

## Demande de modification - Version électronique – Assurance collective

**Veillez écrire lisiblement et remplir toutes les pages du formulaire. Au besoin, veuillez conserver une photocopie pour vos dossiers.**

<b>1 Renseignements généraux</b>  Ces renseignements sont nécessaires au traitement de votre demande.  <b>À remplir et à signer par le promoteur de régime.</b>	Numéro de contrat	Numéro de certificat du participant	Promoteur de régime		
	Nom de l'administrateur de régime		Numéro de téléphone de l'administrateur de régime Poste		
	Nom du participant (nom de famille et prénom)				
<p><b>Je certifie</b> que le <b>participant</b> susmentionné est <b>effectivement au travail</b> à son lieu de travail habituel au Canada. « <b>Effectivement au travail</b> » s'entend du fait que le <b>participant</b> travaille selon un horaire normal prévoyant le nombre d'heures minimal précisé au contrat, et ce, sur une période de 52 semaines, y compris les semaines de vacances rémunérées.</p>					
Signature de l'administrateur de régime			Date (jj/mmmm/aaaa)		
<b>2 Changement de nom du participant</b> Nouveau nom (nom de famille et prénom)					
<b>3 Adresse du participant</b> Adresse (numéro, rue, appartement)					
Ville		Province	Code postal		
<b>4 Ajout ou suppression de garanties</b>  Au titre de votre régime, un conjoint ou un conjoint de fait est considéré comme une personne à charge admissible. Veuillez vous reporter à votre contrat pour des précisions.  * Veuillez indiquer la date du début de la cohabitation en union de fait dans le champ « Date du début de la cohabitation ».	<b>Ajout de la garantie Maladie</b> Je souhaite AJOUTER la garantie Maladie pour		<b>Ajout de la garantie Soins dentaires</b> Je souhaite AJOUTER la garantie Soins dentaires pour		
	<input type="radio"/> Moi-même SEULEMENT		<input type="radio"/> Moi-même SEULEMENT		
	<input type="radio"/> Moi-même ET 1 personne à charge		<input type="radio"/> Moi-même ET 1 personne à charge		
	<input type="radio"/> Moi-même ET 2 personnes à charge ou plus		<input type="radio"/> Moi-même ET 2 personnes à charge ou plus		
	<input type="radio"/> Les personnes à ma charge SEULEMENT (je suis déjà couvert)		<input type="radio"/> Les personnes à ma charge SEULEMENT (je suis déjà couvert)		
<b>Assurance vie des personnes à charge</b> <input type="radio"/> Je souhaite souscrire l'assurance vie des personnes à charge.					
<b>Raison de l'ajout (Cochez une seule case.)</b>					
<input type="radio"/> Mariage Date du mariage (jj/mmmm/aaaa)		<input type="radio"/> Union de fait* Date du début de la cohabitation (jj/mmmm/aaaa)		<input type="radio"/> Cessation de la couverture du conjoint Date de cessation (jj/mmmm/aaaa)	
<input type="radio"/> Autre Date d'effet (jj/mmmm/aaaa)		Veuillez fournir des précisions si vous avez coché « Autre ». Au besoin, joignez une feuille supplémentaire.			
Une preuve d'assurabilité est-elle exigée? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non					
Si une preuve d'assurabilité est exigée, le participant doit remplir le formulaire GL0004F - Preuve d'assurabilité et l'envoyer à la Financière Manuvie. <b>Cette dernière ne communiquera pas avec l'administrateur du régime pour vérifier si le formulaire a été posté.</b>					
<b>5 Renonciation aux garanties</b>  Vous pouvez renoncer à la garantie Maladie ou à la garantie Soins dentaires pour vous-même ou les personnes à votre charge seulement si vous bénéficiez d'une couverture similaire au titre du régime de votre conjoint.	<b>Renonciation à la garantie Maladie</b> Je RENONCE à la garantie Maladie pour		<b>Renonciation à la garantie Soins dentaires</b> Je RENONCE à la garantie Soins dentaires pour		
	<input type="radio"/> Moi-même SEULEMENT		<input type="radio"/> Moi-même SEULEMENT		
	<input type="radio"/> Moi-même et les personnes à ma charge		<input type="radio"/> Moi-même et les personnes à ma charge		
<input type="radio"/> Les personnes à ma charge SEULEMENT		<input type="radio"/> Les personnes à ma charge SEULEMENT			
Date de renonciation (jj/mmmm/aaaa)		Date de renonciation (jj/mmmm/aaaa)			
Vous pourrez ajouter cette couverture à une date ultérieure; toutefois, une preuve d'assurabilité pourrait être demandée au moment de l'adhésion.					

