

## QUEL EST LE COÛT DE LA COUVERTURE?

Type de couverture	Description	Prime mensuelle*
Individuelle	Un participant (employé ou conjoint)	140 \$
De couple	Un participant (employé ou conjoint) + une personne à charge (conjoint ou un enfant)	252 \$
Familiale	Un participant + deux personnes à charge ou plus (conjoint et un enfant ou plus)	364 \$

\* Renseignements additionnels sur la prime :

1. Cette prime s'ajoute à celle de l'assurance-maladie complémentaire.
2. La taxe de vente provinciale s'applique à la prime. Veuillez vous reporter au barème de prime sur la demande de couverture pour connaître le coût total dans votre province.
3. La totalité de la prime est payable à l'avance.
4. Les taux de prime s'appliquent jusqu'au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

## MODALITÉS D'ADHÉSION À LA COUVERTURE EN REMPLACEMENT DU RÉGIME PROVINCIAL

1. Remplir la demande de couverture ci-jointe en indiquant le nom de toutes les personnes à charge admissibles.
2. Vérifier le coût de la prime dans votre province et joindre la prime pour les trois premiers mois de couverture. Tous les paiements doivent nous parvenir par chèque établi par l'employeur.

Manuvie

Administration – Participants au régime  
(Demande de couverture RRP)  
C. P. 11006, succ. Centre-ville  
Montréal (Québec) H3C 4T8

## COORDONNÉES DES RÉGIMES PROVINCIAUX\*

<b>Terre-Neuve-et-Labrador</b> <a href="http://www.gov.nf.ca/health">www.gov.nf.ca/health</a>	1 800 563-1557
<b>Nouvelle-Écosse</b> <a href="http://www.gov.ns.ca/health/">www.gov.ns.ca/health/</a>	902 468-9700
<b>Nouveau-Brunswick</b> <a href="http://www.gnb.ca/0051/0394/index-f.asp">www.gnb.ca/0051/0394/index-f.asp</a>	506 684-7901
<b>Île-du-Prince-Édouard</b> <a href="http://www.gov.pe.ca/hss/index.php3">www.gov.pe.ca/hss/index.php3</a>	902 368-4900
<b>Québec</b> <a href="http://www.ramq.gouv.qc.ca">www.ramq.gouv.qc.ca</a>	1 800 561-9749
<b>Ontario</b> <a href="http://www.health.gov.on.ca/indexf.html">www.health.gov.on.ca/indexf.html</a>	1 800 268-1154
<b>Manitoba</b> <a href="http://www.gov.mb.ca/health/mhsip/index.fr.html">www.gov.mb.ca/health/mhsip/index.fr.html</a>	1 800 392-1207
<b>Saskatchewan</b> <a href="http://www.health.gov.sk.ca/health-benefits">www.health.gov.sk.ca/health-benefits</a>	1 800 667-7766
<b>Alberta</b> <a href="http://www.health.gov.ab.ca/">www.health.gov.ab.ca/</a>	780 427-1432
<b>Colombie-Britannique</b> <a href="http://www.hibc.gov.bc.ca">www.hibc.gov.bc.ca</a>	1 800 663-7100
<b>Territoires du Nord-Ouest/Nunavut</b> <a href="http://www.hlthss.gov.nt.ca/">www.hlthss.gov.nt.ca/</a>	1 800 661-0830
<b>Yukon</b> <a href="http://www.hss.gov.yk.ca/">www.hss.gov.yk.ca/</a>	1 800 661-0408

\* Information sujette à changement.

## DES QUESTIONS?

Veuillez communiquer avec le Service à la clientèle de l'Assurance collective Manuvie.



Vous arrivez ou revenez au Canada?  
Assurez-vous  
d'être bien protégé.



COUVERTURE EN REMPLACEMENT  
DU RÉGIME PROVINCIAL



Le nom Manuvie, le logo qui l'accompagne, les quatre cubes et les mots « solide, fiable, sûre, avant-gardiste » sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturiers qu'elle et ses sociétés affiliées utilisent sous licence.

GC2094F 06/16

# Couverture de Manuvie en remplacement du régime provincial

## EN QUOI CONSISTE LA COUVERTURE EN REMPLACEMENT DU RÉGIME PROVINCIAL?

Manuvie offre cette couverture aux participants et aux personnes à leur charge qui résident au Canada mais ne sont pas couverts par le régime d'assurance-maladie provincial.

