

Formulaire d'inscription/de modification – Garanties collectives



Instructions

- L'administrateur du régime complète la section 1.
- Remplissez toutes les sections restantes et retournez le formulaire à votre administrateur de régime.

1 Renseignements à fournir par le gestionnaire du régime

<input type="checkbox"/> Formulaire d'inscription (Remplir toutes les sections)	<input type="checkbox"/> Formulaire de modification (Indiquer uniquement les modifications apportées ainsi que la date d'effet des changements)
<input type="checkbox"/> Bénéficiaire	<input type="checkbox"/> Situation quant aux personnes à charge
<input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____	<input type="checkbox"/> Radiation
	<input type="checkbox"/> Salaire

Numéro de contrat	Nom du titulaire de contrat		
<input type="checkbox"/> Nouveau participant <input type="checkbox"/> Réembauche	Date d'embauche/de réembauche (aaaa-mm-jj)	Numéro de participant	Catégorie/régime
Date d'effet de la couverture/du changement (aaaa-mm-jj)	Numéro de l'emplacement/de l'unité de facturation	Nom de l'emplacement/de l'unité de facturation	
Profession	Salaire	Base de calcul	<input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Bimensuelle <input type="checkbox"/> Autre _____ \$ <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Aux deux semaines <input type="checkbox"/> À l'heure (hres/sem. _____)

2 Renseignements sur le participant

Important : Pour être admissible à la couverture Frais médicaux de ce régime, vous devez être couvert par le régime d'assurance-maladie provincial (p. ex., RAMQ, Assurance-santé de l'Ontario, MSP) ou fédéral.

Nom du participant	Prénom	Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville	Province	Code postal	
Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Langue	Province du domicile	Province d'emploi
	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français		Numéro de téléphone
État matrimonial	<input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Veuf (veuve)
	<input type="checkbox"/> Union civile	Couverture demandée	
		<input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Monoparentale <input type="checkbox"/> Couple	
Si vous habitez en Colombie-Britannique, en Alberta ou au Manitoba, veuillez nous fournir votre numéro PharmaCare.			
Adresse électronique (Simplifie l'ouverture de session sur masunlife.ca pour gérer vos garanties et vos demandes de règlement.)			

3 Refus des garanties

Si vous ou les personnes à votre charge êtes déjà couverts par d'autres garanties collectives de remboursement de frais médicaux et/ou dentaires, vous pouvez refuser celles du présent contrat en cochant les cases appropriées ci-dessous. Je refuse :

- La garantie **Frais médicaux** du personnel et des personnes à charge des personnes à charge uniquement
- La garantie **Frais dentaires** du personnel et des personnes à charge des personnes à charge uniquement

4 Renseignements sur le conjoint

Si vous avez un conjoint, remplissez la section suivante.

Comme l'assurance-vie des personnes à charge est obligatoire, vous devez fournir le nom et la date de naissance de votre conjoint.

IMPORTANT : Le conjoint doit soumettre ses demandes de règlement au régime de son employeur en premier.

Pour être admissible à la couverture Frais médicaux de ce régime, votre conjoint doit être couvert par le régime d'assurance-maladie provincial (p. ex., RAMQ, Assurance-santé de l'Ontario, MSP) ou fédéral.

*M	Date d'effet (aaaa-mm-jj)
----	---------------------------

***M (codes de mise à jour) : A = Ajout C = Changement T = Radiation**

Nom du conjoint	Prénom du conjoint	Sexe	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
-----------------	--------------------	------	--	--------------------------------

Si votre conjoint habite en Colombie-Britannique, en Alberta ou au Manitoba, veuillez nous fournir son numéro PharmaCare.

Votre conjoint est-il déjà couvert par d'autres garanties collectives de remboursement de frais médicaux et/ou dentaires au titre du régime de son employeur?

Non Oui

Si *oui*, veuillez indiquer la couverture dont il bénéficie :

Frais médicaux Familiale Individuelle

Frais dentaires Familiale Individuelle

Nom du fournisseur de garanties collectives : _____

5 Renseignements sur les enfants

Si vous avez des enfants à charge, remplissez la section suivante.

Comme l'assurance-vie des personnes à charge est obligatoire, vous devez fournir le nom et la date de naissance de vos enfants.

