

Quel est le coût de la couverture?

Type de couverture	Description	Prime mensuelle*
Individuelle	Un participant (employé ou conjoint)	140 \$
De couple	Un participant (employé ou conjoint) + une personne à charge (conjoint ou un enfant)	252 \$
Familiale	Un participant + deux personnes à charge ou plus (conjoint et un enfant ou plus)	364 \$

*Renseignements additionnels sur la prime :

1. Cette prime s'ajoute à celle de l'assurance-maladie complémentaire.
2. La taxe de vente provinciale s'applique à la prime. Veuillez vous reporter au barème de prime sur la demande de couverture pour connaître le coût total dans votre province.
3. La totalité de la prime est payable à l'avance.

Modalités d'adhésion à la couverture en remplacement du régime provincial

1. Remplir la demande de couverture ci-jointe en indiquant le nom de toutes les personnes à charge admissibles.
2. Vérifier le coût de la prime dans votre province et joindre la prime pour les trois premiers mois de couverture. Tous les paiements doivent nous parvenir par chèque établi par l'employeur.

Financière Manuvie

Administration – Participants au régime
(Demande de couverture RRP)

2727 Joseph Howe Drive, P.O. Box 2026
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2Z1

Coordonnées des régimes provinciaux

Province	Site Web	Téléphone
Terre-Neuve-et-Labrador	www.gov.nf.ca/health	1 800 563-1557
Nouvelle-Écosse	www.gov.ns.ca/health/	902 468-9700
Nouveau-Brunswick	www.gnb.ca/0051/0394/index-f.asp	506 684-7901
Île-du-Prince-Édouard	www.gov.pe.ca/hss/index.php3	902 368-4900
Québec	www.ramq.gouv.qc.ca	1 800 561-9749
Ontario	www.gov.on.ca/health/indexf.html	1 800 268-1154
Manitoba	www.gov.mb.ca/health/mhsip/index.fr.html	1 800 392-1207
Saskatchewan	www.health.gov.sk.ca/ps_benefits_eligibility.html	1 800 667-7766
Alberta	www.health.gov.ab.ca/ahcip/faq.html	780 427-1432
Colombie-Britannique	www.hlth.gov.bc.ca/msp/infoben/benefits.html	1 800 663-7100
Territoires du Nord-Ouest/Nunavut	www.hlthss.gov.nt.ca/	1 800 661-0830
Yukon	www.hss.gov.yk.ca/	1 800 661-0408

Des questions?

Veuillez communiquer avec le Service à la clientèle de l'Assurance collective Financière Manuvie.

Le nom Financière Manuvie et le logo qui l'accompagne sont des marques de service et de commerce déposées réservées à l'usage de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et de ses sociétés affiliées, y compris la Société Financière Manuvie.

 **Financière Manuvie**
Avec vous, à chaque étape^{MC}

GC2094F (07/2006)

 **Financière Manuvie**

Vous arrivez ou revenez
au Canada?

**Assurez-vous
d'être bien protégé.**



**Couverture en remplacement
du régime provincial**

Couverture de Manuvie en remplacement du régime provincial

En quoi consiste la couverture en remplacement du régime provincial?

Manuvie offre cette couverture aux participants et aux personnes à leur charge qui résident au Canada mais ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie provincial.

Qui a besoin de cette couverture?

Chaque province a ses propres critères d'admissibilité* à son régime d'assurance-maladie. Normalement, les employés et les personnes à leur charge doivent attendre trois mois avant d'avoir droit à la couverture du régime provincial s'ils font partie de l'une des catégories suivantes :

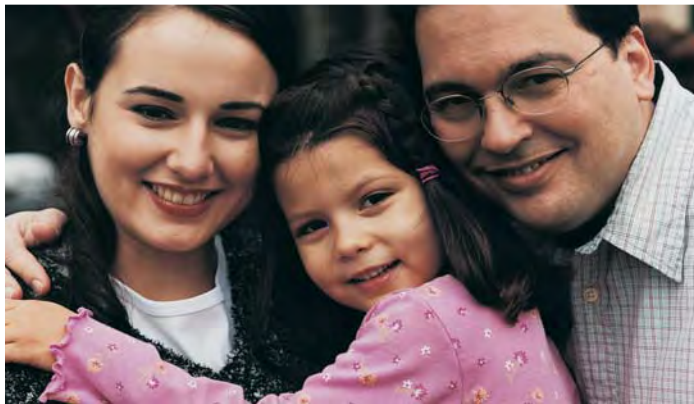
- Personnes immigrant au pays
- Personnes revenant d'un séjour à l'étranger
- Étrangers résidant temporairement au Canada

Quels sont les frais couverts?

