



Directives – Comment remplir le formulaire d'adhésion

- ✓ Écrivez lisiblement, à l'encre et en majuscules.
- ✓ Cochez la case correspondant au type d'adhésion (étudiant et personnes à charge, employé et personnes à charge, etc.).
- ✓ Inscrivez toutes les dates en chiffres : année (quatre chiffres), mois (deux chiffres) et jour (deux chiffres).
- ✓ Faites parvenir le formulaire dûment rempli à l'administrateur du RAMU® de l'université.

1. Le nom de l'université et votre numéro d'étudiant ou de participant.
2. Vos nom et prénom
3. Votre date de naissance (veillez à ne pas indiquer par erreur la date du jour).
4. Votre sexe.
5. Cochez la case correspondant à la couverture demandée (couverture pour une, pour deux ou pour trois personnes ou plus).
6. Votre adresse complète au Canada, y compris votre code postal, et le numéro de téléphone (ou les coordonnées du conseiller pédagogique des étudiants étrangers ou du Service des ressources humaines de l'université si vous n'avez pas encore d'adresse au Canada).
7. La date d'effet de votre couverture.
8. La durée (en mois) pour laquelle la couverture du participant est demandée.
9. La date d'effet de la couverture de votre famille.
10. La durée (en mois) pour laquelle la couverture des personnes à charge est demandée.
11. Les nom et prénom de toutes les personnes à votre charge, leur lien avec vous, leur sexe et leur date de naissance (veillez à ne pas indiquer par erreur la date du jour).
12. Confirmez, en cochant la case, que la relation avec le conjoint de fait ou le conjoint du même sexe dure depuis au moins 12 mois, le cas échéant.
13. Remplissez la section Demande d'exemption :
 - si vous participez à l'un des régimes pré-approuvés;
 - ou si vous demandez que votre couverture soit reconnue comme équivalente à celle du RAMU®.
14. Si vous participez à un régime pré-approuvé, vous devez présenter une preuve de couverture à l'administrateur du RAMU® de l'université. Celui-ci doit signer la section Demande d'exemption.
15. Signez et datez la Déclaration, même si vous participez à un régime pré-approuvé et ne souhaitez pas adhérer au RAMU®.



Formulaire d'adhésion



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

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 trouvez à l'adresse www.ubc.ca ».

1 Renseignements personnels

Note importante :
 Veuillez 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 **1** Numéro de participant

Nom de famille **2** Prénom

Date de naissance (j/m/a) **3** Sexe Homme **4** Femme **4** Couverture demandée **5**
 Une personne Deux pers. Trois personnes ou plus

Pays d'origine Courriel

6 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) **7** Nombre de mois de couverture requis **8** Date d'effet de la couverture de la personne à charge (j/m/a) **9** Nombre de mois de couverture requis **10**

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, utiliser 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 |
| 11 | | <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"/> | | | |

12 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

13 Veuillez 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 **14**

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.

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

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

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, et 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 Date (j/m/a) **15**

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 <input checked="" type="checkbox"/> |
| 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-LH1P (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.

SM-083-F-03-09 Feuille blanc – Participant, Feuille jaune – Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie, Feuille rose – Administrateur du RAMU® de l'université