



Demande d'adhésion au RAMU[®]



Numéro du contrat

50150

Cochez l'une des options suivantes :

Participant seulement Participant et personne à charge Personne à charge seulement

Écrire en LETTRES DÉTACHÉES.

1 Renseignements sur le participant

Veuillez signaler immédiatement tout changement de votre situation au bureau du RAMU[®] de votre université. Les changements incluent une nouvelle adresse, un nouveau numéro de téléphone, l'ajout d'une personne à charge, etc.

Nom de l'université		Numéro d'identification de l'université	
Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date d'arrivée au Canada (jj-mm-aaaa)	Adresse courriel		
Adresse au Canada (numéro et rue)		Appartement ou bureau	
Ville	Province ou territoire	Code postal	Numéro de téléphone
Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Date de cessation de la couverture (jj-mm-aaaa)		

2 Renseignements sur la ou les personnes à charge

Si une ou des personnes à charge admissibles vivent ou vivront avec vous au Canada, elles doivent être couvertes par le RAMU[®].

Remplissez cette section si vous demandez la couverture au titre du RAMU[®] pour une ou des personnes à charge.

Nom de famille du conjoint	Prénom du conjoint	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date d'arrivée au Canada (jj-mm-aaaa)	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Date de cessation de la couverture (jj-mm-aaaa)	

J'atteste que ma relation conjugale avec mon conjoint de fait ou conjoint de même sexe dure depuis au moins 12 mois.

Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date d'arrivée au Canada (jj-mm-aaaa)	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Date de cessation de la couverture (jj-mm-aaaa)	

Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date d'arrivée au Canada (jj-mm-aaaa)	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Date de cessation de la couverture (jj-mm-aaaa)	

Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date d'arrivée au Canada (jj-mm-aaaa)	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Date de cessation de la couverture (jj-mm-aaaa)	

Nom de famille de l'enfant	Prénom de l'enfant	Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
Date d'arrivée au Canada (jj-mm-aaaa)	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Date de cessation de la couverture (jj-mm-aaaa)	

3 Autorisation et signature du participant

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

J'autorise la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie (l'assureur), ses mandataires, ses fournisseurs de services et l'administrateur du RAMU® à utiliser et à échanger les renseignements pertinents à mon sujet relativement à cette demande d'adhésion aux fins de la tarification, de la gestion administrative ou du règlement des prestations se rapportant à cette demande d'assurance. Les assureurs se sont engagés à respecter la confidentialité de ces renseignements.

Je comprends que la couverture du RAMU® est obligatoire et qu'il m'incombe de demander l'adhésion des personnes à ma charge admissibles dans les 30 jours suivant la date de leur arrivée au Canada. Si j'ometts de le faire, des frais d'adhésion tardive supplémentaires de 500 \$ par personne à charge me seront facturés. De plus, le paiement des primes est rétroactif à la date de l'arrivée au Canada de la personne à charge. Je confirme que je détiens l'autorisation de communiquer des renseignements sur mon conjoint et sur les personnes à ma charge en vue de leur adhésion au régime.

Je comprends aussi que la couverture que j'ai indiquée sur ce formulaire sera valable pour la durée de mes études ou de mon emploi au service de l'université, sauf si j'informe l'administrateur du RAMU® de l'université d'un changement à ma situation personnelle qui donne lieu au rajustement de ma prime (ex. : ajout d'une personne à charge).

En signant ci-dessous, je libère l'université et la Sun Life du Canada, compagnie d'assurance-vie de toute responsabilité à l'égard de toute personne à charge non déclarée et du coût de soins de santé engagés par moi ou toute personne à ma charge qui ne sont pas admissibles à un remboursement au titre du RAMU®. Je comprends que l'université et la Sun Life n'accepteront aucune responsabilité financière pour ces coûts.

Je conviens que toute photocopie ou version électronique de cette autorisation a la même valeur que l'original, et cette autorisation restera en vigueur pendant toute la durée de ma couverture au titre du RAMU®.

Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa)
-------------------------------	-------------------

Retournez le formulaire dûment rempli à l'administrateur du RAMU®.

4 Preuve de couverture temporaire

Les zones en gris doivent être remplies par l'administrateur du RAMU®.

Adhésion standard		
Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)	Date de cessation de la couverture (jj-mm-aaaa)	Prime payée/exigible \$
Date d'expiration de la preuve de couverture temporaire (jj-mm-aaaa)	Nom de la personne qui établit la preuve de couverture temporaire	Signature de la personne qui établit la preuve de couverture temporaire X
Adhésion d'une personne à charge/tardive		
Date à partir de laquelle sont exigibles les primes rétroactives (jj-mm-aaaa)	Frais d'adhésion tardive de 500 \$ (adhésion d'une personne à charge uniquement)	500,00 \$
Date de la validation (jj-mm-aaaa)	Prime rétroactive (taux de prime en vigueur au moment de la demande d'adhésion)	\$
Timbre de l'université	Primes pour le reste de l'année d'études en cours	\$
Un formulaire sans timbre n'est pas valide.	Total des primes exigibles	\$

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.

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