IMPORTANT : Les demandes de règlement pour les enfants assurés doivent d'abord être présentées au régime du parent dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année.

M	Date d'effet (aaaa-mm-jj)	Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Sexe	Étudiant	Enfant handicapé**
					<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
					<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* Selon les dispositions de votre régime de garanties, un étudiant est un enfant (par ex. de 21 ans ou plus, mais de moins de 25 ans) qui étudie à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu par l'Agence du revenu du Canada. Il ne peut pas être lié à une autre personne par le mariage ou un autre type d'union formelle. Il doit aussi dépendre de vous financièrement.

(Les participants du Québec sont priés de se renseigner auprès du gestionnaire de leur régime pour connaître l'âge limite prévu pour la couverture des enfants à charge étudiant à temps plein.)

** Si vous demandez l'inscription d'un enfant ayant dépassé l'âge limite qui souffre d'un handicap, veuillez remplir un formulaire Couverture pour les enfants invalides et nous le faire parvenir dans les 6 mois suivant la date où cet enfant atteint l'âge limite.

6 Désignation de bénéficiaire

IMPORTANT

Si le bénéficiaire que vous désignez est une personne mineure (moins de 18 ans), veuillez vous reporter à la section *Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur*.

Si vous avez déjà désigné un bénéficiaire irrévocable, vous devez obtenir son consentement pour :

- (a) remplacer le bénéficiaire irrévocable ou
- (b) réduire le montant de la couverture ou le pourcentage des montants payables au bénéficiaire irrévocable.

Veuillez faire signer et dater le formulaire *Consentement du bénéficiaire* par le bénéficiaire irrévocable.

Bénéficiaire du capital de vos produits d'assurance-vie.

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien avec le participant	Pourcentage %
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien avec le participant	Pourcentage %
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien avec le participant	Pourcentage %
Le total des pourcentages de tous les bénéficiaires doit être 100 %.				100 %

Au Québec, si vous désignez comme bénéficiaire votre conjoint en vertu d'un mariage ou d'une union civile, la désignation de votre conjoint est irrévocable à moins que vous ne cochiez la case *Désignation révoicable*. *Désignation révoicable*.

Dans tous les autres cas, s'il faut que la désignation de bénéficiaire soit permanente (p. ex. si exigé par un accord de séparation ou une ordonnance du tribunal), écrivez « irrévocable » à côté du nom du bénéficiaire.

Si vous désignez plus d'un bénéficiaire et que l'un d'eux décède avant vous, le pourcentage qui lui revenait sera partagé entre les bénéficiaires vivants. Au Québec, cela s'applique uniquement si vous avez prévu que vos bénéficiaires reçoivent une part égale.

Si vous ne désignez aucun bénéficiaire, les montants payables seront versés à votre succession.

7 Désignation de bénéficiaire en sous-ordre

Si les bénéficiaires indiqués ci-dessus sont décédés à mon décès, les bénéficiaires ci-dessous recevront le capital de mon assurance-vie.

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien avec le participant	Pourcentage %
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien avec le participant	Pourcentage %
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien avec le participant	Pourcentage %
Le total des pourcentages de tous les bénéficiaires doit être 100 %.				100 %

Au Québec, si vous désignez comme bénéficiaire votre conjoint en vertu d'un mariage ou d'une union civile, ce bénéficiaire est irrévocable à moins que vous ne cochiez la case *Désignation révoicable*. *Désignation révoicable*

8 Désignation de bénéficiaire

Bénéficiaire de l'**Assurance-vie FACULTATIVES du conjoint**

Toutes sommes dues au titre des garanties facultatives du conjoint me seront versées. Oui Non

Ajoutez un ou des bénéficiaire(s) ci-dessous si vous avez opté pour la couverture facultative du conjoint et si vous désirez désigner un bénéficiaire autre que vous-même.

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien avec le participant	Pourcentage %
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien avec le participant	Pourcentage %
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Lien avec le participant	Pourcentage %
Le total des pourcentages de tous les bénéficiaires doit être 100 %.				100 %

9 Nomination d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (n'est pas autorisé au Québec)

Si votre bénéficiaire a moins de 18 ans, il faut désigner un fiduciaire. Si le bénéficiaire a encore moins de 18 ans à votre décès, les montants payables seront versés au fiduciaire pour le compte du mineur. Le règlement des sommes dues au fiduciaire libère la Sun Life.

