UV ASSURANCE

ASSURANCE COLLECTIVE

Demande d'adhésion

Certificat _____

Section A – Identification

À remplir par l'employé

1. Nom _____ Prénom _____
2. Genre ☐ H ☐ F Date de naissance _____
3. Langue de correspondance ☐ Français ☐ Anglais Téléphone _____ - _____ ☐ Maison ☐ Cell. ☐ Bureau
4. Courriel (requis) _____
5. Adresse (numéro, rue, app.) _____
   Ville _____ Province _____ Code postal _____
6. État civil ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Conjoint de fait → Date de début de cohabitation _____
7. L'adhérent est couvert en vertu du Régime gouvernemental d'assurance maladie de sa province de résidence? ☐ Non ☐ Oui

À remplir par l'administrateur du régime

1. Employeur _____ N° de groupe _____ Unité de facturation _____ Classe _____
2. Numéro de référence _____
3. Occupation _____ Date de début d'emploi _____
4. Salaire _____ $ ☐ Annuel ☐ Hebdomadaire ☐ Mensuel ☐ Horaire Heures par semaine _____
5. Statut de l'emploi ☐ Temps plein permanent ☐ Temps plein temporaire* ☐ Temps partiel permanent ☐ Temps partiel temporaire* ☐ Occasionnel* ☐ Saisonnier*

   Date d'admissibilité _____

   Remarques _____

* Vous référer au contrat si admissible

Section B – Couverture

Protection désirée

1.	Assurance vie des personnes à charge	☐ S. O.	☐ Couple	☐ Monoparentale	☐ Familiale	
2.	Assurance santé	☐ Individuelle	☐ Couple	☐ Monoparentale	☐ Familiale	☐ Exemption*
3.	Assurance dentaire (si applicable)	☐ Individuelle	☐ Couple	☐ Monoparentale	☐ Familiale	☐ Exemption*

***** Pour être exempté, vous devez détenir une protection similaire dans un autre régime d'assurance collective. Si tel est le cas, veuillez nous fournir les informations ci-dessous :

Votre conjoint est-il couvert par un autre régime :

			Protection détenue par votre conjoint :			
↳ Assurance santé	☐ Non	☐ Oui →	☐ Individuelle	☐ Couple	☐ Monoparentale	☐ Familiale
↳ Assurance dentaire	☐ Non	☐ Oui →	☐ Individuelle	☐ Couple	☐ Monoparentale	☐ Familiale

Si votre régime d'assurance collective est un régime modulaire, indiquer le nom du module désiré : _____

Les modalités du module choisi s'appliquent à l'adhérent et, le cas échéant, à ses personnes à charge. Le même module est appliqué pour les garanties santé et dentaire, au besoin. L'adhérent doit conserver son choix de module pendant toute la période prévue au contrat. Pour plus de renseignements sur les règles encadrant le changement de choix de module, veuillez consulter votre brochure.

Section C – Personnes à charge

Assurez-vous d'avoir obtenu le consentement de vos personnes à charge avant de collecter leurs renseignements personnels et de compléter la présente section.

Nom, Prénom	Lien de parenté		Genre		Date de naissance	Étudiant à temps plein (21 ans +)	Handicapé*
	Conjoint	Enfant	H	F			
_____	☐	☐	☐	☐	_____	☐	☐
_____	☐	☐	☐	☐	_____	☐	☐
_____	☐	☐	☐	☐	_____	☐	☐
_____	☐	☐	☐	☐	_____	☐	☐
_____	☐	☐	☐	☐	_____	☐	☐

* Preuve requise

Section D – Bénéficiaires

En cas de décès, j'autorise le bénéficiaire, l'héritier ou le liquidateur de ma succession à fournir à UV Assurance et ses réassureurs les renseignements nécessaires à l'étude de la réclamation de décès, y compris des pièces justificatives telles que le certificat de décès ou une pièce d'identité.

Nom, Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Pourcentage	Irrévocable	Révocable
			%	☐	☐
			%	☐	☐
			%	☐	☐
			%	☐	☐

Important : Au Québec, la désignation du conjoint avec qui l'adhérent est légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est irrévocable, sauf stipulation contraire. En cas de décès ou de divorce, la révocation est automatique.