- La couverture est la même que celle du régime provincial, sous réserve d'une prestation maximale la vie durant de 1 000 000 \$. (Les frais normalement couverts comprennent notamment les honoraires de médecins, les frais hospitaliers ainsi que les frais de laboratoire et de transport par ambulance.)
- Les assurés qui décident de se faire traiter à l'étranger ne seront pas couverts. (Par exemple, si un Américain travaillant au Canada est victime d'une crise cardiaque et décide de retourner aux États-Unis pour y subir une intervention chirurgicale, les frais ne seront pas remboursables.)

Quelles sont les lignes directrices?

- Chaque membre de la famille doit adhérer à la couverture s'il y est admissible.
- Les employés et les personnes à leur charge doivent également être couverts par l'assurance-maladie complémentaire du régime existant (p. ex. médicaments, soins de la vue et praticiens paramédicaux).
- La couverture et le versement des prestations prennent fin dès que survient l'une des éventualités suivantes :
 - Cessation de l'emploi
 - 65^e anniversaire de naissance du participant
 - Approbation de la demande d'adhésion au régime provincial
- Lorsqu'ils présentent une demande de règlement, les employés doivent donner le numéro du contrat de la couverture en remplacement du régime provincial.



Demande de couverture en remplacement du régime provincial

La totalité de la prime est payable à l'avance pour les trois premiers mois de couverture. La taxe de vente provinciale s'applique à la prime.

1 Renseignements sur l'employeur	Numéro de contrat		Compte / Numéro de division		Numéro de certificat	
	Promoteur de régime/employeur			Nom de la personne-ressource de l'employeur		
	Adresse de l'employeur			Numéro de téléphone de la personne-ressource		
2 Renseignements sur la famille	Nom de l'assuré, du conjoint, des enfants (prénom(s), nom de famille)	Sexe masc. / fém. (encercler un choix)	Date de naissance (JJ/MMMM/AA)	Date d'effet de la couverture (JJ/MMMM/AA)	Date de cessation de la couverture (JJ/MMMM/AA)	
	Assuré	Masc. / fém.				
	Conjoint	Masc. / fém.				
	Enfant	Masc. / fém.				
	Enfant	Masc. / fém.				
	Enfant	Masc. / fém.				
	Enfant	Masc. / fém.				
Province de domicile			Langue		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

Veillez indiquer le nom de famille s'il diffère de celui de l'employé.
Prenez soin d'indiquer le nom de toutes les personnes à charge admissibles.

RENSEIGNEMENTS SUR LA COUVERTURE

- Assurance-maladie pour les travailleurs étrangers
 Assurance-maladie temporaire pour un employé canadien revenant de l'étranger ou un nouveau résident canadien

COUVERTURE EN REMPLACEMENT DU RÉGIME PROVINCIAL – BARÈME DE PRIME

- Prime pour la première demande (minimum de 3 mois).
- Remarque : Aucun remboursement de prime n'est accordé pour les trois premiers mois de couverture.
- Veillez cocher le montant de prime adéquat.
- Aucun chèque personnel n'est accepté; tous les paiements doivent être effectués par votre employeur.
- Ces primes s'ajoutent à celles exigées pour l'assurance-maladie complémentaire.

TYPE DE COUVERTURE	ONTARIO	QUÉBEC	TOUTES LES AUTRES PROVINCES
Individuelle : Un participant (employé ou conjoint)	140 \$ par mois + TVP (minimum de 3 mois) 453,60 \$ <input type="checkbox"/>	140 \$ par mois + TVQ (minimum de 3 mois) 457,80 \$ <input type="checkbox"/>	140 \$ par mois (minimum de 3 mois) 420,00 \$ <input type="checkbox"/>
De couple : Un participant (employé ou conjoint) + une personne à charge (conjoint ou un enfant)	252 \$ par mois + TVP (minimum de 3 mois) 816,48 \$ <input type="checkbox"/>	252 \$ par mois + TVQ (minimum de 3 mois) 824,04 \$ <input type="checkbox"/>	252 \$ par mois (minimum de 3 mois) 756,00 \$ <input type="checkbox"/>
Familiale : Un participant + deux personnes à charge ou plus (conjoint et un enfant ou plus)	364 \$ par mois + TVP (minimum de 3 mois) 1 179,36 \$ <input type="checkbox"/>	364 \$ par mois + TVQ (minimum de 3 mois) 1 190,28 \$ <input type="checkbox"/>	364 \$ par mois (minimum de 3 mois) 1 092,00 \$ <input type="checkbox"/>