## QUI A BESOIN DE CETTE COUVERTURE?

Chaque province a ses propres critères d'admissibilité à son régime d'assurance-maladie. Normalement, les employés et les personnes à leur charge doivent attendre trois mois avant d'avoir droit à la couverture du régime provincial s'ils font partie de l'une des catégories suivantes :

- Personnes immigrant au pays
- Personnes revenant d'un séjour à l'étranger
- Étrangers résidant temporairement au Canada

## QUELS SONT LES FRAIS COUVERTS?

- La couverture est la même que celle du régime provincial, sous réserve d'une prestation maximale la vie durant de 1 000 000 \$. (Les frais normalement couverts comprennent notamment les honoraires de médecins, les frais hospitaliers ainsi que les frais de laboratoire et de transport par ambulance.)
- Les assurés qui décident de se faire traiter à l'étranger ne seront pas couverts. (Par exemple, si un Américain travaillant au Canada est victime d'une crise cardiaque et décide de retourner aux États-Unis pour y subir une intervention chirurgicale, les frais ne seront pas remboursables.)

## QUELLES SONT LES LIGNES DIRECTRICES?

- Chaque membre de la famille doit adhérer à la couverture s'il y est admissible.
- Les employés et les personnes à leur charge doivent également être couverts par l'assurance-maladie complémentaire du régime existant (p. ex. médicaments, soins de la vue et praticiens paramédicaux).
- La couverture et le versement des prestations prennent fin dès que survient l'une des éventualités suivantes :
  - Cessation de l'emploi
  - 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance du participant (la couverture peut être prolongée au-delà de cette date, mais les taux seront différents)
  - Approbation de la demande d'adhésion au régime provincial
- Lorsqu'ils présentent une demande de règlement, les employés doivent donner le numéro du contrat de la couverture en remplacement du régime provincial.



## Demande de couverture en remplacement du régime provincial

La totalité de la prime est payable à l'avance pour les trois premiers mois de couverture. La taxe de vente provinciale s'applique à la prime.

<b>1 Renseignements sur l'employeur</b>	Numéro de contrat	Compte / Numéro de division		Numéro de certificat		
	Promoteur de régime/employeur			Nom de la personne-ressource de l'employeur		
	Adresse de l'employeur			Numéro de téléphone de la personne-ressource		
	Adresse de courriel de l'employeur					
<b>2 Renseignements sur la famille</b>  Veuillez indiquer le nom de famille s'il diffère de celui de l'employé.  Prenez soin d'indiquer le nom de toutes les personnes à charge admissibles.	Nom de l'assuré, du conjoint, des enfants (prénom, nom de famille)	Sexe masc. / fém. (encercler un choix)	Date de naissance (JJ/MMMM/AA)	Date d'effet de la couverture (JJ/MMMM/AA)	Date de cessation de la couverture (JJ/MMMM/AA)	
	Assuré	Masc. / fém.				
	Conjoint	Masc. / fém.				
	Enfant	Masc. / fém.				
	Enfant	Masc. / fém.				
	Enfant	Masc. / fém.				
	Enfant	Masc. / fém.				
Province de domicile			Langue		<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais	

### RENSEIGNEMENTS SUR LA COUVERTURE

- Assurance maladie pour les travailleurs étrangers
  Assurance maladie temporaire pour un employé canadien revenant de l'étranger ou un nouveau résident canadien

### COUVERTURE EN REMPLACEMENT DU RÉGIME PROVINCIAL – BARÈME DE PRIME

- Prime pour la première demande (minimum de 3 mois)
- Remarque : Aucun remboursement de prime n'est accordé pour les trois premiers mois de couverture.
- Veuillez cocher le montant de prime adéquat.
- Aucun chèque personnel n'est accepté; tous les paiements doivent être effectués par votre employeur.
- Ces primes s'ajoutent à celles exigées pour l'assurance maladie complémentaire.
- Les taux de prime s'appliquent jusqu'au 65<sup>e</sup> anniversaire de naissance.

TYPE DE COUVERTURE	ONTARIO	QUÉBEC	TOUTES LES AUTRES PROVINCES
Individuelle : Un participant (employé ou conjoint)	140 \$ par mois + TVP (minimum de 3 mois) <b>453,60 \$</b> <input type="checkbox"/>	140 \$ par mois + TVQ (minimum de 3 mois) <b>457,80 \$</b> <input type="checkbox"/>	140 \$ par mois (minimum de 3 mois) <b>420,00 \$</b> <input type="checkbox"/>
De couple : Un participant (employé ou conjoint) + une personne à charge (conjoint ou un enfant)	252 \$ par mois + TVP (minimum de 3 mois) <b>816,48 \$</b> <input type="checkbox"/>	252 \$ par mois + TVQ (minimum de 3 mois) <b>824,04 \$</b> <input type="checkbox"/>	252 \$ par mois (minimum de 3 mois) <b>756,00 \$</b> <input type="checkbox"/>
Familiale : Un participant + deux personnes à charge ou plus (conjoint et un enfant ou plus)	364 \$ par mois + TVP (minimum de 3 mois) <b>1 179,36\$</b> <input type="checkbox"/>	364 \$ par mois + TVQ (minimum de 3 mois) <b>1 190,28 \$</b> <input type="checkbox"/>	364 \$ par mois (minimum de 3 mois) <b>1 092,00 \$</b> <input type="checkbox"/>

**Prime pour prolongation de la couverture**

Remarque : Les primes sont remboursées par période(s) mensuelle(s) entière(s) si Manuvie est informée de l'entrée en vigueur de la couverture provinciale avant le début d'un mois de couverture au titre de la demande de prolongation. Veuillez cocher le montant de prime adéquat. Aucun chèque personnel n'est accepté; tous les paiements doivent être effectués par votre employeur.