**6 Cessation de la couverture des personnes à charge**

Je souhaite mettre fin à la couverture d'une ou de plusieurs personnes à ma charge (voir la section 9).

Je souhaite mettre fin à TOUTE la couverture pour TOUTES les personnes à ma charge.  Veuillez faire passer ma couverture à une couverture individuelle.

Date d'effet de la cessation (jj/mmmm/aaaa)

Raison de la cessation

**7 Résidants du Québec de 65 ans ou plus**

Je participe au régime d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

Je NE PARTICIPE PAS au régime d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec.

**8 Coordination des prestations**

Ces renseignements sont importants pour assurer l'exactitude du traitement des demandes de règlement.

Remplissez les sections 8 et 9 seulement si vous devez demander l'adhésion de votre conjoint et des enfants et que vous devez modifier les renseignements.

Assurance maladie du conjoint Votre conjoint bénéficie-t-il d'une assurance maladie au titre de son propre régime?  Oui  Non Date d'effet (jj/mmmm/aaaa)

Assurance dentaire du conjoint Votre conjoint bénéficie-t-il d'une assurance soins dentaires au titre de son propre régime?  Oui  Non Date d'effet (jj/mmmm/aaaa)

**Le régime de votre conjoint couvre :**

Maladie	Soins dentaires	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Votre conjoint seulement
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Votre conjoint et vous-même
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Votre conjoint et vos enfants
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Votre conjoint, vous et vos enfants

Date de naissance du conjoint (jj/mmmm/aaaa)

**9 Renseignements sur la famille**

Veuillez remplir cette section seulement si vous devez modifier les renseignements sur les personnes à charge déjà inscrites OU si vous ajoutez ou radiez une personne à charge. S'il y a plus de quatre enfants, veuillez annexer une feuille distincte.

Type de modification (Voir codes ci-dessous)	Date d'effet de la modification (jj/mmmm/aaaa)	Nom du conjoint ou de l'enfant (nom de famille et prénom)	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Sexe (M ou F)	Lien de parenté (Voir codes ci-dessous)	Étudiant à temps plein? (Oui ou Non)
		Conjoint		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		s. o.
		Enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
		Enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
		Enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
		Enfant		<input type="radio"/> M <input type="radio"/> F		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

Type de modification : A = Ajout, M = Modification, R = Radiation Liens de parenté : M = Mari, F = Femme, C = Conjoint de fait, E = Enfant

Si la personne à charge est handicapée et a dépassé l'âge limite, veuillez remplir le formulaire GL0514F – *Demande de couverture pour une personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite.*

Si la personne à charge est un étudiant ayant dépassé l'âge limite, veuillez remplir le formulaire GL4408F – *Demande de prolongation/cessation de la couverture des étudiants à charge.*

**10 Désignation de bénéficiaire**

Si vous souhaitez modifier votre désignation de bénéficiaire, veuillez remplir et signer le formulaire GL1435F – *Désignation de bénéficiaire.*

**11a Virement automatique**

Remplissez la présente section si vous souhaitez vous inscrire au service de virement automatique des prestations.

