

## Demande d'adhésion ou de réadhésion – régime comprenant un compte de crédits-santé - *Version électronique* Assurance collective

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

### 1 Déclaration du promoteur de régime

À remplir et signer par le promoteur de régime.

Si vous le connaissez, inscrivez le numéro de certificat du participant. Sinon, laissez la case en blanc.

N° de contrat	N° de compte/division	Division de facturation (s'il y a lieu)	N° de certificat du participant
Promoteur de régime		Numéro de téléphone du promoteur de régime	
Donnez la date d'embauche à titre permanent et à temps plein (jj/mmmm/aaaa)	S'il s'agit d'une réembauche, donnez la date de cessation de l'emploi précédent (jj/mmmm/aaaa)	Date de réembauche (jj/mmmm/aaaa)	
La période probatoire doit-elle s'appliquer après la date d'embauche à titre permanent et à temps plein?			<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Profession du participant	Catégorie	Heures normales/sem.	Salaire annuel \$
<p><b>Je certifie</b> que le <b>participant</b> indiqué ci-dessous 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)

Afin de déterminer si une preuve d'assurabilité est exigée, veuillez vous reporter à votre contrat.

Une preuve d'assurabilité est-elle exigée?  Oui  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. **Cette dernière ne communiquera pas avec l'administrateur du régime pour vérifier si le formulaire a été posté.**

#### CCS

<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	N° du contrat CCS	Date d'entrée en vigueur (jj/mmmm/aaaa)	Montant du dépôt \$
---	-------------------	---	---------------------

### 2 Renseignements sur le participant

Ces renseignements sont nécessaires pour adhérer au régime.

Nom et prénom du participant		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
Sexe <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin	Province de domicile	Langue <input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais

### 3 Adresse du participant

Adresse (numéro, rue, appartement)		
Ville	Province	Code postal

### 4 Adhésion à la couverture

**Nota :** Vous pouvez renoncer aux garanties pour vous-même, votre conjoint et les personnes à votre charge SEULEMENT si vous bénéficiez d'une couverture similaire au titre du régime de votre conjoint. Vous pourrez ajouter cette couverture à une date ultérieure; toutefois, une preuve d'assurabilité pourrait être demandée au moment de l'adhésion.

#### Adhésion aux garanties Maladie et Soins dentaires

Maladie	Soins dentaires	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Moi-même SEULEMENT
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Moi-même ET 1 personne à charge (conjoint ou enfant)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Moi-même ET 2 personnes à charge ou plus (conjoint et/ou enfants)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Aucune, mon conjoint bénéficiant d'une couverture

#### Assurance vie des personnes à charge

Oui  Non **Nota :** Si vous avez des personnes à votre charge admissibles, vous ne pouvez pas renoncer à cette garantie au titre d'un contrat AlphaPlus.

**Avez-vous un conjoint de fait?**

Oui  Non

Si vous avez un conjoint de fait, donnez la date du début de l'union.

Date (jj/mmmm/aaaa)

## 5 Coordination des prestations

Si vous n'avez pas de conjoint, cette partie ne s'applique pas.

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

### 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)

## 6 Renseignements sur la famille

Remplir cette partie **seulement** si vous devez inscrire votre conjoint et/ou les personnes à votre charge.

S'il y a plus de quatre enfants, veuillez annexer une feuille distincte.

Si vous demandez la couverture familiale, veuillez inscrire ci-dessous le nom de votre conjoint et des enfants à votre charge, qu'ils bénéficient ou non d'une assurance maladie ou d'une assurance dentaire au titre d'un autre régime.

Nom du conjoint ou de l'enfant Précisez le nom de famille s'il diffère du vôtre (nom, 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

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.**

## 7 Désignation de bénéficiaire

**En cas de décès, toute prestation exigible sera versée aux AYANTS DROIT. Si vous souhaitez désigner un bénéficiaire autre que les AYANTS DROIT, veuillez remplir et signer le formulaire GL1435F – Désignation de bénéficiaire.**

## 8a 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



500 KING ST. NORTH  
WATERLOO, ONTARIO N2J 4C6

MEMO \_\_\_\_\_

⑈ 108 ⑈ ⑆ 0 1 2 2 ⑆ 5 4 0 ⑆ 0 0 0 1 ⑆ 0 0 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.

## 8b Relevé de règlement électronique

Si vous indiquez votre adresse électronique dans la 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.

Adresse électronique

**9 Résidents du Québec  
(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.

**10 Signature du participant**

**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. **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)

**11 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.com/groupbenefits](http://www.manulife.com/groupbenefits).