

Veillez écrire lisiblement et remplir les deux pages du formulaire.  
Au besoin, veuillez conserver une photocopie pour vos dossiers.

## 1 Déclaration du promoteur de régime/de l'employeur

Si vous le connaissez, inscrivez le numéro de certificat du participant/salarié. Sinon, laissez la case en blanc.

|   |              |                      |                   |
|---|--------------|----------------------|-------------------|
| N° de contrat/groupe  | N° de compte | N° de division       | N° de certificat  |
| Promoteur de régime/employeur   |              |                      |                   |
| Donnez la date d'embauche à titre permanent et à temps plein.   |              | Date (jj/mmmm/aaaa)  |                   |
| S'il s'agit d'une réembauche, donnez la date de cessation de l'emploi précédent et la date de réembauche. |              | Date (jj/mmmm/aaaa)  |                   |
| Date (jj/mmmm/aaaa)   |              |                      |                   |
| Profession du salarié   | Catégorie    | Heures normales/sem. | Salaire annuel \$ |

## 2 Renseignements sur le participant/salarié

Ces renseignements sont nécessaires pour adhérer au régime.

|  |   |                                  |  |
|--|---|----------------------------------|--|
| Nom du participant/salarié (nom, prénom) |   | Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) |  |
| Sexe                                     | <input type="radio"/> Masculin<br><input type="radio"/> Féminin | Province de domicile             | Langue <input type="radio"/> Anglais<br><input type="radio"/> Français |

## 3 Adresse du participant/salarié

Cette partie doit être remplie dans le cas d'un régime d'assurance-médicaments prévoyant le règlement différé.

|                                    |          |             |
|------------------------------------|----------|-------------|
| Adresse (numéro, rue, appartement) |          |             |
| Ville                              | Province | Code postal |

## 4 Adhésion à la couverture

Un conjoint légal ou de fait est considéré comme une personne à charge admissible au titre de votre régime.

**NOTA :** Vous pouvez renoncer aux garanties pour vous-même et/ou les personnes à votre charge SEULEMENT si vous bénéficiez d'une couverture similaire au titre du régime de votre conjoint. À une date ultérieure, vous pourrez souscrire, à certaines conditions, les garanties auxquelles vous avez renoncé. Pour plus de précisions, consultez l'administrateur de votre régime.

### Assurance-vie des personnes à charge

Oui  Non

**Nota :** Vous NE POUVEZ renoncer à cette garantie au titre d'un contrat AlphaPlus.

### Assurance-maladie complémentaire (cochez une case SEULEMENT)

- Moi-même SEULEMENT  
 Moi-même ET 1 personne à charge  
 Moi-même ET 2 personnes à charge ou plus  
 Aucune, mon conjoint bénéficiant d'une couverture

Veillez fournir les renseignements sur le conjoint à la partie 6.

### Soins dentaires (cochez une case SEULEMENT)

- Moi-même SEULEMENT  
 Moi-même ET 1 personne à charge  
 Moi-même ET 2 personnes à charge ou plus  
 Aucune, mon conjoint bénéficiant d'une couverture

Veillez fournir les renseignements sur le conjoint à la partie 6.

## 5 Résidants du Québec

### Résidants du Québec de 65 ans ou plus

- Je participe au régime d'assurance-médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.  
 Je NE PARTICIPE PAS au régime d'assurance-médicaments de la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

## 6 Renseignements sur le conjoint

Si vous n'avez pas de conjoint, veuillez ne pas remplir cette partie.

**NOTA :** Les renseignements fournis dans cette partie permettront de traiter les demandes de règlement Maladie et Soins dentaires de la famille. Si cette partie n'est pas remplie, il sera présumé que le régime d'un autre assureur couvre les membres de votre famille.

|  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| Sexe du conjoint :   | <input type="radio"/> Masculin <input type="radio"/> Féminin       | Date de naissance du conjoint :   | Date (jj/mmmm/aaaa)                                       |
| Êtes-vous :  | <input type="radio"/> marié <input type="radio"/> conjoint de fait | Si vous êtes un conjoint de fait, donnez la date du début de l'union.   | Date (jj/mmmm/aaaa)                                       |
| <b>Assurance-maladie du conjoint</b><br>Votre conjoint bénéficie-t-il d'une assurance-maladie au titre de son propre régime? |  | <b>Assurance dentaire du conjoint</b><br>Votre conjoint bénéficie-t-il d'une assurance soins dentaires au titre de son propre régime? |   |
| <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non  | Date d'effet de la couverture (jj/mmmm/aaaa)                       | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non   | Date d'effet de la couverture (jj/mmmm/aaaa)              |
| Le régime de votre conjoint couvre :   |  | Le régime de votre conjoint couvre :  |   |
| <input type="radio"/> Votre conjoint seulement   | <input type="radio"/> Votre conjoint et vous-même                  | <input type="radio"/> Votre conjoint seulement  | <input type="radio"/> Votre conjoint et vous-même         |
| <input type="radio"/> Votre conjoint et vos enfants  | <input type="radio"/> Votre conjoint, vous et vos enfants          | <input type="radio"/> Votre conjoint et vos enfants   | <input type="radio"/> Votre conjoint, vous et vos enfants |

N° de contrat/groupe  
RESERVÉ AU SIÈGE SOCIAL  
N° de certificat

## 7 Renseignements sur la famille

Remplir cette partie **seulement** si vous devez inscrire votre conjoint et/ou les personnes à votre charge.

