

FORMULAIRE D'ADHÉSION ANNUELLE OUVERTE À L'ASSURANCE-VIE POUR PERSONNES À CHARGE

SECTION A – DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYÉ(E)

Nom de l'employé(e)	Prénom	Initiale	Homme Femme	Date de naissance (JJ-MM-AA)
Numéro d'assurance sociale (<i>facultatif</i>)			Numéro d'employé(e) OU Numéro de référence de Vestcor	
Numéro de téléphone			Courriel	

1. ASSURANCE-VIE POUR PERSONNES À CHARGE (facultative)

OUI



NOTA : Le ou la bénéficiaire est l'employé(e).

- 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.
- 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.

Signature de l'employé(e) :

Date :



EMPLOYÉ(E) : TRANSMETTRE À L'EMPLOYEUR (RESSOURCES HUMAINES OU SERVICES DE LA PAIE)

SECTION B - DOIT ÊTRE REMPLIE PAR L'EMPLOYEUR (RESSOURCES HUMAINES OU SERVICES 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) :
		01-06-2026
Type d'emploi (en cocher un)	Situation d'emploi (en cocher une)	
Temps plein Temps partiel- h _____ /sem	Permanent Saisonnier Occasionnel Temporaire/Période dét. Autre _____	
Syndiqué(e) Non syndiqué(e)	Nom du groupe de négociation (<i>s'il y a lieu</i>) _____	

Signature de l'employeur :

Date :



EMPLOYEUR : TRANSMETTRE À VESTCOR