

Formulaire d'inscription – Garanties collectives pour les régimes avec Assurance-vie facultative et Assurance contre les maladies graves

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 et des réassureurs; 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.

Pour en savoir davantage au sujet de nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse www.sunlife.ca. Pour obtenir de plus amples renseignements concernant nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, écrivez au responsable de la protection des renseignements personnels, par courriel (responsableprotectionvieprivee@sunlife.com) ou par la poste (Responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5).

À votre choix

De temps en temps, nous vous donnerons de l'information sur d'autres produits et services financiers qui, à notre avis, sont susceptibles de répondre à l'évolution de vos besoins. Si vous ne souhaitez pas recevoir ces offres, faites-le-nous savoir en nous appelant au 1-877-SUN-LIFE (1-877-786-5433).

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.

Veuillez écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE. Remplir le formulaire à l'encre, le signer et le dater à la page 4, puis le retourner au gestionnaire de votre régime pour traitement.

1 Renseignements à fournir par le gestionnaire du régime

Numéro de contrat		Nom du titulaire de contrat		
<input type="checkbox"/> Nouveau participant <input type="checkbox"/> Réembauche	Date d'embauche/de réembauche (aaaa-mm-jj) — — — —	Numéro de participant	Catégorie/régime	
Date d'effet de la couverture (aaaa-mm-jj) — — — —		Numéro de l'emplacement/de l'unité de facturation	Nom de l'emplacement/de l'unité de facturation	
Profession	Salaire	Base de calcul	<input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Mensuelle \$ <input type="checkbox"/> Aux deux semaines	<input type="checkbox"/> Bimensuelle <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> À l'heure (hrs.sem.) (veuillez préciser)

2 Renseignements sur le participant

Nom du participant		Prénom		Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse (numéro et rue)				Appartement ou bureau
Ville		Province		Code postal
Date de naissance (aaaa-mm-jj) — — — —	Langue <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Adresse électronique		
Province du domicile du participant		Province où travaille le participant		
État matrimonial <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e)	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Veuf (veuve)	<input type="checkbox"/> Union civile	Couverture demandée <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> 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 bancaires

Si vous voulez que vos règlements de frais médicaux et/ou dentaires soient portés directement au crédit de votre compte bancaire, veuillez annexer à la présente un chèque spécimen portant la mention «NUL», un formulaire de virement automatique ou une déclaration de votre succursale bancaire confirmant votre identité.

Si vous n'avez pas de compte de chèques, vous devez nous fournir un formulaire de virement automatique ou une déclaration de votre succursale bancaire confirmant votre identité. Ce document doit vous être remis par votre banque, société de fiducie, caisse populaire ou coopérative de crédit établie au Canada; il doit porter le tampon de l'établissement et la signature d'un représentant autorisé. Si votre banque met à votre disposition un formulaire électronique de virement automatique sur lequel vos renseignements bancaires sont déjà inscrits, nous acceptons aussi ce genre de document. Tous ces documents doivent porter votre nom, les numéros d'établissement et de succursale, ainsi que votre numéro de compte bancaire pour que vos règlements puissent être virés directement à votre compte.

Veuillez annexer à la présente un chèque spécimen portant la mention «NUL», un formulaire de virement automatique ou une déclaration de votre succursale bancaire confirmant votre identité.

5 Renseignements sur le conjoint

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

Nom du conjoint	Prénom du conjoint	Sexe	<input type="checkbox"/> Homme	Date de naissance (aaaa-mm-jj)
			<input type="checkbox"/> Femme	— — —

Votre conjoint est-il déjà couvert par d'autres garanties collectives de remboursement de frais médicaux et/ou dentaires au titre du régime de son employeur?

Non Oui Si oui, veuillez indiquer la couverture dont il bénéficie :

Frais médicaux Familiale Individuelle
Frais dentaires Familiale Individuelle

Nom du fournisseur de garanties collectives :

6 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.

Nom de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance (aaaa-mm-jj)	Sexe	Enfant	Étudiant*	handicap**
		— — —	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		— — —	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		— — —	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		— — —	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
		— — —	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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 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 invalides et nous le faire parvenir dans les 31 jours suivant la date à laquelle la personne à charge atteint l'âge limite.

7 Assurance-vie facultative, garantie Décès et mutilation accidentels (DMA) facultative et/ou Assurance contre les maladies graves

Veuillez remplir la présente section uniquement si vous demandez des garanties facultatives.

Le gestionnaire de votre régime vous indiquera les garanties qui sont offertes au titre de votre régime et le capital que vous pouvez demander.

Si vous optez pour cette couverture, votre conjoint doit fournir les renseignements relatifs à l'Assurance-vie facultative du conjoint/l'Assurance contre les maladies graves dans la colonne de droite ainsi qu'apposer sa signature à la suite de ceux-ci.