Si il y a plus de quatre enfants, veuillez annexer une feuille distincte.

Si vous demandez la couverture familiale, veuillez inscrire ci-dessous le nom de votre conjoint et des enfants à votre charge, qu'ils bénéficient ou non d'une assurance-maladie ou d'une assurance dentaire au titre d'un autre régime.

| Nom du conjoint ou de l'enfant<br>Précisez le nom de famille<br>s'il diffère du vôtre<br>(nom, prénom) | Date de naissance<br>(jj/mmmm/aaaa) | Sexe<br>(M ou F)                                   | Lien de parenté<br>(Voir codes ci-dessous) | Étudiant à temps plein?<br>(Oui ou Non)                | Personne à charge handicapée?<br>(Oui ou Non)          |
|--|-------------------------------------|--|--|--|--|
| Conjoint   |                                     | <input type="radio"/> M<br><input type="radio"/> F |  | s.o.   | s.o.   |
| Enfant   |                                     | <input type="radio"/> M<br><input type="radio"/> F |  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| Enfant   |                                     | <input type="radio"/> M<br><input type="radio"/> F |  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| Enfant   |                                     | <input type="radio"/> M<br><input type="radio"/> F |  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |
| Enfant   |                                     | <input type="radio"/> M<br><input type="radio"/> F |  | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui<br><input type="radio"/> Non |

Liens de parenté : **M** = Mari, **F** = Femme, **C** = Conjoint de fait, **E** = Enfant

Si la personne à charge est handicapée, veuillez remplir le formulaire GL0514F – Demande de prolongation de la couverture des personnes à charge/Demande de cessation de la couverture des personnes à charge.

## 8 Désignation de bénéficiaire

Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les ayants droit sont présumés être les bénéficiaires.

En cas de désignation de bénéficiaire(s) de moins de 18 ans.

|                                   |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|
| Nom du bénéficiaire (nom, prénom) | Lien avec le participant |
| Nom du bénéficiaire (nom, prénom) | Lien avec le participant |
| Nom du bénéficiaire (nom, prénom) | Lien avec le participant |

Je nomme \_\_\_\_\_ bénéficiaire fiduciaire des sommes dues à tout bénéficiaire de moins de 18 ans.

### Dans le cas des résidents du Québec seulement

Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est :

Révocable  Irrévocable

Nota : Au Québec, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable, à moins d'avis contraire. Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable.

## 9 Signature du participant/salarié

Veuillez signer et dater ici.

Je désigne la (les) personne(s) susmentionnée(s) à la section Désignation de bénéficiaire comme bénéficiaire(s).

Je certifie que tous les renseignements fournis sont à ma connaissance véridiques et complets.

Si je demande l'adhésion des personnes à ma charge, je suis autorisé(e) à divulguer des renseignements concernant mon conjoint ou les enfants à ma charge afin que l'on puisse déterminer leur admissibilité à la couverture.

Si mon numéro de certificat correspond à mon numéro d'assurance sociale, j'autorise son utilisation à des fins d'identification et d'administration de mon assurance collective.

J'autorise mon employeur à effectuer les retenues à la source, si nécessaire.

Signature du participant/salarié \_\_\_\_\_ Date (jj/mmmm/aaaa)

La Financière Manuvie reconnaît l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Les renseignements fournis seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie et maladie. Seules les personnes suivantes ont accès aux renseignements versés dans votre dossier :

- les employés, les représentants et les réassureurs de la Financière Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que vous avez autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés dans votre dossier et, au besoin, de corriger tout renseignement inexact.

## Réservé à la Financière Manuvie

| Contrats multiples | Date d'effet de l'assurance<br>jj/mmmm/aaaa | Catégorie | Mode | Salaires | Vie | DMA | IH | ILD | AMC | Soins dentaires | Vie PAC      | Surprime prof. | Div. | Coord. prest. | Assur.-médic.     | Adh. tardive (salarié) | Adh. tardive (PAC) | MNL            | CII EVA   |
|--------------------|---|-----------|------|----------|-----|-----|----|-----|-----|-----------------|--------------|----------------|------|---------------|-------------------|------------------------|--------------------|----------------|-----------|
|                    |   |           |      |          |     |     |    |     |     |                 |              |                |      |               |                   |                        |                    |                |           |
| Comptes multiples  |   |           |      |          |     |     |    |     |     |                 |              |                |      | Code couv.    | Date d'expiration |                        |                    | Exempt d'impôt |           |
| Excédent           |   |           |      |          |     |     |    |     | CCS |                 | NOTE ENVOYÉE |                | ADR  |               |                   |                        |                    |                | Initiales |

This document is also available in English on request (GL2971E).