

Continuum

Formulaire d'inscription au Régime de soins de santé et dentaires

Dans le présent formulaire d'inscription, le mot *vous* s'entend de la personne qui demande l'assurance. Les mots *nous* ou *la Compagnie* s'entendent de l'assureur, la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, membre du groupe Financière Sun Life.

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie doit avoir reçu votre formulaire d'inscription dans les 30 jours suivant la date de cessation de votre couverture.

Si vous aviez choisi de ne pas participer au régime de soins de santé pour étudiant, veuillez noter que vous devez fournir une attestation de votre couverture au titre d'un régime complémentaire équivalent, sans quoi vous devez remplir un questionnaire médical. Vous devez présenter une lettre de votre assureur (l'employeur de vos parents ou de votre conjoint), une lettre de votre employeur, une carte de participation au régime indiquant votre couverture ou une photocopie du reçu d'un règlement récent indiquant votre couverture de frais médicaux. Veuillez joindre l'attestation de votre couverture au présent formulaire.

Écrire lisiblement
EN CARACTÈRES
D'IMPRIMERIE.

1 Renseignements généraux

Renseignements sur vous

Prénom	Initiale	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (si différent)		Date de naissance (jj-mm-aaaa) — —	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Adresse du domicile (numéro et rue)			Appartement
Ville	Province	Code postal	
Téléphone (domicile) — —		Télécopieur — —	
Adresse électronique		Êtes-vous un résident du Canada et êtes-vous couvert par le régime d'assurance-maladie de votre province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom de l'établissement d'enseignement			Numéro d'étudiant
Étiez-vous couvert par votre régime de soins de santé étudiant au cours de la dernière année universitaire?			
<input type="checkbox"/> Oui Si oui, à quelle date votre couverture a-t-elle pris fin?		Date (jj-mm-aaaa) — —	
<input type="checkbox"/> Non Si non, par quel régime étiez-vous couvert?		Numéro de contrat? _____	
Date de la cessation de votre couverture au titre de ce régime?		Date (jj-mm-aaaa) — —	

Si vous avez choisi de ne pas participer au régime de soins de santé étudiant et si vous n'avez pas de couverture au titre d'un régime complémentaire équivalent, vous devez remplir le formulaire de Continuum – Déclaration d'état de santé – Formulaire d'inscription au Régime de soins de santé et dentaires qui se trouve au www.plancontinuum.com.

Renseignements sur votre conjoint

Veuillez remplir cette section pour demander l'assurance pour votre conjoint.

Prénom	Initiale	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Nom à la naissance (si différent)		Date de naissance (jj-mm-aaaa) — —	Langue <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
Adresse électronique		Votre conjoint est-il un résident du Canada et est-il couvert par le régime d'assurance-maladie de sa province de résidence? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Renseignements sur les personnes à votre charge

Veuillez remplir cette section pour demander l'assurance pour les personnes à votre charge.

Prénom	Initiale	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa) — —	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom	Initiale	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa) — —	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prénom	Initiale	Nom	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Date de naissance (jj-mm-aaaa) — —	Étudiant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si l'espace ne suffit pas, veuillez utiliser une feuille distincte en prenant soin de la signer et de la dater.

2 Couverture demandée

Veillez vous reporter au www.plancontinuum.com pour plus de précisions.

Régime de soins de santé

individuelle deux personnes familiale

Régime de soins de santé et dentaires

individuelle deux personnes familiale

3 Mode de paiement des primes

Remplissez la présente section si vous souhaitez que votre prime d'assurance soit prélevée sur votre compte bancaire.

a) Prélèvement bancaire mensuel

Prénom du titulaire de compte	Initiale	Nom
Nom et adresse de votre institution financière (n° et nom de la rue)		
N° de la succursale	N° de l'établissement	N° de compte

Veillez annexer à la présente demande un chèque personnel portant la mention «NUL».

Pour utiliser le débit préautorisé (DPA), vous devez accepter toutes les conditions de l'autorisation. En signant ci-dessous à titre de payeur, vous acceptez les conditions suivantes :

Conditions

Vous autorisez la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (la Sun Life) à prélever la prime mensuelle de cette assurance (y compris les taxes provinciales applicables) sur le compte indiqué ci-dessus, au moyen d'un débit préautorisé (DPA). Vous consentez à ce que votre institution financière traite tout retrait effectué en vertu de la présente autorisation comme un retrait à des fins de services personnels. Vous reconnaissez que le montant de la prime mensuelle (y compris les taxes provinciales applicables) prélevée en vertu de la présente entente peut varier. **Vous acceptez de renoncer à l'exigence selon laquelle la Sun Life doit vous aviser de tout paiement effectué après le premier paiement, que le montant de la prime mensuelle change ou non.** Vous comprenez que la prime mensuelle est exigible le premier de chaque mois. La présente entente prend fin automatiquement lorsque la Sun Life ne peut effectuer un prélèvement sur votre compte.

