Formulaire d'inscription/de modification - Garanties collectives

Financière Sun Life

Protection des renseignements personnels

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life, s'engage à maintenir la confidentialité des renseignements qui vous concernent. Nous pouvons tirer parti des forces dont nous disposons dans nos organisations à l'échelle mondiale et grâce aux ententes que nous négocions avec des tiers fournisseurs; ces derniers, dans certains cas, peuvent être établis à l'extérieur du Canada. Vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers. Les organisations de la Financière Sun Life à l'échelle mondiale et ses tiers fournisseurs sont tenus d'assurer, d'une manière qui reste conforme à ses principes directeurs et marches à suivre en matière de protection des renseignements personnels, la protection du caractère confidentiel des renseignements personnels vous concernant.

Vous pouvez prendre connaissance de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels sur notre site Web, à l'adresse www.sunlife.ca.

Instructions

- La section 1 doit être remplie par le gestionnaire du régime.
- Toutes les autres sections doivent être remplies par le participant et le formulaire doit être retourné au gestionnaire du régime.
- Remplir le formulaire à l'encre, le signer et le dater.
- Écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

1 Renseignements à fournir par le gestionnaire du régime

☐ **Formulaire d'inscription**
(Remplir toutes les sections)

☐ **Formulaire de modification**
(Indiquer uniquement les modifications apportées ainsi que la date d'effet des changements.)

☐ **Bénéficiaire** ☐ **Situation quant aux personnes à charge** ☐ **Radiation**

☐ **Salaire** ☐ **Autre** (veuillez préciser) _____

Numéro de contrat	Nom du titulaire de contrat		
☐ Nouveau participant ☐ Réembauche	Date d'embauche/de réembauche (aaaa/mmm/jj)	Numéro de participant	Catégorie/régime
Date d'effet de la couverture/du changement (aaaa/mmm/jj)	Numéro de l'emplacement/de l'unité de facturation	Nom de l'emplacement/de l'unité de facturation	
Profession	Salaire Base de calcul $	☐ Annuelle ☐ Bimensuelle ☐ Autre _____ (veuillez préciser) ☐ Mensuelle ☐ Hebdomadaire ☐ Aux deux semaines ☐ À l'heure (hres/sem. _____)	

2 Renseignements sur le participant

Nom du participant (prénom, nom de famille)			Sexe ☐ Homme ☐ Femme
Adresse (numéro et rue, appartement ou bureau)			
Ville		Province	Code postal
Date de naissance (aaaa/mmm/jj)	Langue ☐ Anglais ☐ Français	Province du domicile du participant	Province où travaille le participant
État matrimonial ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Conjoint de fait ☐ Union civile ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf (veuve)			Couverture demandée ☐ Individuelle ☐ Familiale

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

Section à remplir uniquement si vous demandez l'inscription de votre conjoint.

***M (codes de mise à jour) :**

A = Ajout
C = Changement
T = Radiation

*M	Date d'effet (aaaa/mmm/jj)	Nom du conjoint (prénom et nom)	Sexe ☐ Homme ☐ Femme	Date de naissance (aaaa/mmm/jj)

Si votre conjoint est déjà couvert par d'autres garanties collectives de remboursement de frais médicaux et/ou dentaires au titre du régime de son employeur, veuillez indiquer la couverture dont il bénéficie :

Frais dentaires ☐ Aucune ☐ Individuelle ☐ Familiale

Frais médicaux ☐ Aucune ☐ Individuelle ☐ Familiale

Nom du fournisseur de garanties collectives : _____

5 Renseignements sur les enfants

Section à remplir uniquement si vous demandez l'inscription de vos enfants.

IMPORTANT :

1. En ce qui touche les frais engagés par le conjoint, la demande de règlement doit d'abord être présentée au titre du régime de son employeur.
2. Les demandes de règlement relatives aux enfants assurés doivent d'abord être présentées au titre du régime couvrant celui des parents dont l'anniversaire de naissance arrive en premier dans l'année civile.

				Sexe	Étudiant*	Enfant handicapé**
*M	Date d'effet (aaaa/mmm/jj)	Nom de l'enfant (prénom et nom)	Date de naissance (aaaa/mmm/jj)	☐ Homme ☐ Femme	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
*M	Date d'effet (aaaa/mmm/jj)	Nom de l'enfant (prénom et nom)	Date de naissance (aaaa/mmm/jj)	☐ Homme ☐ Femme	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
*M	Date d'effet (aaaa/mmm/jj)	Nom de l'enfant (prénom et nom)	Date de naissance (aaaa/mmm/jj)	☐ Homme ☐ Femme	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
*M	Date d'effet (aaaa/mmm/jj)	Nom de l'enfant (prénom et nom)	Date de naissance (aaaa/mmm/jj)	☐ Homme ☐ Femme	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

***** Un étudiant s'entend de l'enfant 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 des douanes et du revenu du Canada, qui n'est pas lié à une autre personne par le mariage ou par un autre type d'union formelle reconnue par la loi et dont vous assurez entièrement le soutien financier.

