Manuvie

Passez au numérique !

Administrateurs de régime :
Utilisez la fonctionnalité **Ajouter un participant** sur le site à l'intention de l'administrateur de régime pour ajouter des participants en temps réel.

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 au régime.
- Veuillez écrire clairement en LETTRES 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

À remplir par l'employé

Nom de famille du participant : _____ Prénom : _____

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

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, 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.

Si vous nous fournissez votre adresse de courriel, nous vous enverrons une invitation à vous inscrire au site sécurisé à l'intention des participants, où vous pourrez consulter vos relevés de règlement électroniques.

Adresse courriel (veuillez écrire lisiblement) : _____

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.

6. Coordination des prestations

Remplissez la présente section si vous souhaitez que les personnes à votre charge soient couvertes par votre régime.

Est-ce que vous ou les personnes à votre charge (conjoint ou enfants) êtes couverts par un autre régime? ◯ Oui ◯ Non

Si **oui**, fournissez les renseignements suivants : Nom de l'autre assureur : _____

Nom de famille de l'assuré : _____ Prénom : _____

Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) : _____ Date d'effet de la couverture (jj/mmmm/aaaa) : _____

Numéro de certificat : _____ Numéro de contrat : _____

Indiquez le type de couverture au titre de l'autre régime :

S'il manque certains des renseignements demandés dans la présente section, le régime de Manuvie sera considéré par défaut comme le deuxième payeur.

Soins médicaux complémentaires :	Soins dentaires :
◯ Individuelle	◯ Individuelle
◯ De couple	◯ De couple
◯ Familiale	◯ Familiale
◯ Aucune	◯ Aucune

7. Renseignements sur les personnes à charge

Conjoint

Si vous manquez d'espace pour énumérer toutes les personnes à votre charge, veuillez continuer sur une feuille distincte.

Remplissez la présente section si le régime comporte les garanties Soins médicaux complémentaires ou Soins dentaires et si vous n'avez pas renoncé aux garanties pour les personnes à votre charge à la section 5.

Nom de famille : _____ Prénom : _____

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

Dans le cas d'un conjoint de fait, indiquez la date de début de la cohabitation (jj/mmmm/aaaa) : _____

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Sexe*			Étudiant ayant dépassé l'âge limite	Personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite**
			Homme	Femme	Non-binaire		
			◯	◯	◯	◯	◯
			◯	◯	◯	◯	◯
			◯	◯	◯	◯	◯
			◯	◯	◯	◯	◯

* Sélectionnez homme, femme ou non-binaire, 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.

** Si vous souhaitez présenter une demande de couverture à l'égard d'une personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite, remplissez le formulaire GL0514F.

8. Renseignements bancaires

Nous utilisons vos coordonnées bancaires pour verser les règlements directement dans votre compte.

Vous recevrez bientôt un courriel contenant des instructions sur la manière d'enregistrer votre compte sur le site sécurisé des participants et de mettre en place le dépôt direct.

9. Autorisation et consentement

Vous adhérez à la couverture au titre du présent régime d'assurance collective. « Adhérer à la couverture » peut comprendre ce qui suit :

- l'ajout d'une nouvelle couverture pour vous et un ou des membres de votre famille.
- la suppression de cette couverture pour vous et un ou des membres de votre famille.
- la modification de cette couverture pour vous et un ou des membres de votre famille.
- la fourniture de nouveaux renseignements ou de renseignements plus récents sur vous et sur un ou des membres de votre famille.

Les modalités indiquées ici constituent un aperçu de la couverture à laquelle vous adhérez. Nous nous appuyons sur les documents relatifs au régime pour traiter les demandes de règlement, déterminer l'admissibilité à la couverture et administrer le régime en général. En cas de divergence entre les présentes modalités et les documents relatifs au régime, ces derniers auront préséance.

Vos renseignements

Vous certifiez que les renseignements que vous avez fournis sont exacts et complets.

Si vous fournissez des renseignements faux, incomplets ou trompeurs dans le cadre de ce processus d'adhésion ou pour toute autre chose concernant cette couverture dans le futur, vous comprenez que nous pourrions :

- annuler cette couverture
- ne pas payer une demande de règlement au titre de la présente couverture
- informer votre employeur de cette situation

Si votre numéro d'assurance sociale (NAS) correspond aussi à votre numéro de certificat, vous nous autorisez à le recueillir, à l'utiliser et à le divulguer lorsque cela est nécessaire pour administrer votre régime ou pour vous identifier.

Déclaration relative aux renseignements personnels pour les régimes d'assurance collective des employeurs

Manuvie attache une grande importance à la protection de vos renseignements personnels et au respect de votre vie privée.

