

Veillez remplir les deux côtés du présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. Le gestionnaire de régime doit annexer le formulaire original à la demande d'adhésion du participant de régime. Dans le cas d'un régime autogéré ou bien d'un client ayant accès à GroupNet et qui effectue sa propre tenue de dossiers des participants, le gestionnaire de régime doit annexer le présent formulaire à la demande d'adhésion du participant de régime.

1. Renseignements généraux sur l'adhésion

Numéro de régime : 168000 Numéro de division : _____

Répondant de régime : Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador

Nom du participant de régime : _____
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____

Numéro d'identification du participant : (inscrit sur la carte médicaments) _____

Numéro d'identification de l'employé : (attribué par l'employeur) _____

2. Modifications apportées aux garanties – Garantie Soins médicaux supplémentaires obligatoire

Date d'effet de la modification : Jour _____ Mois _____ Année _____

Je souhaite ajouter ou modifier la garantie Soins médicaux supplémentaires : Individuelle* Famille

* La modification d'une protection familiale à une protection individuelle au titre de la garantie Soins médicaux supplémentaires mettra automatiquement fin à la protection de toutes les personnes à charge auparavant assurées aux termes de cette garantie.

Raison de l'ajout/ la modification : Naissance d'un enfant Mariage (Veillez fournir une copie du certificat de mariage) Divorce

Adhésion antérieure prévoyant une protection individuelle visant la garantie Soins médicaux supplémentaires uniquement

Cohabitation Date du mariage/de la cohabitation Jour _____ Mois _____ Année _____

Perte de protection au titre du régime du conjoint Autre (préciser) : _____

Je souhaite renoncer à la garantie Soins médicaux supplémentaires. Vous pouvez y renoncer seulement si votre conjoint est également un salarié/retraité du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador et qu'il a souscrit la protection familiale au titre de la garantie Soins médicaux supplémentaires.

Nom de l'employeur du conjoint : _____ Numéro de membre du conjoint : _____

Si vous perdez la protection offerte par le régime de votre conjoint, vous devez soumettre une demande de protection dans les 31 jours suivant la perte de la protection. Passé ce délai, vous et vos personnes à charge pourriez devoir fournir une preuve d'assurabilité jugée acceptable par la Canada Vie pour être couverts.

Veillez communiquer avec votre gestionnaire de régime pour plus de précisions à ce sujet.

3. Modification des renseignements sur les personnes à charge

La présente section est à remplir si vous désirez ajouter ou supprimer une personne à charge ou mettre à jour les renseignements sur les personnes à charge..
 Si vous avez plus de quatre personnes à charge, veuillez annexer une liste à la présente. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.

Renseignements sur le conjoint			Initiale du second prénom	Date de naissance jj-mm-yy	Genre
Nom de famille	Prénom				
Ajouter Modifier Supprimer					<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre

Quelles sont les garanties collectives de votre conjoint au titre du régime offert par son employeur?

Le cas échéant, les prestations payables aux termes de votre régime seront coordonnées avec celles versées aux termes du régime de votre conjoint.

SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES				SOINS DENTAIRES				SOINS OCULAIRES			
Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune	Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune	Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune
<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"/>

Renseignements sur les personnes à charge

Renseignements sur les personnes à charge		Initiale du second prénom	Date de naissance jj-mm-yy	Genre	Étudiant à temps plein	Déficience fonctionnelle
Nom de famille	Prénom					
Ajouter Modifier Supprimer				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajouter Modifier Supprimer				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajouter Modifier Supprimer				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajouter Modifier Supprimer				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SUITE À LA PAGE 2

4. Garanties facultatives

Cette section doit être remplie par le participant de régime.

Si vous souhaitez souscrire des garanties facultatives offertes aux termes du régime collectif du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, veuillez cocher vos choix dans les cases ci-dessous. Si vous souhaitez annuler une garantie facultative, veuillez cocher la case appropriée.

Si une preuve d'assurabilité est exigée, veuillez remplir le formulaire M5995(GNLSA)(f) (Preuve d'assurabilité – Description de la protection et Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie).

Assurance-vie facultative du salarié (police n° 168002)

*** Pour un participant qui est couvert à titre de salarié et à titre de conjoint aux termes de la police du GTNL, le montant maximal combiné de l'assurance-vie facultative du salarié et l'assurance-vie facultative du conjoint qu'il peut demander s'élève à 300 000 \$.**

Je souhaite souscrire une protection d'assurance-vie facultative du salarié de 100 000 \$ ou moins et j'ai rempli la Déclaration de bonne santé ou le formulaire M5995(GNLSA)(f).

Montant : _____

Je souhaite souscrire une protection d'assurance-vie facultative du salarié de plus de 100 000 \$ et j'ai rempli le formulaire M5995(GNLSA)(f).

Montant actuel : _____ Nouveau montant : _____ (peut être souscrite par tranches de 10 000 \$)

Montant total : _____ (maximum de 300 000 \$)

Je souhaite annuler l'assurance-vie facultative du salarié

Assurance-vie facultative du conjoint (police n° 168002)

*** Pour un participant qui est couvert à titre de salarié et à titre de conjoint aux termes de la police du GTNL, le montant maximal combiné de l'assurance-vie facultative du salarié et l'assurance-vie facultative du conjoint qu'il peut demander s'élève à 300 000 \$..**

Je souhaite souscrire une protection d'assurance-vie facultative du conjoint de 100 000 \$ ou moins et j'ai rempli la Déclaration de bonne santé ou le formulaire M5995(GNLSA)(f).

