



Comment remplir le formulaire d'adhésion

- Écrivez lisiblement, à l'encre et en caractères d'imprimerie.
- 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 (4 chiffres pour l'année, 2 chiffres pour le mois et 2 chiffres pour le jour).
- Faites parvenir le formulaire dûment rempli à l'administrateur du RAMU® de l'université.



Formulaire d'adhésion de RAMU



Numéro de contrat
Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie – 50150

Veillez cocher une des cases ci-dessous :

<input type="checkbox"/> Adhésion de l'étudiant et des personnes à charge	<input type="checkbox"/> Adhésion de l'employé et des personnes à charge	<input type="checkbox"/> Adhésion du boursier postdoctoral
<input type="checkbox"/> Prolongation de la couverture	<input type="checkbox"/> Période d'attente de l'Assurance-santé de l'Ontario	<input type="checkbox"/> Adhésion ou adhésion tardive de personne à charge
<input type="checkbox"/> 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 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.

University name		Numero de participant	
Nom du participant		Prénom	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	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	Numéro de téléphone
Date d'effet de la couverture du participant (jj-mm-aaaa)		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 du participant		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Lien	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Nombre de mois de couverture requis	
Nom du participant		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Lien	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Nombre de mois de couverture requis	
Nom du participant		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Lien	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Nombre de mois de couverture requis	
Nom du participant		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Lien	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Nombre de mois de couverture requis	
Nom du participant		Prénom		<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Lien	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Nombre de mois de couverture requis	

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

Page 1 de 2
AACF-UHIP-003-F-04-14

Section 1 : Renseignements personnels

- Le nom de l'université et votre numéro de participant du RAMU®
- Vos nom et prénom
- Votre date de naissance
 - Votre sexe
 - La couverture demandée (pour une, pour deux ou pour trois personnes ou plus)
- Votre adresse complète au Canada, y compris votre code postal et votre numéro de téléphone
- La date d'effet de votre couverture
 - La durée (en mois) pour laquelle la couverture est demandée

Section 2 : Renseignements sur les personnes à charge

- Les nom et prénom de toutes les personnes à votre charge, leur lien avec vous, leur sexe et leur date de naissance
 - La date d'effet de la couverture de votre famille
 - La durée (en mois) pour laquelle la couverture des personnes à charge est demandée
- 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.

3 Demande d'exemption

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

Nom du régime que je suis couvert(e) par

- 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 (l'assureur), 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®.


Member's signature
X

Date (dd-mm-yyyy)

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

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 (jj-mm-aaaa)	Date de cessation de la couverture (jj-mm-aaaa)	Prime versée/due \$
— — — —	— — — —	—
Date d'expiration de l'attestation de couverture temporaire (jj-mm-aaaa)	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 (jj-mm-aaaa)	Frais d'adhésion tardive de 500 \$ (adhésion de personne à charge seulement)	500 \$
— — — —	—	—
Date validated (dd-mm-yyyyyy)	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 8 h et 20 h (heure de l'Est)

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

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

Section 3 : Demande d'exemption

a) Remplissez cette section uniquement si vous êtes couvert au titre de l'un des régimes pré-approuvés. Dans ce cas, vous devez présenter une preuve de couverture à l'université avec le présent formulaire

b) Réservé à l'administrateur

Section 4 : Autorisation et signature

a) Vous devez signer et dater cette section pour que votre demande soit traitée

Section 5 : Attestation de couverture temporaire

a) Réservé à l'administrateur