

Demande d'adhésion ou de renouvellement de l'adhésion Assurance collective

- La section 1 doit être remplie par l'administrateur de régime
- Les autres sections doivent être remplies par le participant
- Veuillez écrire lisiblement à l'encre foncée et en MAJUSCULES.

1 Déclaration du promoteur de régime

Promoteur de régime _____ Numéro de contrat _____

Numéro de compte/
d'emplacement _____ Division de facturation _____ Numéro de certificat
du participant _____

Date d'embauche à titre permanent (jj/mmmm/aaaa) _____ Voulez-vous exempter le participant de la période probatoire?
 Oui Non

Date de réembauche (jj/mmmm/aaaa) _____ S'il s'agit d'une réembauche, date de cessation
de l'emploi précédent (jj/mmmm/aaaa) _____

Catégorie/Régime _____ Profession _____

Heures normales/sem. _____ Salaire _____ \$ Fréquence _____

Je certifie que le **participant** indiqué ci-dessous est **effectivement au travail** à son lieu de travail habituel au Canada. « **Effectivement au travail** » s'entend du fait que le **participant** 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.

Signature de l'administrateur de régime _____ Date (jj/mmmm/aaaa) _____

Personne inscrite en vertu de la *Loi sur les Indiens* du Canada à des fins d'exonération fiscale? Oui Non

Une preuve d'assurabilité est-elle exigée? Oui Non (Afin de déterminer si une preuve d'assurabilité est exigée, veuillez vous reporter à votre contrat.)

Si *oui*, le formulaire GL0004F doit être rempli et envoyé à Manuvie aux fins de traitement.

2 Renseignements sur le participant

Nom de famille du participant _____ Prénom _____

Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) _____ Sexe* Homme Femme Non-binaire

À remplir par
l'employé

Province de domicile _____ Langue Français Anglais

Avez-vous un conjoint (époux, conjoint de fait ou conjoint uni civilement)? Oui Non

* Sélectionnez homme, femme ou non-binaire (intersexué), selon votre sexe biologique actuel.

Aux fins de la présente proposition, le terme « non-binaire » ne fait pas référence à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre ou à la perception de genre d'une personne.

3 Adresse du participant

Adresse (numéro, rue, appartement) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

4 Résidents du Québec

(65 ans ou plus) Participez-vous au régime d'assurance médicaments de la RAMQ? Oui Non

5 Adhésion à la couverture

Certains régimes permettent de renoncer à certaines garanties si le participant est couvert par le régime de son conjoint. Vous pourrez ajouter la couverture à une date ultérieure; toutefois, une preuve d'assurabilité pourrait être demandée au moment de l'adhésion.

Couverture Soins médicaux complémentaires demandée

- Moi-même seulement
- Moi-même ET 1 personne à charge (conjoint ou enfant)
- Moi-même ET 2 personnes à charge ou plus (conjoint et/ou enfants)
- Aucune, mon conjoint bénéficiant d'une couverture

Couverture Soins dentaires

- Moi-même seulement
- Moi-même ET 1 personne à charge (conjoint ou enfant)
- Moi-même ET 2 personnes à charge ou plus (conjoint et/ou enfants)
- Aucune, mon conjoint bénéficiant d'une couverture

Demandez-vous l'assurance vie des personnes à charge? Oui Non

Il est possible que l'assurance vie des personnes à charge soit obligatoire. Reportez-vous à votre contrat.

9 Autorisation et consentement

Par la présente, je demande l'adhésion à la couverture offerte au titre du régime d'assurance collective souscrit par le promoteur auprès de 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.

Si 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.

Si 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 de Manuvie, à l'adresse www.manuvie.ca/participant, ou en m'adressant au promoteur du régime.

VEUILLEZ SIGNER ICI

Signature du participant _____ Date (jj/mmmm/aaaa) _____

10 Directives d'envoi

Administration – Participants au régime, Manuvie
C. P. 11006, succ. Centre-ville,
Montréal (Québec) H3C 4T8

Ouvrez une session à l'adresse www.manulife.ca/signin/fr et utilisez la fonction « **Envoi d'un fichier** » sur le site sécurisé à l'intention de l'administrateur de régime.