Montant : _____

Je souhaite souscrire une protection d'assurance-vie facultative du conjoint de plus de 100 000 \$ et j'ai rempli le formulaire M5995(GNLSA)(f).

Montant actuel : _____ Nouveau montant : _____ (peut être souscrite par tranches de 10 000 \$)

Montant total : _____ (maximum de 300 000 \$)

Je souhaite annuler l'assurance-vie facultative du conjoint

Assurance Mort ou mutilation accidentelles (MMA) facultative (police n° 168002)

Je souhaite souscrire une assurance MMA facultative (aucune preuve médicale n'est requise)

Salarié Montant total : _____ (peut être souscrite par tranches de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 300 000 \$) – doit correspondre au montant actuel plus le nouveau montant choisi

Famille

Je souhaite annuler l'assurance MMA facultative

Assurance facultative contre les maladies graves (police n° 168002)

Je souhaite souscrire une protection et j'ai rempli le formulaire M5995(GNLSA)(f) :

Salarié 25 000 \$ Conjoint 10 000 \$ Enfant 5 000 \$ (aucune preuve médicale d'assurabilité n'est requise pour les enfants de moins de 16 ans)

Je souhaite annuler l'assurance facultative contre les maladies graves

Assurance ILD facultative (police n° 168001)

*** L'assurance invalidité de longue durée est offerte aux employés qui sont âgés de moins de 65 ans et qui participent au régime de retraite de la fonction publique, au régime de retraite du personnel en uniforme ou au régime de retraite des membres de la Chambre d'Assemblée.**

Je souhaite souscrire une assurance ILD facultative et j'ai rempli le formulaire M5995(GNLSA)(f). Veuillez informer le gestionnaire de régime de tout rachat ou **transfert** de services validables puisque cela pourrait avoir une incidence sur vos primes.

Je souhaite annuler l'assurance ILD facultative

Assurance dentaire facultative (police n° 168000)

Je souhaite ajouter/modifier l'assurance dentaire facultative Individuelle Famille Si je souscris une assurance dentaire après un délai de 31 jours suivant la date d'embauche admissible, la protection sera limitée à 100 \$ au cours des 12 premiers mois.

Je souhaite annuler l'assurance dentaire facultative

5. Changement de nom du participant de régime

De : _____ À : _____
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

SUITE À LA PAGE 3

6. Changement d'adresse postale du participant de régime

De : _____
Adresse

Ville Province Code Postal

À : _____
Adresse

Ville Province Code Postal

7. Confidentialité

La présente section explique l'engagement de la Canada Vie en matière de confidentialité.

À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie), nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection de la vie privée.

Vos renseignements personnels :

Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels, comme votre nom, vos coordonnées, ainsi que les produits et la protection que vous détenez auprès de nous. Selon les produits ou les services que vous demandez et obtenez, votre demande pourrait également comprendre des renseignements de nature médicale ou financière. Vos renseignements sont conservés dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels contenus dans votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada Vie.

Qui a accès à vos renseignements?

Nous limitons l'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches de même qu'aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès. Pour nous aider à répondre aux fins précisées ci-dessous, il se peut que nous fassions appel à des fournisseurs de service situés au Canada ou à l'étranger. Vos renseignements personnels pourraient également être divulgués à des autorités publiques ou à d'autres personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Vos renseignements sont utilisés aux fins suivantes :

Nous recueillons vos renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité aux produits, aux services ou à la protection demandés, pour fournir et administrer les produits ou la protection détenus auprès de nous, et en assurer le service, et pour permettre à la Canada Vie et à ses sociétés affiliées de gérer les données internes et d'en effectuer l'analyse. Nous nous en servons notamment pour mener des enquêtes et évaluer les demandes de règlement et verser des prestations, ainsi que pour créer et tenir à jour les dossiers sur notre relation d'affaires. Le consentement donné dans le présent formulaire demeurera en vigueur jusqu'à ce que nous recevions un avis indiquant que vous avez retiré ce consentement, sous réserve des restrictions juridiques et contractuelles pouvant s'appliquer. Par exemple, si vous retirez votre consentement, il se peut que nous ne puissions pas continuer à évaluer ou à administrer une demande de prestations.

Si vous voulez en savoir plus :

Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez le www.canadavie.com.

8. Autorisations et déclarations

La présente section doit être signée et datée, à l'ENCRE, par le participant de régime.

Par les présentes, je demande la modification de ma protection aux termes du régime collectif établi par la Canada Vie.

J'ai lu et compris la section intitulée « Confidentialité » du présent formulaire, et j'en accepte le contenu.

J'autorise :

- le répondeur de régime à déduire de ma rémunération et à remettre à la Canada Vie les cotisations salariales requises, le cas échéant, aux termes du régime;
- la Canada Vie à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime;
- la Canada Vie, tout prestataires de soins de santé, le gestionnaire de régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataires de services travaillant avec la Canada Vie ou avec ceux précités à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime.

Si je demande la protection pour mon conjoint ou mes personnes à charge, je confirme que j'ai l'autorisation d'agir en leur nom.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section Autorisations et déclarations est aussi valide que l'original.

J'atteste que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.

Signature du participant de régime : _____ Date : _____

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez communiquer avec le gestionnaire de régime avant de le soumettre. Vous êtes responsable de l'exactitude et de l'intégrité des renseignements contenus dans le présent formulaire.

Signature du gestionnaire du régime : _____ Date: _____