



Formulaire d'adhésion

La Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie est membre du groupe Financière Sun Life.

Écrire lisiblement EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.

Numéros de contrat
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie – 50150 American Home Assurance Company – SRG9114277

Veillez cocher une des cases ci-dessous :

- Adhésion de l'étudiant et des personnes à charge Adhésion de l'employé et des personnes à charge Adhésion du boursier postdoctoral
 Prolongation de la couverture Période d'attente de l'Assurance-santé de l'Ontario Adhésion ou adhésion tardive de personne à charge
 Modification

Nous avons à cœur la protection de vos renseignements personnels. Pour connaître les principes directeurs de la Financière Sun Life en matière de protection des renseignements personnels, veuillez vous reporter à la brochure «Le Régime d'assurance maladie universitaire (RAMU®) – la solution pour vos soins de santé de base», que vous trouverez à l'adresse www.uhip.ca.

1 Renseignements personnels

Note importante :

Veillez informer immédiatement la Financière Sun Life ou l'administrateur du RAMU® de votre université de tout changement à votre situation. Ceci comprend notamment un changement d'adresse ou de numéro de téléphone, et l'ajout d'une personne à charge.

Nom de l'université		Numéro de participant	
Nom de famille		Prénom	
Date de naissance (j/m/a)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Couverture demandée <input type="checkbox"/> Une personne <input type="checkbox"/> Deux personnes <input type="checkbox"/> Trois personnes ou plus	
Pays d'origine		Courriel	
Adresse au Canada (numéro et rue, appartement ou bureau)			
Ville	Province	Code postal	N° de téléphone
Date d'effet de la couverture du participant (j/m/a)	Nombre de mois de couverture requis	Date d'effet de la couverture de la personne à charge (j/m/a)	Nombre de mois de couverture requis

2 Renseignements sur les personnes à charge

Les personnes à charge admissibles qui vivent avec vous au Canada **doivent** être couvertes par le RAMU® ou un régime reconnu. Au besoin, utilisez une feuille supplémentaire pour fournir les renseignements demandés sur les personnes à charge.

Nom de famille	Prénom	Lien		Sexe		Date de naissance		
		Conjoint	Enfant	Homme	Femme	Jour	Mois	Année
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Je déclare que je vis dans une relation conjugale avec mon conjoint de fait/conjoint du même sexe depuis au moins 12 mois.

3 Demande d'exemption

Veillez joindre un **Certificat d'exemption de participation au RAMU® avec votre formulaire d'adhésion.**

Je suis couvert(e) au titre du régime suivant :

Nom du régime

- Je suis couvert(e) au titre du régime ci-dessus, mais les personnes à ma charge doivent adhérer au RAMU®.
 Les personnes à ma charge et moi-même sommes couverts au titre du régime ci-dessus.
 Si vous n'êtes pas couvert par un régime reconnu, vous devez d'abord payer la prime du RAMU® et ensuite faire une demande d'exemption. Si le régime que vous avez indiqué est reconnu, vous pourrez ensuite demander le remboursement de la prime.

Cette partie ombrée est réservée à l'administrateur du RAMU® de l'université

La preuve de couverture au titre d'un régime reconnu comme équivalent a été vue et vérifiée

Signature de l'administrateur du RAMU® de l'université
 X

4 Autorisation et signature

Je certifie que les réponses données dans la présente demande d'adhésion sont complètes et véridiques. Je reconnais que toute dissimulation, omission ou fausse déclaration relative à la présente proposition entraîne l'annulation de l'assurance.

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie et l'American Home Assurance Company (les assureurs), leurs mandataires, leurs fournisseurs de services ainsi que l'administrateur du RAMU® de l'université à utiliser et à s'échanger des renseignements pertinents à mon sujet relativement à la présente demande d'adhésion, aux fins de la tarification, de la gestion administrative et de l'étude des demandes de règlement au titre de la présente assurance. Les assureurs s'engagent à protéger le caractère confidentiel de ces renseignements.

Il est entendu que la participation au régime du RAMU® est obligatoire et qu'il m'incombe d'inscrire les personnes à ma charge à la date de mon arrivée. Si les personnes à ma charge arrivent après moi, je dois les inscrire au cours de la période de 30 jours qui suit leur arrivée au Canada, à défaut de quoi je devrai payer des frais d'adhésion tardive de 500 \$ ainsi que les primes exigibles rétroactivement à la date de leur arrivée. Je confirme avoir l'autorisation de communiquer des renseignements sur mon conjoint et sur les personnes à ma charge en vue de les inscrire au régime.

Je comprends également que la couverture demandée sera considérée valable pour toute la durée de mon programme d'études à l'université, à moins que je n'informe la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de tout changement de ma situation personnelle (par exemple, l'ajout de personnes à charge) qui pourrait entraîner la modification de ma prime.

En apposant ma signature ci-dessous, je dégage l'université de toute responsabilité envers les personnes à ma charge non déclarées et relativement aux frais de soins de santé engagés par moi ou par les personnes à ma charge qui ne sont pas remboursés par le RAMU® ou un régime reconnu comme équivalent. Je conviens que l'université n'acceptera aucune responsabilité relativement à ces frais.

Toute photocopie ou version électronique du présent document a la même valeur que l'original et demeure valide tant que dure ma couverture au titre du RAMU®.

Signature du candidat
 X

Date (j/m/a)

5 Attestation de couverture temporaire

La partie ombrée est réservée à l'administrateur du RAMU® de l'université

Adhésion standard		
Date d'effet de la couverture (j/m/a)	Date de cessation de la couverture (j/m/a)	Prime versée/due \$
Date d'expiration de l'attestation de couverture temporaire (j/m/a)	Nom de la personne ayant établi l'attestation de couverture temporaire	Signature de la personne ayant établi l'attestation de couverture temporaire X
Adhésion tardive du candidat ou de personnes à charge		
Date d'échéance rétroactive de la prime (j/m/a)	Frais d'adhésion tardive de 500 \$ (adhésion de personne à charge seulement)	500 \$
Validé le (date) (j/m/a)	Prime rétroactive (appliquer le taux en vigueur au moment de l'adhésion)	\$
Sceau de l'université		Primes à verser pour le reste de l'année universitaire en cours \$
		Prime totale exigible \$

RENSEIGNEMENTS Sans frais : 1 866 500-UHIP (8447), du lundi au vendredi entre 7 h et 20 h (heure de l'Est)

Courriel : askus@sunlife.com

Veillez retourner la demande dûment remplie à l'administrateur du RAMU® de l'université.

Ce formulaire n'est valide que si le sceau y est apposé