Prime pour prolongation de la couverture

Remarque : Les primes sont remboursées par période(s) mensuelle(s) entière(s) si Manuvie est informée de l'entrée en vigueur de la couverture provinciale avant le début d'un mois de couverture au titre de la demande de prolongation. Veuillez cocher le montant de prime adéquat. Aucun chèque personnel n'est accepté; tous les paiements doivent être effectués par votre employeur.

TYPE DE COUVERTURE	ONTARIO (TVP INCLUSE)	QUÉBEC (TVQ INCLUSE)	TOUTES LES AUTRES PROVINCES
Individuelle : Un participant (employé ou conjoint)	151,20 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois	152,60 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois	140,00 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois
	302,40 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois	305,20 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois	280,00 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois
	453,60 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois	457,80 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois	420,00 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois
De couple : Un participant (employé ou conjoint) + une personne à charge (conjoint ou un enfant)	272,16 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois	274,68 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois	252,00 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois
	544,32 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois	549,36 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois	504,00 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois
	816,48 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois	824,04 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois	756,00 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois
Familiale Un participant + deux personnes à charge ou plus (conjoint et un enfant ou plus)	393,12 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois	396,76 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois	364,00 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois
	786,24 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois	793,52 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois	728,00 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois
	1 179,36 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois	1 190,28 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois	1 092,00 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois

3 Autorisation Couverture en remplacement du régime provincial

Veuillez vérifier l'exactitude de la prime à l'aide du barème de prime figurant sur la présente demande de couverture.

Remarque : Aucun chèque personnel n'est accepté; tous les paiements doivent être effectués par votre employeur.

Par la présente, je demande l'adhésion à la couverture offerte en vertu du régime d'assurance collective souscrit par le promoteur auprès de la Financière Manuvie (Manuvie). **Je comprends** que mon conjoint et les enfants à ma charge admissibles (personnes à ma charge) peuvent bénéficier de certains éléments de cette couverture. **Je certifie** que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. **Je comprends** qu'en tant que proposant, il m'incombe de voir à ce que toute déclaration verbale ou écrite fournie ultérieurement par moi-même ou par les personnes à ma charge soit à notre connaissance véridique et complète. **Je reconnais** que si des renseignements faux, incomplets ou trompeurs sont fournis, une partie ou la totalité de la couverture peut m'être refusée ou prendre fin, et les demandes de règlement en découlant, être refusées. **J'autorise** Manuvie à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels (renseignements) relatifs à ma demande aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications ou du traitement des demandes de règlement, ainsi qu'à des fins d'évaluation, d'enquête, de tarification et de détermination de l'admissibilité au régime. **J'autorise** toute personne ou organisation détenant des renseignements, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. **Les personnes à ma charge m'autorisent** à signer la présente autorisation en leur nom et à divulguer et recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, **j'autorise** son utilisation à des fins d'identification et d'administration. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. **Il est entendu** que je peux obtenir de l'information sur la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site www.manuvie.ca/assurancecollective ou en m'adressant au promoteur du régime. **Je comprends** que tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements : les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches; les personnes que j'ai autorisées; et les personnes autorisées par la loi. J'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Signature du participant/de l'employé _____ Date (JJ/MM/AA) _____

LA LETTRE D'INTENTION DOIT ÊTRE ENVOYÉE À L'ADMINISTRATEUR DE RÉGIME À L'ADRESSE INDIQUÉE CI-DESSUS. VÉRIFIEZ L'EXACTITUDE DE LA PRIME À L'AIDE DU BARÈME DE PRIME AU VERSO DE LA PRÉSENTE DEMANDE DE COUVERTURE.

Numéro de division

Numéro de contrat – Régime provincial

Numéro de certificat – Régime provincial

RENSEIGNEMENTS SUR LA FACTURATION

Prime

Taxe de vente provinciale

Total de la prime

Veuillez envoyer la demande dûment remplie accompagnée du chèque de l'employeur à l'adresse suivante :

Financière Manuvie
Administration – Participants au régime (Demande de couverture RRP)
2727 Joseph Howe Drive, P.O. Box 2026, Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2Z1