

**PÉRIODE ANNUELLE D'ADHÉSION LIBRE
FORMULAIRE SPÉCIAL D'ADHÉSION/DE CHANGEMENTS POUR PERSONNES À CHARGE**

SECTION A – DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYÉ(E)			
Nom de l'employé(e)	Prénom	Initiale	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date de naissance (JJ-MM-AA)			
Numéro d'assurance sociale (facultatif)	Numéro d'employé(e) OU Numéro de référence de Vestcor		
Numéro de téléphone	Courriel		
<p>1. ASSURANCE-VIE POUR PERSONNES À CHARGE (facultative) <input type="checkbox"/> Oui NOTA : Le ou la bénéficiaire est l'employé(e).</p>			
<p>2. AUTORISATION : Je certifie que l'information ci-dessus est exacte et j'autorise les retenues à la source, au besoin. En fournissant mon numéro d'assurance sociale, j'autorise la compagnie d'assurance, l'administrateur du régime et l'administrateur de la paie et des avantages sociaux à l'utiliser à des fins d'identification seulement.</p> <p>3. CONSENTEMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE : Les renseignements personnels recueillis au moyen du présent formulaire seront utilisés par Vestcor aux fins suivantes : identifier le participant et son employeur; configurer l'inscription applicable et établir l'admissibilité à la couverture offerte par les avantages sociaux; et, en définitive, s'assurer que le régime d'avantages sociaux est administré dans le respect de ses documents constitutifs. Les renseignements pourraient être communiqués au ministère des Finances et du Conseil du Trésor, à Croix Bleue Medavie et à la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada. Si vous avez des questions concernant la collecte et l'utilisation de vos renseignements, communiquez avec l'équipe des Services aux Membres de Vestcor par la poste (C.P. 6000, Fredericton, Nouveau-Brunswick, E3B 5H1), par téléphone (506-453-2296 ou 1-800-561-4012) ou par courrier électronique (info@vestcor.org). De plus, vous pouvez prendre connaissance de l'énoncé de Vestcor sur la protection des renseignements personnels à l'adresse vestcor.org/renseignements-personnels.</p>			
Signature de l'employé(e) :		Date :	
** EMPLOYÉ(E) : TRANSMETTRE À L'EMPLOYEUR (RESSOURCES HUMAINES OU SERVICE DE LA PAIE) **			

SECTION B - DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYEUR (RESSOURCES HUMAINES OU SERVICE DE LA PAIE)		
Nom de l'employeur	Date d'embauche (JJ-MM-AA) :	Date d'entrée en vigueur de la couverture ou du changement (JJ-MM-AA) : 01-06-2024
Type d'emploi (en cocher un) <input type="checkbox"/> Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel - h/sem _____	Situation d'emploi (en cocher une) <input type="checkbox"/> Permanent <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/> Occasionnel <input type="checkbox"/> Temporaire/Période dét. <input type="checkbox"/> Autre _____	
<input type="checkbox"/> Syndiqué(e) <input type="checkbox"/> Non syndiqué(e)	Nom du groupe de négociation (s'il y a lieu)	
Signature de l'employeur :		Date :
** EMPLOYEUR : TRANSMETTRE À VESTCOR **		