Pourquoi recueillons-nous, utilisons-nous et divulguons-nous vos renseignements personnels?

Dans le but d'établir et de gérer notre relation avec vous, de vous fournir des produits et des services, d'administrer nos activités et de respecter les exigences légales et réglementaires.

Quels renseignements personnels recueillons-nous?

Selon le produit ou le service, nous recueillons des renseignements personnels précis à votre sujet, notamment :

- des renseignements permettant d'établir votre identité, comme votre nom, votre adresse, vos numéros de téléphone, votre adresse courriel, votre date de naissance, votre numéro de permis de conduire, votre numéro de passeport ou votre numéro d'assurance sociale (NAS);
- des renseignements financiers, des rapports d'enquête, des rapports d'évaluation du crédit ou des rapports de solvabilité;
- des renseignements sur la façon dont vous utilisez nos produits et services, ainsi que des renseignements sur vos préférences, caractéristiques démographiques et champs d'intérêt;
- des renseignements sur les services bancaires et l'emploi;
- des renseignements médicaux et sur l'état de santé que vous ou toute organisation ou personne possédez à votre propre sujet;
- toute analyse qui peut être nécessaire à des fins de tarification;
- d'autres renseignements personnels dont nous pourrions avoir besoin pour administrer vos produits et services et gérer notre relation avec vous.

Nous utilisons des moyens honnêtes et licites pour recueillir des renseignements personnels à votre sujet.

Où recueillons-nous des renseignements personnels à votre sujet?

Selon le produit ou le service, nous recueillons des renseignements personnels selon les méthodes suivantes :

- les demandes et formulaires que vous avez remplis;
- d'autres interactions entre vous et nous;
- d'autres sources, notamment :
  - votre conseiller ou vos représentants autorisés;
  - des tiers avec lesquels nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de vos produits ou services maintenant et dans l'avenir;
  - des sources publiques, comme les organismes gouvernementaux, les agences d'évaluation du crédit et les sites Internet;
  - des institutions financières;
  - votre employeur ou votre promoteur de régime et ses agents autorisés, conseillers et fournisseurs de services de régime;
  - les professionnels de la santé, y compris les médecins praticiens, les établissements de soins de santé, les pharmacies et tout autre établissement médical.

À quelles fins utilisons-nous vos renseignements personnels?

Selon le produit ou le service, nous utiliserons vos renseignements personnels pour :

- administrer les produits et services que nous vous fournissons et gérer notre relation avec vous;
- confirmer votre identité et vérifier l'exactitude des renseignements que vous nous fournissez;
- évaluer votre demande;
- respecter les exigences légales et réglementaires;
- en apprendre davantage sur vous et sur la manière dont vous préférez faire affaire avec nous;
- analyser des données pour prendre des décisions et mieux comprendre nos clients afin d'améliorer les produits et les services que nous fournissons;
- mener des audits et des enquêtes, et vous protéger contre la fraude;
- déterminer votre admissibilité à d'autres produits et services qui sont susceptibles de vous intéresser, et vous fournir des précisions sur ces produits et services;
- automatiser le traitement pour nous aider à prendre des décisions concernant vos interactions avec nous, comme les demandes, les approbations ou les refus.

Suite à la page suivante.

9. Autorisation et consentement (suite)

À qui communiquons-nous vos renseignements personnels?
Selon le produit ou le service, nous communiquons vos renseignements personnels :
- aux personnes, institutions financières, réassureurs et autres parties avec lesquels nous traitons dans le cadre de l'établissement et de l'administration de votre produit ou service maintenant et dans l'avenir;
- aux employés, agents et représentants autorisés;
- à votre conseiller et à ses employés, et à toute agence qui a signé une entente avec nous et qui a le droit de superviser, directement ou indirectement, votre conseiller et ses employés;
- à votre employeur ou votre promoteur de régime et ses agents autorisés, conseillers et fournisseurs de services de régime;
- à toute personne ou à toute organisation à qui vous avez donné votre consentement;
- aux personnes autorisées par la loi à consulter vos renseignements personnels;
- aux fournisseurs de services qui ont besoin de ces renseignements pour nous fournir leurs services (par exemple des services de traitement des données, de programmation, de stockage des données, d'étude de marché, d'impression, de distribution, de soins paramédicaux et d'enquête);
- à votre médecin;
- aux autorités de santé publique, au besoin.

Sauf lorsqu'il y a des restrictions contractuelles, les personnes, organisations et fournisseurs de services susmentionnés se trouvent au Canada et dans des territoires à l'étranger. Par conséquent, vos renseignements personnels peuvent faire l'objet de transferts interprovinciaux ou transfrontaliers afin de vous fournir des services et sont ainsi assujettis aux lois de ces territoires.

