



DECLARATION SUR L'USAGE DE SUBSTANCE FUMABLES

Veuillez remplir ce formulaire en double et clairement, à l'ENCRE.

RENSEIGNEMENTS DE L'ASSURÉ

NOM DE FAMILLE		PRÉNOM		INITIALE
NUMÉRO DE MEMBRE		ADRESSE		
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE ()	
SITUATION DE FAMILLE	NOM DU/DE LA CONJOINT(E) (seulement si le statut de fumeur change pour le/la conjoint (e))			
<input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Marié/Conjoint de fait				

DECLARATION

Je, membre, certifie que :

- je n'ai pas fumé
(i.e. cigarettes, cigares, pipes etc.) ou fait usage du tabac sous quelque forme que ce soit au cours des derniers DOUZE mois.
- mon/ma conjoint (e) n'a pas fumé
(i.e. cigarettes, cigares, pipes etc.) ou fait usage du tabac sous quelque forme que ce soit au cours des derniers DOUZE mois.

Je certifie la sincérité et l'exactitude des renseignements ci-dessus. Je reconnais que toute fausse déclaration entraîne la nullité de l'assurance.

J'AUTORISE :

- Coughlin à utiliser mon numéro d'assurance sociale aux fins de rapports gouvernementaux, d'identification et d'administration de mes avantages sociaux;
- Coughlin à transmettre mes renseignements personnels aux personnes, organisations ou parties suivantes : des prestataires de services de santé; des institutions financières; des organismes gouvernementaux; des compagnies d'assurance; des employeurs ou d'ex-employeurs; mon syndicat local ou des fiduciaires et vérificateurs de caisse de retraite;
- Coughlin à se servir des renseignements personnels en dossier pour me faire part d'un complément d'information concernant des avantages sociaux auxquels j'ai droit.

Si je donne des renseignements personnels au sujet de mon conjoint ou des personnes à ma charge, je confirme être autorisé à agir en leur nom. J'atteste qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section Autorisations et déclarations est aussi valide que l'original. J'atteste que les renseignements transmis sont véridiques, exacts et complets pour autant que je sache.

Signature du salarié

Date(a/m/j)

Le respect de vos renseignements personnels Coughlin & associés ltée est l'administrateur de votre régime de prévoyance collective. Chez Coughlin, nous reconnaissons le droit au respect des renseignements personnels de chacun. Lorsqu'on nous transmet ce type de renseignements, nous créons un dossier confidentiel conservé chez Coughlin, ou aux bureaux d'une organisation autorisée par Coughlin. Nous nous servons des renseignements pour administrer le régime de prévoyance collective. Nous limitons l'accès aux renseignements contenus dans votre dossier au personnel de Coughlin ou à des personnes autorisées par Coughlin qui en ont besoin dans l'exécution de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès, et aux personnes autorisées par la loi.