La présente autorisation reste en vigueur jusqu'à ce que la Sun Life reçoive de votre part un avis écrit visant à la modifier ou à y mettre fin. L'avis doit être envoyé à l'adresse indiquée ci-dessous au moins 10 jours ouvrables avant le prochain prélèvement prévu. Vous pouvez obtenir un modèle de formulaire d'annulation de DPA ou en savoir plus sur votre droit d'annuler une entente de DPA auprès de votre institution financière ou en visitant le www.cdnpay.ca.

La Sun Life ne peut pas céder la présente autorisation à une autre entreprise ou à une autre personne en vue de permettre à celle-ci de prélever ces montants sur votre compte (par exemple, en cas de changement de contrôle dans la compagnie) sans vous en aviser au moins 10 jours à l'avance par écrit.

Vous avez droit à certains recours si un prélèvement ne respecte pas la présente entente. Par exemple, vous avez le droit de vous faire rembourser un prélèvement qui n'est pas autorisé ou qui ne respecte pas la présente entente de DPA. Pour en savoir plus sur les recours auxquels vous avez droit, communiquez avec votre institution financière ou visitez le www.cdnpay.ca.

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Régimes d'associations et de groupes d'affinités
C.P. 2001, succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 0A3
Téléphone : 1 800 669-7921
Courriel : Can_AssocAndAffinity@sunlife.com

Je confirme/nous confirmons que toutes les personnes dont la signature est nécessaire pour autoriser des prélèvements sur le compte bancaire ont signé ci-dessous.

Signature du titulaire du compte X	Date (jj-mm-aaaa) — —
Signature du titulaire du compte X	Date (jj-mm-aaaa) — —

3 Mode de paiement des primes (suite)

Remplissez la présente section si vous souhaitez que votre prime d'assurance soit prélevée sur votre carte VISA® ou sur votre carte MasterCard^{MD}.

b) Paiement mensuel par carte de crédit

Type de carte MasterCard® Visa®

Nom du titulaire qui paraît sur la carte	Numéro de la carte	Date d'expiration (mm-aaaa)
		—

Conditions

En ce qui touche la prime exigible au titre du présent régime de garanties, vous nous autorisez :

- à facturer à votre carte de crédit la prime d'assurance exigible;
- à annuler la présente autorisation dans les 10 jours qui suivent la date à laquelle vous nous avez présenté un avis écrit à cet effet;
- à annuler automatiquement la présente entente si nous ne sommes pas en mesure de facturer la prime à votre carte de crédit.

Signature du titulaire de la carte
X

N'envoyez pas d'argent avec cette demande. Vous recevrez un relevé de prime.

4 Déclaration et autorisation

Je certifie que les réponses données dans le présent formulaire d'inscription sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute dissimulation, omission ou fausse déclaration relative au présent formulaire d'inscription entraîne l'annulation de l'assurance.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services à utiliser et à échanger les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative ou au règlement des prestations se rapportant à la présente assurance avec toute personne qui possède des renseignements pertinents à mon sujet, y compris les établissements médicaux, les agences d'enquête, les assureurs et les réassureurs ainsi qu'à utiliser les renseignements nécessaires à la gestion administrative du régime et à les échanger avec l'ASÉQ.

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

Votre signature	Signature de votre conjoint (le cas échéant)	
X	X	
Signé à (ville)	Province	Date (jj-mm-aaaa)
		—

Veuillez retourner la proposition dûment remplie à l'adresse suivante :

Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie
Régimes d'associations et de groupes d'affinités
C.P. 2001 Succ. Waterloo
Waterloo (Ontario) N2J 0A3

5 Protection des renseignements personnels

À la Financière Sun Life, la protection des renseignements personnels vous concernant est une priorité. Nous conservons à nos bureaux un dossier confidentiel contenant des renseignements personnels sur vous ainsi que sur les contrats que vous avez auprès de notre organisation. Nous constituons ces dossiers dans le but de vous offrir des produits et des services de placement et d'assurance qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Seuls les employés, les représentants et les tiers fournisseurs de services qui sont responsables de la gestion et du traitement du ou des contrats que vous avez auprès de notre organisation et des services s'y rapportant, nos réassureurs ainsi que toute autre personne que vous autorisez à le faire, peuvent avoir accès aux renseignements personnels vous concernant. Dans certains cas, ces personnes peuvent être établies dans des territoires hors du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans ces territoires étrangers. Vous avez le droit de consulter les renseignements contenus dans votre dossier et, s'il y a lieu, de les faire corriger en nous le demandant par écrit.

Pour en savoir davantage sur nos principes directeurs en matière de protection des renseignements personnels, visitez notre site Web à l'adresse www.sunlife.ca ou demandez qu'on vous envoie un exemplaire de notre brochure sur la protection des renseignements personnels en envoyant un courriel à l'adresse ResponsableRenseignements@sunlife.com ou en écrivant au responsable de la protection des renseignements personnels, Financière Sun Life, 225, rue King Ouest, Toronto (Ontario) M5V 3C5.