Nom de famille	Prénom	Lien avec le mineur
----------------	--------	---------------------

Remarque : Au Québec, toute somme payable à un mineur sera versée en son nom aux parents ou au tuteur légal. Une autre option pour vous est de désigner votre succession comme bénéficiaire et de nommer un fiduciaire dans votre testament, avec des directives.

10 Autorisation et signature

IMPORTANT :

Vous devez signer et dater le formulaire à l'encre.

Je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements sur mon conjoint et sur les personnes à ma charge en vue de les inscrire au régime.

En adhérant au régime, j'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (Sun Life)*, ses réassureurs et le promoteur de régime à recueillir, à utiliser et à communiquer des renseignements pertinents me concernant, et concernant mon conjoint et les personnes à ma charge qui sont nécessaires aux fins :

- de l'adhésion, des retenues salariales et de la gestion du régime;
- de la tarification;
- du traitement des demandes de règlement.

* Toute référence à la Sun Life, à ses réassureurs ou au promoteur de régime comprend leurs propres mandataires et fournisseurs de services.

Je sais qu'une attestation satisfaisante de mon assurabilité ou de celle de mon conjoint pourrait être exigée pour que nous puissions être admis à l'assurance-vie facultative du personnel ou à l'assurance-vie facultative du conjoint, respectivement, ou pour que nous puissions augmenter le capital au titre de cette assurance. En outre, je sais qu'une attestation satisfaisante de mon assurabilité, de celle de mon conjoint ou de mon ou de mes enfants pourrait être exigée pour que je puisse ou pour que nous puissions être admis à l'assurance facultative contre les maladies graves, ou pour que je puisse ou pour que nous puissions augmenter le capital au titre de cette assurance.

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et véridiques. Des renseignements inexacts peuvent entraîner le rejet de toute demande de règlement.

Dans la mesure où la loi le permet, la désignation de bénéficiaire qui se trouve dans ce formulaire remplace toute autre désignation de bénéficiaire.

Toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation dûment signée a la même valeur que l'original. Toutefois, le formulaire original est requis pour tout ce qui concerne la désignation de bénéficiaire.

Signature du participant X	Date (aaaa-mm-jj)
-------------------------------	-------------------

Protection des renseignements personnels

Notre raison d'être est d'aider nos Clients à atteindre une sécurité financière durable et un mode de vie sain. Nous recueillons, utilisons et divulguons des renseignements personnels sur vous pour: concevoir et offrir des produits et services pertinents; améliorer votre expérience et gérer nos activités; effectuer nos activités de tarification et d'administration et l'évaluation des dossiers de règlement; assurer une protection contre la fraude, les erreurs et les fausses déclarations; vous renseigner sur d'autres produits et services; satisfaire aux obligations légales et de sécurité. Nous obtenons ces renseignements directement de vous, lorsque vous utilisez nos produits et services, et d'autres sources. Nous conservons vos renseignements de façon confidentielle et uniquement pour la durée nécessaire. Les personnes qui peuvent y avoir accès comprennent nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers), les fournisseurs de services, nos réassureurs et toute personne que vous aurez autorisée. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur de votre province/territoire. Vos renseignements pourraient alors être régis par les lois en vigueur dans ces endroits. En tout temps, vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, au besoin, les faire corriger. Sauf dans certains cas, vous pouvez retirer votre consentement. Toutefois, cela pourrait nous empêcher de vous fournir le produit ou le service demandé. Pour en savoir plus, lisez notre déclaration mondiale et nos principes directeurs locaux. Pour obtenir un exemplaire, consultez la page www.sunlife.ca/confidentialite ou appelez-nous.

À votre choix

De temps en temps, nous vous donnerons de l'information sur d'autres produits et services financiers qui, à notre avis, sont susceptibles de répondre à l'évolution de vos besoins. Si vous ne souhaitez pas recevoir ces offres, faites-le-nous savoir en nous appelant au 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).