Lorsque nous transmettons des renseignements personnels à nos fournisseurs de services, nous exigeons qu'ils les protègent de façon conforme à nos politiques et pratiques en matière de protection des renseignements personnels.

Retrait de votre consentement :
Vous pouvez retirer votre consentement à notre utilisation de vos renseignements personnels à certaines fins, sous réserve de restrictions légales et contractuelles.

Vous ne pouvez pas retirer votre consentement à ce que nous recueillions, utilisions ou divulguions les renseignements personnels qui nous sont nécessaires pour émettre ou administrer vos produits et services. Si vous le faites, il se peut que nous ne puissions pas vous fournir les produits ou services demandés ou que nous traitions le retrait de votre consentement comme une demande de résiliation ou un refus du produit ou du service.

Si vous souhaitez retirer votre consentement, veuillez téléphoner à notre Centre de service à la clientèle au 1 800 268-6195 ou écrire au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse indiquée ci-après.

Exactitude
Vous nous informerez de tout changement apporté à vos coordonnées. Si vos renseignements personnels ont changé ou si vous devez corriger des inexactitudes dans vos renseignements personnels dans nos dossiers, **vous pouvez téléphoner à notre Centre de service à la clientèle au 1 800 268-6195 ou écrire au responsable de la protection des renseignements personnels à l'adresse indiquée ci-après.**

Accès
Vous avez le droit de consulter les renseignements personnels que nous détenons à votre sujet, d'en vérifier l'exactitude et au besoin d'y faire apporter les corrections appropriées. Vous pouvez envoyer vos demandes à l'adresse suivante : **Responsable de la protection des renseignements personnels, Manuvie, P.O Box 1602, Del Station 500-4-A, Waterloo (Ontario) N2J 4C6** ou à **Canada_Privacy@manulife.ca**.

Je suis autorisé par les personnes à ma charge à consentir à la présente autorisation en leur nom tout comme si elles la signaient elles-mêmes, et à divulguer et recevoir leurs renseignements personnels aux fins indiqués dans le présent relevé de renseignements personnels.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la manière dont nous recueillons, utilisons et divulguons vos renseignements personnels, nous vous invitons à consulter notre politique de confidentialité.

En signant le présent formulaire, vous confirmez ce qui suit :
- Vous avez pris connaissance de notre politique de confidentialité;
- Vous acceptez les dispositions de la Déclaration relative aux renseignements personnels ci-dessus.

Votre adresse de courriel
Lorsque vous fournissez votre adresse de courriel, cela nous autorise à vous envoyer des messages à cette adresse.

Vous convenez que cette méthode de communication est pratique, mais pas entièrement sécuritaire. Il peut arriver que des courriels soient perdus, mal utilisés, ouverts ou modifiés avant d'être livrés. Le cryptage des courriels est un moyen de les sécuriser. Si vous nous envoyez un courriel, vous nous autorisez de ce fait à y répondre en recourant aussi à ce moyen.

Si votre adresse de courriel change, il vous revient de nous en aviser.

Je comprends que si je ne souhaite pas recevoir de courriels de la part de Manuvie, je peux retirer mon adresse de courriel en ligne ou communiquer avec le Centre de service à la clientèle pour l'informer de ce choix.

Votre argent et vos demandes de règlement
Vous autorisez le promoteur de votre régime à prélever sur votre salaire l'argent que vous devez verser pour votre couverture.

Vous nous autorisez à déposer le paiement de demandes de règlement dans le compte bancaire dont vous nous avez fourni les coordonnées. Nous nous servirons de cette autorisation jusqu'à ce que vous la retiriez par écrit ou que votre représentant autorisé la retire.

Vous comprenez et acceptez qu'une fois que nous avons effectué un paiement dans ce compte bancaire, nous n'en sommes plus responsables.

Suite à la page suivante.

9. Autorisation et consentement (suite)

Nous pouvons cesser de déposer de l'argent dans votre compte sans préavis. Il se peut que nous ayons besoin de votre autorisation écrite pour continuer à faire ces paiements.

Si nous versons de l'argent dans votre compte et que cet argent ne vous revient pas en vertu d'un contrat ou de la loi, cet argent ne doit pas être considéré comme vous appartenant. Vous devrez alors nous le rembourser sur-le-champ, faute de quoi votre représentant autorisé s'en chargera lui-même.

Veuillez signer ici

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

10. Directives d'envoi

Impression

Réinitialiser

Administration – Participants au régime
Manuvie
C. P. 11006, Succursale 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.

Manuvie, le M stylisé, et Manuvie & M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.