



Comment *remplir* le formulaire Demande d'adhésion au RAMU®


- Veuillez écrire au stylo en caractères d'imprimerie.
- Cochez la case appropriée pour indiquer le type de demande (par exemple, étudiant et personne à charge, employé et personne à charge).
- Saisissez toutes les dates en format numérique (4 chiffres pour l'année, 2 chiffres pour le mois et 2 chiffres pour le jour).
- Une fois le formulaire rempli, envoyez-le à l'administrateur du RAMU® de l'université.

Section 1 : Renseignements sur les membres


- Nom de l'Université et numéro d'identification du membre de l'Université.
- Nom complet : nom, prénom et milieu.
- Votre date de naissance;
Votre genre.
- Votre adresse résidentielle canadienne complète, y compris le code postal et le numéro de téléphone.
- Date d'entrée en vigueur de votre couverture.

Section 2 : Renseignements sur les personnes dépendantes

- Chaque personne dépendante est épertoriée par nom (dernier, prénom et milieu), y compris relation avec le membre, sexe et date de naissance.
Date précise de la couverture de votre famille.
- Cochez la case pour confirmer que votre union de fait ou de même sexe existe depuis au moins 12 ans. mois (s'il y a lieu).



Demande d'adhésion au RAMU®



Número du contrat
150150

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 d'arrivée au Canada (jj-mm-aaaa)		Date d'arrivée au Canada (jj-mm-aaaa)	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-binaire <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Non-précisé	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®. Renseignez 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 d'arrivée au Canada (jj-mm-aaaa)	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-binaire <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Non-précisé	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)		Date de cessation de la couverture (jj-mm-aaaa)	
<input type="checkbox"/> 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 d'arrivée au Canada (jj-mm-aaaa)	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-binaire <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Non-précisé	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 d'arrivée au Canada (jj-mm-aaaa)	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-binaire <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Non-précisé	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 d'arrivée au Canada (jj-mm-aaaa)	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-binaire <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Non-précisé	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 d'arrivée au Canada (jj-mm-aaaa)	
Date de naissance (jj-mm-aaaa)	<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Non-binaire <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Non-précisé	Date d'effet de la couverture (jj-mm-aaaa)		Date de cessation de la couverture (jj-mm-aaaa)	

L'assurance est établie par La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers. Page 1 de 2 GL5725F(UHIP) (07/2022)

3 Autorisation et signature du participant

Je déclare que mes réponses dans la présente demande sont véridiques et complètes et je comprends que toute dissimulation et toute fausse déclaration concernant la demande entraîneront l'annulation de l'assurance.

J'autorise le Groupe Assurance Cowan, Manuvie (l'assureur), leurs mandataires et fournisseurs de services et l'administrateur du RAMU® à recueillir, utiliser et communiquer des renseignements pertinents à mon sujet et au sujet de mes personnes à charge dans le cadre de la présente demande, aux fins de la tarification, de l'administration et du traitement des demandes de règlement au titre de cette couverture d'assurance (les « fins »). Les assureurs s'engagent à protéger le caractère confidentiel de ces renseignements.

Je comprends que l'adhésion au RAMU® est obligatoire et qu'il m'incombe d'inscrire mes personnes à charge admissibles dans les 30 jours suivant leur date d'arrivée au Canada. Dans le cas contraire, je devrai payer des frais de 500 \$ pour toute adhésion tardive pour chaque personne à charge ainsi que des primes rétroactives remontant à la date de leur arrivée au Canada. Je confirme que les personnes à ma charge m'autorisent à signer la présente autorisation en leur nom et à divulguer et recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins précisées ci-dessus.

Par ailleurs, je comprends qu'on présumera que la couverture indiquée sur le présent formulaire est valide pendant toute la durée de mes études ou de mon emploi à l'université susmentionnée, à moins que je ne communique à l'administrateur du RAMU tout changement dans ma situation personnelle qui nécessiterait un rajustement de ma prime (p. ex., ajout de personnes à charge).

En signant ci-dessous, je dégage l'université susmentionnée, le Groupe Assurance Cowan et Manuvie de toute responsabilité à l'égard des personnes à charge non déclarées et des frais de soins de santé engagés par moi-même ou par l'une des personnes à ma charge qui ne sont pas admissibles au remboursement par le RAMU®. Je comprends que l'université susmentionnée, le Groupe Assurance Cowan et Manuvie n'assumeront aucune responsabilité financière à l'égard de ces frais.

Une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est aussi valide que le document original et demeure 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	\$
	Total des primes exigibles	\$

Un formulaire sans timbre n'est pas valide.

5 Protection des renseignements personnels

Nous sommes conscients de l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Nous conservons les renseignements que vous nous faites parvenir dans un dossier d'assurance vie et maladie collective. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- nos employés et représentants de service dans le cadre de leurs fonctions;
- les personnes que vous avez autorisées;
- les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et, au besoin, de faire corriger tout renseignement inexact.

Il est entendu que je peux obtenir de l'information plus détaillée sur la politique de Manuvie et de Cowan en matière de protection des renseignements personnels et me renseigner sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels en consultant la page www.manuvie.ca/participant ou www.cowangroup.ca/fr/confidentialite/.

Section 3 : Autorisation et signature

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

Section 4 : Preuve temporaire de couverture

- a) Pour un usage administratif uniquement.

Section 5 : Respect de votre vie privée

