

**SECTION A: RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE D'ADHÉSION**

1  NOUVELLE DEMANDE D'ADHÉSION AU PAEF  RÉVISION AU PAEF EXISTANT

2 Date de la demande d'adhésion: \_\_\_\_\_ 3 Date d'effet de programme/révision: \_\_\_\_\_  
 jj-mm-aaaa jj-mm-aaaa

**SECTION B: RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE**

4 Nom de l'entreprise : \_\_\_\_\_

5 Alias de l'entreprise :  
 Tout autre nom ou surnom additionnel sous lequel l'entreprise est connue

1.	2.
3.	4.

*S'il y a plus d'alias, veuillez les indiquer aux commentaires (#16)*

6 Type d'industrie :  
 Nature générale des affaires \_\_\_\_\_

7 Nombre total d'employés admissibles au PAEF : \_\_\_\_\_

8 Y a-t-il des catégories d'employés exclus du programme PAEF?  
 (Ex : temps partiel, occasionnels, retraités, etc.) :  N/A  Oui, préciser ci-dessous:

\_\_\_\_\_

9 À partir de quand les nouveaux employés sont-ils admissibles au PAEF?  Au moment de l'embauche  À la fin du délai d'admission des garanties de soins de santé

10 Quel est le délai d'admission aux garanties de soins de santé? \_\_\_\_\_

11 Personne-ressource du PAEF :  
 Réception de toutes les premières communications, les rapports et les factures (à moins d'avis contraire).

Nom :		N° de tél. d'affaires :	
Courriel :			
Adresse :			
Ville/Village :	Province:	Code postal :	

12 Personne(s)-ressource(s) pour les communications mensuelles :  
 En plus de la personne-ressource du PAEF, indiquez les personnes clés qui feront la distribution des promotions aux employés.

Nom :	Courriel :
Nom :	Courriel :
Nom :	Courriel :

13 Outils promotionnels:

<input type="checkbox"/> <b>Boîte à outils numérique : disponible immédiatement</b>  <b>Comprend:</b> Brochures (Français et Anglais) Cartes de portefeuille (bilingue) Affiches (bilingue)	<input type="checkbox"/> <b>Matériels imprimés: Prévoir 3 à 5 semaines pour la livraison standard</b> <i>Qté recommandée équivaut à 1,5 fois le nbre d'employés admissibles.</i> <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td></td> <td>Qté Français</td> <td>Qté Anglais</td> </tr> <tr> <td>Brochures</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Autocollants</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="2">Qté Bilingue</td> </tr> <tr> <td>Cartes de portefeuille</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> <tr> <td>Affiches (8,5x11)</td> <td colspan="2">_____</td> </tr> </table>		Qté Français	Qté Anglais	Brochures	_____	_____	Autocollants	_____	_____		Qté Bilingue		Cartes de portefeuille	_____		Affiches (8,5x11)	_____	
	Qté Français	Qté Anglais																	
Brochures	_____	_____																	
Autocollants	_____	_____																	
	Qté Bilingue																		
Cartes de portefeuille	_____																		
Affiches (8,5x11)	_____																		

14 Personne-ressource pour la livraison de matériel\* :  
 À remplir SEULEMENT si vous demandez des matériels imprimés ET si cette personne est différente de la personne-ressource du PAEF mentionnée ci-haut.  
 Tout le matériel sera livré à cette adresse.

Nom:		N° de tél. d'affaires :	
Courriel :			
Adresse :			
Ville/Village :	Province :	Code postal :	

\*La livraison de matériel à un seul emplacement est incluse dans les frais du programme de base enÉquilibre. Veuillez demander une estimation si la livraison doit être faite à plusieurs endroits. Si c'est le cas, veuillez joindre à ce formulaire les adresses de livraison pour chaque emplacement (nom, n° de tél. et adresse), avec la quantité de matériel requis pour chacun.