(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 handicapés et nous le faire parvenir dans les 31 jours suivant la date à laquelle la personne à charge atteint l'âge limite.

6 Désignation de bénéficiaire

IMPORTANT :
Veuillez vous assurer d'indiquer le prénom et le nom de famille du bénéficiaire ainsi que son lien avec vous.

Vous devez parapher toute modification ou toute rature. L'utilisation du liquide correcteur n'est pas acceptée.

Une désignation révocable peut être modifiée à toute époque sans le consentement du bénéficiaire. Vous ne pouvez pas modifier une nomination de bénéficiaire irrévocable sauf sous réserve de certaines conditions.

Si le bénéficiaire que vous désignez est une personne mineure, veuillez vous reporter à la section 8 ou à la section 9.

En remplissant la présente section, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et je désigne le ou les bénéficiaires ci-dessous, dans la mesure où la loi le permet.

Nom (prénom et nom)	Lien avec le participant	Pourcentage
Nom (prénom et nom)	Lien avec le participant	Pourcentage
Nom (prénom et nom)	Lien avec le participant	Pourcentage
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 révocable. ☐ Désignation révocable		

7 Désignation de bénéficiaire en sous-ordre

Si vous désirez désigner un bénéficiaire en sous-ordre, pour le cas où il n'y aurait aucun bénéficiaire survivant à votre décès, veuillez remplir la présente section.

S'il n'y a aucun bénéficiaire survivant à mon décès, je demande que les sommes dues soient versées aux bénéficiaires en sous-ordre suivants. À défaut de bénéficiaire en sous-ordre vivant à mon décès, les sommes dues seront réglées à mes ayants droit.

Sauf avis contraire de ma part, la désignation de bénéficiaire en sous-ordre s'applique à l'ensemble de mes garanties. Je révoque toute désignation de bénéficiaire en sous-ordre antérieure.

Nom (prénom et nom)	Lien avec le participant	Pourcentage
Nom (prénom et nom)	Lien avec le participant	Pourcentage
Nom (prénom et nom)	Lien avec le participant	Pourcentage
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 révocable. ☐ Désignation révocable		

8 Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur - Non-résidents du Québec

Si vous souhaitez désigner un ou des enfants mineurs à titre de bénéficiaires, un fiduciaire doit être nommé.

Toute somme payable pendant la minorité du ou des bénéficiaires mineurs* sera versée à

_____, fiduciaire ou, à défaut de fiduciaire, au tuteur dûment désigné de l'enfant mineur ou des enfants mineurs en cause à titre de fiduciaire. Le règlement des sommes dues au fiduciaire libère la Compagnie de toute obligation.

* Un enfant mineur s'entend d'un enfant qui n'a pas atteint l'âge de la majorité tel qu'il est défini par la loi provinciale.

9 Désignation d'un fiduciaire ou d'un administrateur pour un bénéficiaire mineur – Résidents du Québec

Au Québec, si vous souhaitez désigner un enfant mineur à titre de bénéficiaire, il est possible de nommer un administrateur. Un fiduciaire peut aussi être nommé, mais une fiducie devra être constituée en bonne et due forme en vertu du Code civil du Québec. Il faut alors consulter un avocat ou un notaire. À moins que les modalités d'une fiducie ne soient fournies, la désignation d'un fiduciaire ou d'un administrateur est considérée comme la désignation d'un administrateur au sens du Code civil du Québec.

Toute somme payable pendant la minorité du bénéficiaire mineur* sera versée à

_____, fiduciaire/administrateur ou, à défaut de fiduciaire ou d'administrateur, au tuteur de l'enfant. Le règlement des sommes dues au fiduciaire, à l'administrateur ou au tuteur de l'enfant mineur libère la Compagnie de toute obligation.

* Un enfant mineur s'entend d'un enfant qui n'a pas atteint l'âge de 18 ans.

10 Autorisation et signature

IMPORTANT :
Vous devez signer et dater le formulaire.

Je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements sur mon conjoint et 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, ses mandataires et ses fournisseurs de services, ses réassureurs et leurs fournisseurs de services à utiliser des renseignements pertinents à mon sujet et à les échanger dans le but d'établir la tarification, d'assurer la gestion des règlements et d'évaluer les demandes de règlement;
- le promoteur du régime et ses mandataires à utiliser les renseignements que contient le présent formulaire dans le but d'assurer la gestion des garanties et d'effectuer les retenues salariales nécessaires;
- la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de service, ainsi que le promoteur du régime à utiliser et à échanger les renseignements me concernant et concernant mon conjoint et les personnes à ma charge qui sont nécessaires aux fins de l'inscription ainsi que de la gestion du régime.

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et véridiques.

Toute photocopie ou version électronique de l'autorisation que je donne à la présente section 10 a la même valeur que l'original.

Signature du participant	Date (aaaa/mmm/jj)
X	