Nom de l'institution financière

Adresse (numéro, rue) Ville Province Code postal

Numéro de domiciliation (5 chiffres) Numéro de l'institution Numéro du compte

**Banque Manuvie**  
500 KING ST. NORTH  
WATERLOO, ONTARIO N2J 4C6

MEMO \_\_\_\_\_

⑈ 108 ⑈ ⑆ 0 1 2 2 5 4 0 ⑆ 000 1 ⑈ 00 1 1 1 ⑈ ⑈

Numéro de domiciliation      Numéro de l'institution      Numéro du compte

Pour vous aider à remplir les champs ci-dessus, l'illustration suivante montre à quelles données correspond l'encodage par reconnaissance de caractères magnétiques utilisé sur les chèques types.

## 11b Relevé de règlement électronique

Si vous indiquez votre adresse électronique dans le présente section, vous recevrez une invitation à vous inscrire aux services en ligne.

**Remplissez la présente section uniquement si votre régime prévoit des services en ligne et si vous souhaitez vous en prévaloir.**

Si vous indiquez votre adresse électronique et vos renseignements bancaires, vous recevrez des relevés de règlement électroniques. Dans le cas contraire, vous recevrez vos relevés de règlement par la poste.

Courriel

## 12 Signature du participant

**Par la présente, je demande** l'adhésion à la couverture offerte au titre 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, toute autorité professionnelle, tout 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. **J'autorise** le promoteur du régime à effectuer les retenues à la source nécessaires, au besoin. Si mon numéro d'assurance sociale (NAS) 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.

S'il y a lieu, **j'autorise** Manuvie à virer au compte indiqué dans le présent formulaire les prestations qui doivent m'être versées au titre du contrat susmentionné. **Je confirme** que la présente autorisation de virement automatique s'applique à l'institution financière que j'ai désignée dans le présent formulaire et à toute autre institution financière que je pourrais désigner dans l'avenir, et qu'elle demeure valide tant qu'elle n'est pas révoquée par écrit par moi ou mon représentant dûment autorisé. **Je reconnais** qu'après le virement des prestations au compte, Manuvie n'est liée par aucune autre obligation à l'égard de ces prestations. **Je reconnais également** que Manuvie peut à tout moment et sans préavis mettre fin à ce mode de versement et exiger mon endossement personnel relativement aux prestations futures. En outre, **je reconnais** que toutes prestations virées à mon compte par Manuvie et auxquelles je n'ai pas droit au titre du contrat ou en vertu de la loi ne feront pas partie de mes biens et devront être remboursées immédiatement à Manuvie, par moi ou par les représentants de ma succession.

S'il y a lieu, **j'autorise** Manuvie à communiquer avec moi par courriel au sujet de la couverture, pour les fins susmentionnées, à l'adresse électronique fournie dans la présente demande. **Je comprends** qu'une telle communication peut inclure des renseignements et que la confidentialité de ces renseignements ne peut pas être protégée lors d'un envoi par courriel. **Je reconnais** que Manuvie n'est pas responsable des dommages que je pourrais subir si une communication par courriel entre Manuvie et moi découlant de la présente autorisation était interceptée par un tiers. **Je reconnais** que si l'adresse électronique fournie dans la présente demande était modifiée, il m'incombe de fournir la nouvelle adresse à Manuvie. **Je comprends** que si je ne veux pas recevoir de courriels de Manuvie, je peux supprimer mon adresse électronique en ligne ou communiquer avec le Service à la clientèle.

**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.

**Je reconnais** que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation, la conservation ou la divulgation des renseignements personnels en consultant la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels qui se trouve dans le site [www.manuvie.ca/assurancecollective](http://www.manuvie.ca/assurancecollective) ou en m'adressant au promoteur du régime.

**Veillez signer et dater ici.**

Signature du participant

Date (jj/mmmm/aaaa)

## 13 Directives d'envoi

Veillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

**Administration – Participants au régime  
Financière Manuvie  
P.O. Box 2026  
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 2Z1**

This document is also available in English at [www.manulife.ca/groupbenefits](http://www.manulife.ca/groupbenefits)