

Questionnaire sur les employés contractuels étrangers



Assurances

Le présent questionnaire doit être rempli pour chaque employé contractuel étranger travaillant pour le compte de l'employeur au Canada, pour qui l'assurance collective est demandée. L'approbation préalable par écrit du Service de tarification en assurance collective du siège social est requise dans tous les cas et sera déterminée en fonction des renseignements fournis. Des documents additionnels peuvent être demandés au besoin.

Nom de l'employeur : _____ Numéro de la police collective : _____
Nom de l'employé : Nom de famille _____ Prénom _____
Profession : _____ Salaire annuel : _____ \$
Date de naissance (jour/mois/année) : _____ Sexe : Homme Femme
Province de résidence : _____ Langue : Anglais Français
Date d'embauche : _____
(jour/mois/année)
Citoyenneté : _____
Date de début du contrat : _____ Date de fin du contrat : _____
(jour/mois/année) (jour/mois/année)
Date du permis de travail : Date de début : _____ Date de fin : _____
(jour/mois/année) (jour/mois/année)

Quelles garanties l'employeur demande-t-il pour cet employé ? _____

L'employé doit être assuré selon la catégorie _____ de la ou des polices collectives.

NOTA : L'assurance sera assujettie à toutes les modalités de la ou des polices, ainsi qu'aux directives de tarification actuelles de l'assurance collective concernant les employés contractuels étrangers.

La prolongation de l'assurance sera déterminée en fonction des renseignements suivants :

1. L'employé travaille-t-il à temps plein, au sens de la police collective ? Oui Non
2. L'employé a-t-il demandé toutes les garanties d'assurance collective qui sont habituellement proposées par l'employeur aux employés de cette catégorie ? Oui Non
3. L'employé est-il couvert par le régime provincial d'assurance maladie ? Oui Non
Si la réponse est oui, veuillez fournir la date d'effet de la couverture (jj/mm/aaaa) _____
Si la réponse est non, veuillez répondre à la question 4.
4. Si l'employé n'est pas couvert par le régime provincial d'assurance maladie, bénéficie-t-il d'une couverture équivalente auprès d'une compagnie d'assurance ? Oui Non
Si oui, veuillez fournir les renseignements suivants :
Nom de l'assureur : _____
Nom du produit d'assurance (s'il est connu) : _____

NOTE: Pour être admissible à l'assurance, l'employé doit être couvert par le régime provincial d'assurance maladie ou bénéficier d'une couverture équivalente auprès d'une compagnie d'assurance. L'employeur doit aussi offrir à l'employé les mêmes garanties d'assurance collective que celles offertes à tous les employés de la même catégorie.

Signataire autorisé de l'employeur : _____ Date : _____
(jour/mois/année)

Nom et titre (en caractères d'imprimerie) : _____