

Assurance collective

Demande de prolongation de la couverture des étudiants à charge (Veuillez remplir les sections 1, 2 et 4.)

Demande de cessation de la couverture des étudiants à charge (Veuillez remplir les sections 1, 3 et 4.)

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

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

1 Renseignements sur le participant	Nom du promoteur de régime		Numéro(s) de contrat		Numéro de certificat du participant	
	Nom de famille du participant			Prénom		
	Adresse du participant		Ville	Province	Code postal	
2 Renseignements sur les étudiants à temps plein * Sélectionnez homme, femme ou non-binaire (intersexué), 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.	Les enfants ayant dépassé l'âge limite précisé dans le livret des garanties ont droit à la couverture à condition d'étudier à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu (école, collège ou université). La couverture est prolongée jusqu'au 31 août de l'année scolaire suivante, jusqu'à l'âge limite supérieur précisé dans la définition de personne à charge ou jusqu'à la cessation de la couverture.					
	Nom de famille de la personne à charge		Prénom	Lien avec le participant	Date de naissance de la personne à charge (jj/mmmm/aaaa)	Sexe * <input type="radio"/> Homme <input type="radio"/> Femme <input type="radio"/> Non-binaire
	Adresse de la personne à charge		Ville		Province	Code postal
	Nom de l'établissement d'enseignement reconnu			Emplacement de l'établissement d'enseignement		
	Durée de l'année scolaire	Début (jj/mmmm/aaaa)		Fin (jj/mmmm/aaaa)		
3 Cessation de la couverture d'un étudiant Ne s'applique que si vous avez un enfant à charge qui a dépassé l'âge limite et n'est plus étudiant.	<input type="radio"/> Je demande la cessation de l'ensemble de la couverture dont bénéficie	NOM DE LA PERSONNE À CHARGE			Date de la cessation (jj/mmmm/aaaa)	
	Raison de la cessation					
4 Signature du participant	<p>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.</p> <p>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 :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>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.</p> <p>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/participant ou en m'adressant au promoteur du régime.</p>					
	Signature du participant				Date (jj/mmmm/aaaa)	
	Veuillez signer et dater ici.					

This document is also available in English on request (GL4408E).