

Demande d'adhésion ou de réadhésion 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 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?

Oui Non

Profession du participant		Catégorie
Heures normales/sem.	Salaire annuel \$	

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 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.**

2 Renseignements sur le participant

Ces renseignements sont nécessaires pour adhérer au régime.

Nom et prénom du participant (caractères d'imprimerie)		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.

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?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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

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)

6 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.

7 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.

8 Désignation de bénéficiaire

Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les ayants droit sont présumés être les bénéficiaires.

Les pourcentages doivent totaliser 100 % pour être valides.

Veuillez remplir la partie ci-contre si le bénéficiaire est mineur.

Nom et prénom du bénéficiaire (caractères d'imprimerie)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
Nom et prénom du bénéficiaire (caractères d'imprimerie)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
Nom et prénom du bénéficiaire (caractères d'imprimerie)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %

Je nomme _____ bénéficiaire fiduciaire des sommes dues à tout bénéficiaire mineur (ne s'applique pas au Québec).

Irrévocabilité

Dans le cas des résidents du Québec seulement
Au Québec, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable, à moins d'avis contraire.
Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est :
 Révocable Irrévocable

Nota : Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Veuillez joindre le consentement signé et daté au présent formulaire.
Il vous revient de vous assurer de la validité de votre désignation.

9 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 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. **Je désigne** la (les) personne(s) indiquée(s) dans la Désignation de bénéficiaire comme bénéficiaire(s).

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 ou en m'adressant au promoteur du régime.

Veuillez signer et dater ici.

Signature du participant

Date (jj/mmmm/aaaa)

10 Directives d'envoi

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

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

Réservé à la Financière Manuvie

Contrats multiples	Date d'effet de l'assurance jj/mmmm/aaaa	Catégorie	Mode	Salaire	Vie	DMA	IH	ILD	AMC	Soins dentaires	Vie PAC	Surprime prof.	Div.	Coord. prest.	Assur.-médic.	Adh. tardive (salaré)	Adh. tardive (PAC)	MNL	CII EVA
Comptes multiples														Code couv.	Date d'expiration			Exempt d'impôt	
Excédent									CCS		NOTE ENVOYÉE							Initiales	