Assurance-vie facultative

<input type="checkbox"/> Participant	<input type="checkbox"/> Conjoint (à remplir et à signer par le conjoint)
Capital demandé \$	Capital demandé \$

Assurance facultative contre les maladies graves

<input type="checkbox"/> Participant	<input type="checkbox"/> Conjoint (à remplir et à signer par le conjoint)
Capital demandé \$	Capital demandé \$
Avez-vous fait usage de produits du tabac au cours des 12 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous fait usage de produits du tabac au cours des 12 derniers mois? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Date de naissance du conjoint (aaaa-mm-jj)
— — — —

J'atteste que les renseignements ci-dessus sont exacts et véridiques. Des renseignements inexacts peuvent entraîner le rejet de toute demande de règlement.
Signature du conjoint X

Assurance-vie facultative des enfants

<input type="checkbox"/> Chaque enfant
Capital demandé \$

Assurance facultative contre les maladies graves des enfants

<input type="checkbox"/> Chaque enfant
Capital demandé \$

Garantie DMA facultative

<input type="checkbox"/> Participant	<input type="checkbox"/> Conjoint
Capital demandé \$	Capital demandé \$
<input type="checkbox"/> Chaque enfant	

Capital demandé
\$

8 Désignation de bénéficiaire

IMPORTANT :

Remplissez chacune des sections se rapportant aux garanties que vous demandez.

Assurez-vous 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 irrévocabile sauf sous réserve de certaines conditions.

Si le bénéficiaire que vous désignez est une personne mineure, veuillez vous reporter à la section 11.

NOTA : Au Québec, tout montant à être payé à un bénéficiaire au moment où il/elle est mineur(e) sera payé pour son compte au(x) parent(s) ou tuteur légal de ce bénéficiaire.

Bénéficiaire de l'**Assurance-vie** et de la **garantie Décès accidentel DE BASE du personnel (le cas échéant)**

Nom	Prénom	Lien avec le participant	Pourcentage %
Nom	Prénom	Lien avec le participant	Pourcentage %
Nom	Prénom	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 irrévocabile à moins que vous ne cochiez la case Désignation révocable. Désignation révocable

Bénéficiaire de l'**Assurance-vie** et de la **garantie Décès accidentel FACULTATIVES du personnel (le cas échéant)**

Nom	Prénom	Lien avec le participant	Pourcentage %
Nom	Prénom	Lien avec le participant	Pourcentage %
Nom	Prénom	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 irrévocabile à moins que vous ne cochiez la case Désignation révocable. Désignation révocable

Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, les sommes dues seront réglées à vos ayants droit.

9 Désignation de bénéficiaire – Conjoint (cette section doit être remplie par le participant)

Veuillez remplir la présente section si vous avez opté pour la couverture facultative du conjoint.

- Bénéficiaire de l'**Assurance-vie** et de la **garantie Décès accidentel FACULTATIVES du conjoint (le cas échéant)**

Vous pouvez vous désigner vous-même ou désigner une autre personne (mais non votre conjoint) à titre de bénéficiaire.

Si aucun bénéficiaire n'est désigné, vous êtes automatiquement le bénéficiaire.

Nom	Prénom	Lien avec le participant	Pourcentage %
Nom	Prénom	Lien avec le participant	Pourcentage %
Nom	Prénom	Lien avec le participant	Pourcentage %

10 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.

Nom	Prénom	Lien avec le participant	Pourcentage %
Nom	Prénom	Lien avec le participant	Pourcentage %
Nom	Prénom	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 irrévocabile à moins que vous ne cochez la case Désignation révocable. Désignation révocable

11 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.

NOTA : Au Québec, tout montant à être payé à un bénéficiaire au moment où il/elle est mineur(e) sera payé pour son compte au(x) parent(s) ou tuteur légal de ce bénéficiaire.

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.

12 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 et ses réassureurs à recueillir et à utiliser des renseignements pertinents me concernant et à les communiquer dans le but d'établir la tarification, d'assurer la gestion des règlements, d'évaluer les demandes de règlement et de porter les règlements au crédit du compte bancaire,
- le promoteur du régime 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 et le promoteur du régime, à recueillir, à utiliser et à communiquer 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.

Je sais qu'une attestation satisfaisante de mon assurabilité ou de celle de mon conjoint pourrait être exigée pour que nous puissions être admis à l'assurance-vie facultative du personnel ou à l'assurance-vie facultative du conjoint, respectivement, ou pour que nous puissions augmenter le capital au titre de cette assurance. En outre, je sais qu'une attestation satisfaisante de mon assurabilité, de celle de mon conjoint ou de mon ou de mes enfants pourrait être exigée pour que je puisse ou pour que nous puissions être admis à l'assurance facultative contre les maladies graves, ou pour que je puisse ou pour que nous puissions augmenter le capital au titre de cette assurance.

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

Toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original. En revanche, ce n'est pas le cas pour la désignation de bénéficiaire.

Signature du participant	Date (aaaa-mm-jj)
X	— — —