu toute autre forme d'union formelle, et qui dépend entièrement et financièrement de vous.

**Pour inscrire un enfant handicapé, compléter le Formulaire de couverture pour un enfant handicapé, et soumettez-le à la Financière Sun Life pour autorisation.

14. Date de changement du statut de personne à charge

Date : _____ Motif : _____
ex., date du mariage, date de l'union de fait (après un an de cohabitation), date du divorce, date de naissance d'un enfant, date effective de l'adoption

15. Demande de couverture (La demande doit être faite dans les 60 jours à partir de votre date de retraite)

Je sou mets une demande de couverture en vertu du Régime de soins de santé du Fonds en fiducie de l'AANNC et je la fais parvenir à l'adresse indiquée ci-dessus. J'autorise NAV CANADA à déduire de ma prestation de retraite mensuelle la somme requise pour la couverture indiquée et à la remettre au Fonds en fiducie de l'AANNC. Cette autorisation sera valide jusqu'à ce que je la révoque par écrit. Si ma prestation de retraite n'est pas suffisante pour couvrir le total de la prime, je devrai personnellement la verser directement à Coughlin & associés ltée soit en émettant des chèques postdatés, soit en autorisant des retraits bancaires automatiques. **Je comprends que le Fonds en fiducie de l'AANNC est responsable de la fourniture d'une assurance soins de santé et que par conséquent, cette assurance est sujette à une révision constante et continue de tous les aspects des couvertures offertes, des coûts et des ententes de partage et de versement des primes. Le Fonds en fiducie de l'AANNC se réserve le droit de modifier ou de mettre fin à l'une ou l'autre des couvertures conformément aux conditions stipulées à l'Acte de fiducie du Fonds en fiducie de l'AANNC.**

OBTENTION, UTILISATION ET PARTAGE DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS :

J'accepte que seuls les employés dont la tâche les oblige à obtenir et/ou utiliser mes renseignements personnels soient autorisés à le faire. Je comprends que les renseignements personnels fournis ci-dessus pourront être utilisés à des fins administratives par le Régime de soins de santé du Fonds en fiducie de l'AANNC, ou à des fins permises par la loi. Le Fonds en fiducie de l'AANNC s'engage à protéger et à maintenir la confidentialité de mes renseignements personnels à l'aide de mesures de sécurité et de précautions appropriées. Je comprends qu'il m'est permis de corriger toute ou partie de ces renseignements personnels s'ils s'avèrent erronés. Je comprends de plus que le Fonds en fiducie de l'AANNC pourra avoir recours aux services d'un fournisseur externe et/ou tiers administrateur à qui il sera permis d'accéder à mes renseignements personnels. Le Fonds en fiducie de l'AANNC fera en sorte que ces fournisseurs externes et/ou tiers administrateurs signent une convention de confidentialité afin de protéger mes renseignements personnels de façon appropriée.

Je suis autorisé(e) à fournir des renseignements personnels au sujet de mon(ma) conjoint(e) et de mes personnes à charge afin de les inscrire au Régime de soins de santé du Fonds en fiducie de l'AANNC.

Signature de demandeur : _____ Date : _____