

Demande de couverture pour une personne à charge spéciale Assurance collective

Ce formulaire doit être rempli lorsqu'un salarié demande une couverture pour une personne à charge spéciale (personne à charge non couverte par le contrat comme une nièce, un neveu, un petit-enfant, un frère ou une sœur). La couverture n'est pas accordée du seul fait que le présent formulaire a été rempli. Lorsque nous aurons étudié votre demande, nous informerons l'administrateur du régime de notre décision.

1. Veuillez voir à ce que TOUTES LES PARTIES soient remplies.

Partie 1 – Déclaration du promoteur du régime – **DOIT ÊTRE REMPLIE EN PREMIER PAR L'ADMINISTRATEUR DU RÉGIME.**

Parties 2, 3 et 4 – Renseignements sur le participant ou la personne à charge – Doivent être remplies par le participant ou la personne à charge, qui fera ensuite parvenir le formulaire à Manuvie.

2. Si nécessaire, conservez une copie dans vos dossiers.

1 Déclaration du promoteur du régime

Numéro de contrat	Numéro de division	Numéro de certificat du participant	Nom du promoteur du régime
Les renseignements susmentionnés figurent sur votre carte d'assurance collective.			
Je comprends que cette personne à charge n'est pas couverte au titre du contrat que nous avons souscrit auprès de Manuvie. Je demande à titre exceptionnel que cette personne soit couverte en tant que personne à charge du salarié.			
Nom de l'administrateur du régime (en caractères d'imprimerie)		Numéro de téléphone de l'administrateur du régime ()	
Adresse de courriel de l'administrateur du régime			
Signature de l'administrateur du régime			Date (jj/mmmm/aaaa)

2 Renseignements sur le participant

Prénom et nom du participant		Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	
Adresse (numéro, rue et app.)		Ville	Province Code postal

3 Renseignements sur la personne à charge

Prénom et nom de la personne à charge		
Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Sexe <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme	Lien avec le participant au régime
1. Depuis quand cette personne à charge habite-t-elle avec vous?		Date (jj/mmmm/aaaa)
2. La personne à charge étudie-t-elle à temps plein?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
3. La personne à charge habitera-t-elle avec vous 365 jours par année?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Dans la négative, veuillez fournir des précisions :		
4. a) La subsistance de la personne à charge ne dépend-elle que de vous?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Dans la négative, veuillez fournir des précisions :		
b) Indiquez-vous que cette personne est à votre charge sur votre déclaration de revenus fédérale?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Dans la négative, veuillez fournir des précisions :		
5. La personne à charge est-elle couverte par le régime d'assurance-maladie provincial?		<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Dans la négative, veuillez fournir des précisions :		
6. Veuillez décrire brièvement la situation qui a amené la personne à charge à habiter avec vous.		
Situation :		

4 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 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 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.

Veillez signer et dater ici.

Signature du participant

Date (jj/mmmm/aaaa)

5 Directives d'envoi

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

**Administration – Participants au régime
Manuvie
C. P. 11006, succ. Centre-ville
Montréal (Québec) H3C 4T8**