

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 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, ou si votre régime de soins de santé pour étudiant n'est pas assuré par la Financière Sun Life du Canada, veuillez noter que vous devez fournir une attestation de votre couverture au titre d'un régime complémentaire équivalent, sans quoi vous devrez remplir un questionnaire médical. Veuillez joindre l'attestation de votre couverture au présent formulaire.

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. L'attestation de couverture doit également indiquer la date à laquelle votre couverture prend fin.

Écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

1 Renseignements généraux

L'assurance Continuum est offerte partout au Canada, à l'exception du Québec.

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 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 d'établissement d'enseignement | | | Numéro d'étudiant | |
| <p>Étiez-vous couvert par votre régime de soins de santé étudiant au cours de la dernière année universitaire?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui Si oui, à quelle date votre couverture a-t-elle pris fin? <input type="text" value="Date (jj-mm-aaaa)"/></p> <p><input type="checkbox"/> Non Si non, par quel régime étiez-vous couvert? _____ Numéro de contrat? _____</p> <p>Date de la cessation de votre couverture au titre de ce régime? <input type="text" value="Date (jj-mm-aaaa)"/></p> | | | | |

DC-127



1 Renseignements généraux (suite)

Renseignements sur votre conjoint

Veillez 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 la régime d'assurance-maladie de sa province de résidence? | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

Renseignements sur vos enfants à charge

Veillez 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 |

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

Prélèvement bancaire mensuel

Veillez fournir les renseignements demandés ci-dessous OU annexer à la présente demande d'adhésion une formule de chèque personnel portant la mention «NUL», et signer ci-dessous.

| | | |
|----------------------------------|--|------------------|
| Nom du titulaire de compte | Initiale | Nom de famille |
| Nom de l'établissement financier | Adresse de l'établissement financier (numéro et rue) | |
| Numéro de la succursale | Numéro de l'établissement financier | Numéro de compte |

Renseignements sur le payeur

Remplissez cette section si une autre personne que vous, y compris une société, paie votre contrat. Veuillez indiquer tous les renseignements sur le cotitulaire du compte joint, le cas échéant.

| | | | |
|---|----------------|------|-----------------------|
| Nom (prénom et nom de famille) du/des payeur(s) ou raison sociale complète de la société/entité | | | |
| S'il y a lieu : date de naissance (jj-mm-aaaa) | Lien avec vous | | |
| Adresse (numéro et rue) | | | Appartement ou bureau |
| Ville | Province/État | Pays | Code postal |

3 Mode de paiement des primes (suite)

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.paiements.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.paiements.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.

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

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 X | | Signature de votre conjoint (le cas échéant) X | |
| Signé à (ville) | Signé à (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

Pour le groupe Sun Life, la protection de vos renseignements personnels est une priorité. Nous conservons de façon confidentielle des renseignements personnels sur vous et sur les produits et services que vous avez souscrits auprès de notre organisation, pour vous offrir des produits et services de placement, d'assurance et de retraite qui vous aideront à atteindre vos objectifs financiers à toutes les étapes de votre vie. Pour y arriver, nous devons recueillir, utiliser et transmettre vos renseignements personnels à des fins de tarification, d'administration, d'évaluation des dossiers de règlement, de protection contre la fraude, les erreurs ou les fausses représentations, ainsi qu'à des fins juridiques, réglementaires ou contractuelles. Cela peut nous aider aussi à vous informer sur d'autres produits et services qui pourraient répondre à vos besoins en constante évolution. Les seules personnes qui ont accès à vos renseignements personnels sont nos employés, nos partenaires de distribution (tels que les conseillers) et les tiers fournisseurs de services, de même que nos réassureurs. Toute personne que vous aurez autorisée pourra également avoir accès à vos renseignements personnels. Dans certains cas, à moins que cela soit interdit, ces personnes peuvent être établies à l'extérieur du Canada, et vos renseignements personnels pourraient alors être régis par les lois qui sont en vigueur dans d'autres pays. Vous pouvez vous informer sur les renseignements contenus dans nos dossiers à votre sujet et, le cas échéant, nous demander par écrit d'y apporter des corrections. Pour en savoir davantage sur nos pratiques en matière de protection des renseignements personnels, visitez le www.sunlife.ca/confidentialite.