TYPE DE COUVERTURE	ONTARIO (TVP INCLUSE)	QUÉBEC (TVQ INCLUSE)	TOUTES LES AUTRES PROVINCES
Individuelle : Un participant (employé ou conjoint)	151,20 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois	152,60 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois	140,00 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois
	302,40 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois	305,20 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois	280,00 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois
	453,60 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois	457,80 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois	420,00 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois
De couple : Un participant (employé ou conjoint) + une personne à charge (conjoint ou un enfant)	272,16 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois	274,68 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois	252,00 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois
	544,32 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois	549,36 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois	504,00 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois
	816,48 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois	824,04 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois	756,00 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois
Familiale : Un participant + deux personnes à charge ou plus (conjoint et un enfant ou plus)	393,12 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois	396,76 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois	364,00 \$ <input type="checkbox"/> 1 mois
	786,24 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois	793,52 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois	728,00 \$ <input type="checkbox"/> 2 mois
	1 179,36 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois	1 190,28 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois	1 092,00 \$ <input type="checkbox"/> 3 mois

**3 Autorisation Couverture en remplacement du régime provincial**

**Veillez vérifier l'exactitude de la prime à l'aide du barème de prime figurant sur la présente demande de couverture.**

**Remarque : Aucun chèque personnel n'est accepté; tous les paiements doivent être effectués par votre employeur.**

**Par la présente, je demande** l'adhésion à la couverture offerte au titre du régime d'assurance collective souscrit par le promoteur auprès de Manuvie. **Je comprends** que mon conjoint et les enfants à ma charge admissibles (personnes à ma charge) peuvent bénéficier de certains éléments de cette couverture. **Je certifie** que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. **Je comprends** qu'en tant que proposant, il m'incombe de voir à ce que toute déclaration verbale ou écrite fournie ultérieurement par moi-même ou par les personnes à ma charge soit à notre connaissance véridique et complète. **Je reconnais** que si des renseignements faux, incomplets ou trompeurs sont fournis, une partie ou la totalité de la couverture peut m'être refusée ou prendre fin, et les demandes de règlement en découlant, être refusées. **J'autorise** Manuvie à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels (renseignements) relatifs à ma demande aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications ou du traitement des demandes de règlement, ainsi qu'à des fins d'évaluation, d'enquête, de tarification et de détermination de l'admissibilité au régime. **J'autorise** toute personne ou organisation détenant des renseignements, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. **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 ci-dessus. Si mon numéro d'assurance sociale correspond à mon numéro de certificat, **j'autorise** son utilisation à des fins d'identification et d'administration. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide. **Il est entendu** que je peux obtenir de l'information sur la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels en consultant le site [www.manuvie.ca/participant](http://www.manuvie.ca/participant) ou en m'adressant au promoteur du régime. **Je comprends** que tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements : les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches; les personnes que j'ai autorisées; et les personnes autorisées par la loi. J'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Signature du participant/de l'employé \_\_\_\_\_ Date (JJ/MMMM/AA) \_\_\_\_\_

Veillez envoyer la demande dûment remplie accompagnée du chèque de l'employeur à l'adresse suivante :

**Manuvie**  
**Assurance collective, Administration – Participants au régime (Demande de couverture RRP)**  
**C. P. 11006, succ. Centre-ville**  
**Montréal (Québec) H3C 4T8**

**Réservé à la Manuvie**

LA LETTRE D'INTENTION DOIT ÊTRE ENVOYÉE À L'ADMINISTRATEUR DE RÉGIME À L'ADRESSE SUSMENTIONNÉE. VÉRIFIEZ L'EXACTITUDE DE LA PRIME À L'AIDE DU BARÈME DE PRIME À LA PAGE 1 DE LA PRÉSENTE DEMANDE DE COUVERTURE.

Numéro de division	<input type="text"/>	Numéro de contrat – Régime provincial	<input type="text"/>	Numéro de certificat – Régime provincial	<input type="text"/>
RENSEIGNEMENTS SUR LA FACTURATION					
Prime	<input type="text"/>	Taxe de vente provinciale	<input type="text"/>	Total de la prime	<input type="text"/>