

Formulaire d'adhésion avec Assurance-vie facultative (adresse du participant)

Écrire lisiblement
EN CARACTÈRES
D'IMPRIMERIE.

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.

1 Renseignements sur le participant

Numéro de contrat		Nom du titulaire de contrat			
<input type="checkbox"/> Nouveau participant <input type="checkbox"/> Réembauche	Date d'embauche/de réembauche (aaaa/mmm/jj)	Numéro de participant :	<input type="checkbox"/> N° d'assurance sociale	<input type="checkbox"/> N° d'identification aux fins de la paie	<input type="checkbox"/> N° de certificat
Date d'effet de la couverture (aaaa/mmm/jj)	Numéro de l'emplacement/de l'unité de facturation	Nom de l'emplacement/de l'unité de facturation		Catégorie/régime	
Nom du participant (prénom et nom)					Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Adresse du participant (numéro et rue, appartement ou bureau)					
Ville		Province		Code postal	
Date de naissance (aaaa/mmm/jj)	Langue <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	Province du domicile du participant		Province où travaille le participant	
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 (Hres./sem. _____) <input type="checkbox"/> Autre _____ (Veuillez préciser)	
État matrimonial <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait		<input type="checkbox"/> Union civile <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e)		Couverture demandée <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Familiale <input type="checkbox"/> Pour couple*	
				<input type="checkbox"/> Individuelle + 1* <input type="checkbox"/> Individuelle + 2 ou plus*	
* Si cette couverture est offerte par votre régime					

2 Renseignements sur le conjoint

Nom (prénom et nom)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (aaaa/mmm/jj)
---------------------	---	---------------------------------

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

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

Frais dentaires Familiale Individuelle Nom de la société émettrice : _____

Frais médicaux Familiale Individuelle _____

3 Renseignements sur les enfants

Conformément aux règles de l'Association canadienne des compagnies d'assurances des personnes (l'ACCAP) :

- 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.
- 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 (prénom et nom)	Date de naissance (aaaa/mmm/jj)	Sexe	Étudiant*
		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<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"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* 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 est également considéré comme un enfant à charge admissible au régime.
(Les participants du Québec sont priés de se renseigner auprès du gestionnaire de leur régime pour connaître l'âge limite prévue pour la couverture des enfants à charge étudiant à temps plein.)

4 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 au titre d'un autre régime, 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

5 Assurance-vie et assurance décès et mutilation accidentels facultatives

Le gestionnaire de votre régime vous indiquera les garanties qui sont offertes dans le cadre de votre contrat.

Assurance-vie facultative

Participant

Capital égal à un multiple de 10 000 \$: _____

OU égal à un multiple de 25 000 \$: _____

OU _____ x le salaire

Avez-vous fait usage de produits du tabac au cours des 12 derniers mois? Oui Non

Assurance-vie facultative des enfants

Chaque enfant Capital _____

Assurance D et MA facultative

Participant Capital _____

Conjoint Capital _____

Chaque enfant Capital _____

Conjoint (à remplir et signer par le conjoint)

Capital égal à un multiple de 10 000 \$: _____

OU égal à un multiple de 25 000 \$: _____

OU _____ x le salaire

Avez-vous fait usage de produits du tabac au cours des 12 derniers mois? Oui Non

Date de naissance du conjoint (j/m/a) _____

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 _____

6 Désignation de bénéficiaire révocable

À remplir par le participant.

Bénéficiaire de l'Assurance-vie et de l'Assurance Décès et mutilation accidentels de base du personnel

Nom (prénom et nom)	Lien avec le participant
Dans le cas assujettis aux lois du Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable. Si vous désirez qu'elle soit révocable, veuillez cocher la case qui suit : <input type="checkbox"/> Désignation révocable	

Bénéficiaire de l'Assurance-vie et de l'Assurance Décès et mutilation accidentels facultatives du personnel

Nom (prénom et nom)	Lien avec le participant
Dans le cas assujettis aux lois du Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable. Si vous désirez qu'elle soit révocable, veuillez cocher la case qui suit : <input type="checkbox"/> Désignation révocable	

Bénéficiaire de l'Assurance-vie et de l'Assurance Décès et mutilation accidentels facultatives du conjoint

Nom (prénom et nom)	Lien avec le participant
Dans le cas assujettis aux lois du Québec, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable. Si vous désirez qu'elle soit révocable, veuillez cocher la case qui suit : <input type="checkbox"/> Désignation révocable	

Veillez noter que la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie n'a pas le droit de verser des prestations à des bénéficiaires qui sont mineurs. Un fiduciaire doit être désigné pour les enfants mineurs, sauf au Québec.

Désignation de fiduciaire de 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 du ou des mineurs en cause à titre de fiduciaire. Le règlement des sommes dues au fiduciaire libère la Compagnie de toute obligation.

Veillez remplir la section Désignation de fiduciaire de bénéficiaire uniquement dans le cas où les bénéficiaires désignés sont mineurs (ne s'applique pas au Québec).

7 Autorisation et signature

Je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements sur mon conjoint et sur 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 service à utiliser les renseignements que contient le présent formulaire et à les échanger dans le but d'établir la tarification, d'assurer la gestion des règlements et de régler les prestations;
- 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.

Je sais qu'une attestation satisfaisante de mon assurabilité ou de celle de mon conjoint pourrait être exigée pour que nous puissions être admis respectivement à l'Assurance-vie facultative du personnel ou à l'Assurance-vie facultative du conjoint ou pour augmenter notre couverture au titre de cette assurance.

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

Toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

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