



Ontario Ironworkers Benefit Plan

Formulaire d'adhésion et de modification

Instructions

Ce formulaire comporte deux pages. **Veillez les remplir en entier. Même si vous ajoutez ou modifiez un seul conjoint ou enfant, veuillez énumérer toutes les personnes à charge assurées en vertu du régime.** Des renseignements incomplets ou inexacts pourraient entraîner le refus des prestations payables ou retarder le traitement de vos demandes de remboursement. N'oubliez pas de signer et de dater ce formulaire et d'y annexer un formulaire de désignation de bénéficiaire d'assurance vie, un formulaire de désignation de bénéficiaire du régime de retraite et, le cas échéant, une renonciation aux prestations de décès préretraite, toutes dûment remplies. Envoyez le tout à :

Ontario Ironworkers/Rodmen Benefit Plan Administrators Corporation

111, av. Sheppard Est, North York (Ontario) M2N 6S2 • Téléphone : 416 223-0383 ou 1 800 387-8075

Type de changement	Date d'effet	Type de changement	Date d'effet	Type de changement	Date d'effet
<input type="checkbox"/> Nouveau participant	jour / mois / année	<input type="checkbox"/> Ajout/changement d'enfant*	jour / mois / année	<input type="checkbox"/> Autre (préciser)	jour / mois / année
<input type="checkbox"/> Ajout/changement de conjoint*	jour / mois / année	<input type="checkbox"/> Changement de garantie du conjoint*	jour / mois / année		

* Doit être fourni à l'administrateur dans les 31 jours suivant la date d'effet du changement.

1. Renseignements sur le participant

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Deuxième prénom : _____ N.A.S. ou Numéro de certificat du participant : _____

Date de naissance : _____
jour / mois / année

Province de résidence : _____ Syndicat local : _____ Métier : _____

Adresse postale complète – rue : _____ Numéro de téléphone : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Pays : _____ Adresse de courriel : _____

Si vous bénéficiez d'avantages sociaux en vertu du régime d'un autre employeur, d'un autre groupe ou d'une autre association, veuillez cocher toutes les cases applicables.

Soins hospitaliers Médicaments sur ordonnance Soins dentaires Soins médicaux majeurs Assurance-voyage

Avez-vous un conjoint (voir la définition ci-dessous) qui est admissible aux garanties de soins médicaux et dentaires des Ferrailleurs?

Oui ou Non (cochez une case) Dans l'affirmative, vous devez remplir la section suivante, sans quoi votre conjoint ne sera pas assuré.

2. Renseignements sur le conjoint (un seul conjoint peut être désigné)

Nom de famille : _____ Prénom : _____

Deuxième prénom : _____ N.A.S. du conjoint : _____

Date de naissance : _____
jour / mois / année

Adresse postale complète du conjoint – rue : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

Si votre conjoint bénéficie d'avantages sociaux en vertu du régime d'un autre employeur, d'un autre groupe ou d'une autre association, veuillez cocher toutes les cases applicables.

Couverture individuelle Couverture familiale Soins hospitaliers Médicaments sur ordonnance Soins dentaires
 Soins médicaux majeurs Assurance-voyage

Qui est admissible à titre de votre conjoint pour les prestations de soins médicaux majeurs et de soins dentaires

Une personne qui habite avec vous et :

- avec qui vous êtes marié; ou
- avec qui vous n'êtes pas marié, mais vivez dans une relation conjugale ininterrompue depuis au moins un an et que vous présentez publiquement en tant que conjoint.

Si vous désirez assurer un conjoint de fait après avoir adhéré au régime, vous devez présenter une demande écrite à l'administrateur. Votre conjoint de fait et ses enfants qui ne sont pas également les vôtres devront attendre un an à partir de la date où cette demande est reçue pour commencer à bénéficier de la protection.

3. Enfants *Vous devez énumérer tous vos enfants admissibles (voir la définition ci-dessous)*

Nom de famille	Prénom	Sexe (indiquer F ou M)	Date de naissance jour/mois/année	Si âgé de plus de 25 ans confirmer si handicapé (Oui ou Non)	Lien avec vous (enfant, enfant issu du mariage antérieur du conjoint, etc.)

Note : Si vous avez des enfants admissibles, mais que vous omettez de les énumérer chaque fois que vous remplissez ce formulaire, ceux-ci ne seront pas couverts.

Qui est admissible à titre de votre enfant

Votre enfant biologique ou adoptif, ou celui de votre conjoint, qui répond à toutes les exigences suivantes :

- n'est pas marié;
- ne travaille pas à plein temps;
- est assuré en vertu d'un régime d'assurance-maladie provincial;
- réside au Canada; et
- a moins de 25 ans (ou n'importe quel âge s'il n'est pas en mesure de subvenir à ses propres besoins en raison d'une incapacité physique ou mentale et était couvert en vertu de ce régime avant l'âge de 25 ans).

Si vous ou votre conjoint êtes assurés en vertu d'un autre régime de soins médicaux ou dentaires

Selon les règles de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes, les demandes doivent être présentées dans l'ordre suivant :

1. D'abord au régime qui n'a pas édicté de règles concernant la présentation de demandes à plus d'un régime.
2. Si les deux régimes ont édicté de telles règles, un participant ou son conjoint doit d'abord présenter ses demandes au régime de son propre employeur.
3. Les demandes relatives aux enfants doivent être d'abord présentées au régime du parent dont l'anniversaire de naissance survient en premier dans l'année civile.
4. Si une personne participe à deux régimes, les demandes doivent être présentées dans l'ordre suivant :
 - au régime dont le participant est un employé actif à plein temps;
 - au régime dont le participant est un employé actif à temps partiel;
 - au régime dont le participant est une personne retraitée;
 - au régime dont le participant est assuré en tant que personne à charge.

4. Confidentialité

Les fiduciaires sont conscients de l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Tout renseignement personnel que vous nous transmettez sera conservé dans un dossier sur les avantages sociaux auprès de l'administrateur. L'accès à ces renseignements se limitera :

- au personnel autorisé, aux mandataires du régime et à l'administrateur, qui doivent y accéder pour accomplir les tâches liées à l'évaluation des demandes de règlement et à l'administration des régimes;
- aux employés des compagnies d'assurance et du cabinet d'actuariat nommés par les fiduciaires, qui doivent y accéder pour accomplir les tâches liées à l'évaluation des demandes de remboursement et à l'administration des régimes;
- aux personnes à qui vous avez accordé cet accès; et
- aux personnes qui y sont autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander de consulter les renseignements personnels figurant dans votre dossier et, le cas échéant, de rectifier tout renseignement inexact.

Autorisation (doit être remplie)

J'autorise les fiduciaires des *Ontario Ironworkers Benefit and Pension Plans*, et leur mandataires désignés, à utiliser mon numéro d'assurance sociale à des fins d'identification, d'administration et de comptes rendus fiscaux. J'accepte aussi que mes renseignements personnels soient recueillis, conservés, dévoilés et utilisés pour les raisons suivantes :

- déterminer mon admissibilité aux prestations;
- traiter, évaluer et régler les demandes de remboursement; et
- les activités courantes de gestion du régime et d'analyse des coûts.

Je certifie que tous les renseignements fournis sur ce formulaire sont exacts et véridiques.

Signature du participant _____ Date _____
jour / mois / année

Je suis d'accord avec le partage de mes renseignements personnels avec mon conjoint dans le cadre de l'administration des prestations Oui ou Non

Signature du conjoint _____ Date _____
jour / mois / année

Je suis d'accord avec le partage de mes renseignements personnels avec mon conjoint dans le cadre de l'administration des prestations Oui ou Non