Remarque : Si vous remplissez ce formulaire à la main, assurez-vous d'écrire lisiblement, de ne pas raturer ni utiliser de liquide correcteur, sans quoi la désignation du bénéficiaire ne sera pas valide et vous devrez remplir le formulaire à nouveau.

Désignation de fiduciaire (Pour toutes les provinces, à l'exception du Québec)

Remplir cette section uniquement si (1) vous avez désigné un bénéficiaire mineur et que (2) vous résidez dans une autre province que le Québec.

Le fiduciaire désigné recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par UV Assurance. La réception de tels montants par le fiduciaire constitue une quittance pour UV Assurance. Une désignation demeure valide jusqu'à la désignation d'un nouveau fiduciaire ou jusqu'au moment où le bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité, selon le premier de ces événements.

Prénom _____ Nom _____

Section E – Dépôt direct

En apposant ma signature au bas du présent formulaire et en joignant une copie de mon spécimen de chèque, j'autorise UV Assurance à verser mes prestations d'assurance collective dans mon compte bancaire identifié sur le spécimen de chèque ci-joint. Je m'engage à informer UV Assurance de tout changement. De plus, j'accepte que cette entente de dépôt direct puisse être résiliée par UV Assurance ou par moi-même sur avis écrit.

Un spécimen de chèque portant la mention « SPÉCIMEN » doit être transmis à UV Assurance par le site sécurisé ou par la poste à l'adresse indiquée au bas de ce formulaire.

Section F – Collecte, utilisation et communication des renseignements personnels

UV Assurance collecte des renseignements personnels à votre sujet et au sujet de vos personnes à charge. Les renseignements que nous recueillons, conservons et utilisons nous permettent notamment de vérifier votre identité, valider votre admissibilité à nos produits et services, traiter vos réclamations, administrer votre dossier et satisfaire aux exigences légales. Seuls les employés, mandataires et fournisseurs de services dûment autorisés auront accès à ces renseignements dans la pratique courante des affaires de l'entreprise.

Dans le cas où l'un desdits renseignements personnels serait inexact, incomplet ou n'est pas clair, vous avez le droit d'exiger sa correction en communiquant avec notre service à la clientèle. À tout moment, vous pouvez retirer votre consentement à la communication ou à l'utilisation de vos renseignements personnels en adressant une demande au Responsable de la protection des renseignements personnels de UV Assurance, à l'adresse suivante : 1990 rue Jean-Berchmans-Michaud, Drummondville (QC) J2C 7G7. Veuillez noter que le retrait de votre consentement peut entraîner des conséquences légales ou contractuelles, telles que l'incapacité pour UV Assurance de traiter une demande ou une réclamation. Nous tenons à vous informer que l'utilisation du courriel pour transmettre des documents ou des renseignements ne garantit pas la protection ni la confidentialité des renseignements contenus dans le courriel. Nous vous invitons à utiliser votre portail adhérent « Mon Univers ».

Pour plus de détails, veuillez consulter notre politique de confidentialité au
https://www.uvassurance.ca/politique-de-protection-des-renseignements-personnels

Section G – Déclarations et autorisations

Je déclare que les informations contenues dans ce formulaire sont complètes et véridiques. Je consens que ces informations servent à la constitution de mon dossier d'assuré et je reconnais que toute fausse déclaration ou omission peut entraîner la résiliation en totalité ou en partie de mon contrat d'assurance collective, et même le refus de certaines prestations payables en vertu de ce contrat.

Je demande d'adhérer au contrat d'assurance collective émis à mon administrateur par UV Assurance et je reconnais avoir pris connaissance des informations présentées dans les sections du présent formulaire.

J'autorise mon employeur ou l'administrateur de mon régime d'assurance collective à communiquer à UV Assurance mes renseignements personnels ainsi que ceux de mes personnes à charge afin de veiller à l'administration de mon dossier.

Une photocopie des présentes déclarations et autorisations a la même valeur que l'original.

X _____ Date _____

Signature de l'adhérent

Section H – Signature de l'administrateur

Je certifie que les déclarations faites ci-dessus sont, au meilleur de mes connaissances, complètes et véridiques.

X _____ _____ Date _____

Signature de l'administrateur du régime — Nom en lettres moulées de l'administrateur du régime

Titre _____ Téléphone _____-_____

UV Assurance est une marque de commerce déposée de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.