**SECTION C : RENSEIGNEMENTS DU PROGRAMME**15 **Numéro sans frais enÉquilibre :** 1-877-418-2181**Site Web enÉquilibre :****Anglais****Français**

URL:

www.myinconfidence.ca

www.monenequilibre.ca

Nom d'utilisateur:

inconfidence

enequilibre

Mot de passe:

efap

paef

16 **Commentaires :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**SECTION D : AUTRES AVANTAGES ET SERVICES DE SOUTIEN POUR LES EMPLOYÉS (FACULTATIF)**17 **Y a-t-il une personne-ressource principale du Service des ressources humaines ou d'un autre service dans l'entreprise auprès de qui les employés peuvent obtenir des informations sur les autres avantages sociaux accessibles, les politiques de l'entreprise, les procédures et les lignes directrices?**  Non  Oui18 **Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :**

Nom de la personne-ressource :

Poste :

N° de tél. :

Courriel :

**SECTION E : SIGNATURE DU DIRIGEANT AUTORISÉ À SIGNER**19 **Au nom de l'entreprise, je consens aux modalités du Programme d'aide aux employés et leur famille enÉquilibre de Croix Bleue Medavie.**

La présente demande est faite auprès de CROIX BLEUE MEDAVIE pour le PAEF enÉquilibre décrit. Nous acceptons qu'aucune protection ne soit en vigueur avant que toutes les conditions suivantes ne soient remplies :

- i. Cette demande doit être acceptée et la date d'effet approuvée par CROIX BLEUE MEDAVIE;
- ii. Les frais mensuels doivent s'appliquer à tous les participants admissibles. Le prix se fonde sur le nombre d'employés admissibles (tel que décrit à la section B); mais la protection est automatiquement offerte à l'employé et à ses personnes à charge admissibles.

NOUS DÉCLARONS que tous les énoncés, représentations et réponses donnés dans le présent formulaire de demande sont en considération du contrat que nous avons conclu avec CROIX BLEUE MEDAVIE et qu'ils représentent le fondement de ce dernier. Nous déclarons que ces déclarations, représentations et réponses sont véridiques et complètes. Nous convenons qu'aucune autre déclaration, représentation ou information ne modifiera ni ne lésera les droits de CROIX BLEUE MEDAVIE. Nous acceptons de fournir à CROIX BLEUE MEDAVIE, sur demande, tous les renseignements sur chaque participant couvert ou admissible à la protection.

Nom et titre du dirigeant autorisé à signer :

Nom

Titre

Signé par le dirigeant autorisé le :

Date (jj-mm-aaaa)

Signature

**À COMPLÉTER PAR CROIX BLEUE MEDAVIE**

**Conseiller des Ventes :** Nom : \_\_\_\_\_ N° de tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Représentant de service :** Nom : \_\_\_\_\_ N° de tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Représentant du PAEF :** Nom : \_\_\_\_\_ N° de tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Conseiller/Consultant :**  
 S.O.  
 Nom : \_\_\_\_\_ N° de tél. : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_  
 Entreprise : \_\_\_\_\_

**Coût du programme :** Taux par employé, par mois : \_\_\_\_\_ **Commission:**  OUI  NON  
 N<sup>bre</sup> d'employés admissibles : \_\_\_\_\_ Taux de commission: \_\_\_\_\_ %  
 Total des frais mensuels : \_\_\_\_\_

**Pourcentage de contribution employeur/employé:** Employeur: \_\_\_\_\_ % Employé: \_\_\_\_\_ %

**Méthode de facturation:**

<input type="checkbox"/> <b>Facture mensuelle</b>	enÉquilibre sera ajouté sur la facture mensuelle Croix Bleue Medavie. Le promoteur du régime sera responsable de fournir nombre d'employés ayant opté de se retirer des bénéfices.
<input type="checkbox"/> <b>Autofacturation</b>	Option disponible pour certains groupes. Chaque mois, le promoteur du régime sera responsable de verser les frais mensuels pour le nombre d'employés admissibles.

**Mois de renouvellement des soins de santé et dentaire, si applicable :** \_\_\_\_\_

**Quel système administratif est utilisé?**  INSC  MAAX

**Est-ce que ce groupe a l'Assurance Vie obligatoire?**  OUI  NON (compléter la ligne ci-dessous)

\_\_\_\_\_ (N<sup>bre</sup> total d'employés) = \_\_\_\_\_ (N<sup>bre</sup> d'employés inscrits à l'assurance vie) + \_\_\_\_\_ (N<sup>bre</sup> d'employés ayant choisi de se retirer des soins de santé et/ou employés éligibles au PAEF seulement)\*

\*À saisir dans la ligne « Membres, non activement inscrits». Ce nombre sera seulement mis à jour sur une base annuelle.

**Commentaires:**

< FIN DE LA DEMANDE D'ADHÉSION >