

# Inscription de l'administrateur de régime au site Internet et au service de facturation Assurance collective

**Veillez envoyer le présent formulaire d'inscription à l'adresse ci-dessous. Assurez-vous d'y joindre la *Convention portant sur l'administration électronique du contrat* dûment signée.**

**Si votre régime prévoit déjà l'accès au site à l'intention de l'administrateur de régime et si le site est en cours d'utilisation, veuillez envoyer tous les changements (y compris les renseignements sur l'ajout ou la radiation d'utilisateurs) à la section **Inscription au site Internet** :**

- par télécopieur au 519 883-0349
- par courrier à **l'Assurance collective Financière Manuvie, Inscription au site Internet, 380 Weber Street N, Waterloo (Ontario) N2J 3J3 - Poste de livraison GB-A**

**Veillez cocher le type de demande :**

- Ajout d'un utilisateur. (Si le nouvel utilisateur remplace un utilisateur existant, veuillez indiquer le nom et le code de l'utilisateur radié à la partie 5 - Renseignements additionnels.)
- Radiation d'un utilisateur. (Veuillez indiquer son nom et son code d'utilisateur à la partie 5 - Renseignements additionnels.)
- Modification des renseignements sur l'utilisateur actuel ou remplaçant.

*Veillez vous assurer que toutes les parties sont remplies et que le formulaire est signé.*

<b>1 Renseignements sur l'entreprise</b>	Nom du promoteur de régime	Numéro de contrat
--	----------------------------	-------------------

<b>2 Renseignements sur l'administrateur de régime/utilisateur</b>	Nom de famille de l'administrateur de régime		Prénom de l'administrateur de régime	
Veuillez cocher <input checked="" type="checkbox"/> la case correspondant à l'élément à modifier, le cas échéant : <input type="radio"/> Adresse postale au travail <input type="radio"/> Adresse électronique <input type="radio"/> Accès à la facturation en ligne <input type="radio"/> Code d'utilisateur Indiquez tout <b>nouveau</b> renseignement dans la zone appropriée.	Langue	Sexe		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
	<input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin		
	Adresse postale au travail (numéro, rue)	Ville	Province	Code postal
	Adresse électronique (obligatoire)			
	Accès à la facturation en ligne : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non			
Code d'utilisateur (Le code doit comprendre au moins six caractères, sous réserve d'un maximum de 20.)				

<b>3 Renseignements sur l'administrateur de régime/utilisateur remplaçant</b>	<input type="radio"/> Veuillez cocher ici si vous modifiez les renseignements sur l'utilisateur remplaçant. Indiquez les <b>nouveaux</b> renseignements ci-dessous, s'il y a lieu.			
Il est recommandé de désigner un utilisateur remplaçant qui pourra avoir accès au site Internet de l'Assurance collective pour poursuivre la gestion du régime au nom de l'administrateur de régime si ce dernier n'est pas en mesure de le faire ou s'il doit s'absenter pour une période prolongée (ex. : vacances, maladie, conférences).	Nom de famille de l'utilisateur remplaçant		Prénom de l'utilisateur remplaçant	
	Langue	Sexe		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)
	<input type="radio"/> Français <input type="radio"/> Anglais	<input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin		
	Adresse postale au travail (numéro, rue)	Ville	Province	Code postal
	Adresse électronique (obligatoire)			
Accès à la facturation en ligne : <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non				
Code d'utilisateur (Le code doit comprendre au moins six caractères, sous réserve d'un maximum de 20.)				

<b>4 Accès requis</b>	Accès au site Internet : <input type="radio"/> Tous les contrats et comptes/divisions <input type="radio"/> Uniquement les contrats et comptes/divisions suivants	Numéro(s) de contrat Compte(s)/division(s)
Ajout de numéros	Accès à la facturation en ligne : <input type="radio"/> Tous les contrats et comptes/divisions de facturation <input type="radio"/> Uniquement les contrats et comptes/divisions de facturation suivants	Numéro(s) de contrat Compte(s)/division(s) de facturation

Suppression de numéros	Numéro(s) de contrat	Compte(s)/division(s)
------------------------	----------------------	-----------------------

<b>5 Renseignements additionnels</b>		
--------------------------------------	--	--

<b>6 Autorisation du promoteur de régime</b>	Nom en lettres moulées	Poste
À des fins d'autorisation, vous devez obtenir la signature du promoteur de régime et/ou de l'administrateur de régime actuel.	Signature	Date (jj/mmmm/aaaa)