

Passez au numérique !

Prolongez la couverture
d'un étudiant
à charge dépassant
l'âge limite en ligne.

- ☑ Les renseignements sont ajoutés en temps réel
- ☑ Pas besoin d'imprimer, d'envoyer des courriels ou des télécopies
- ☑ La validation intégrée permet de minimiser les erreurs et de limiter les suivis nécessaires



Instructions

Participants au régime :

1. Rendez-vous sur le site manuvie.ca/participant et ouvrez une session avec votre identifiant Manuvie. (Si vous n'avez pas encore d'identifiant Manuvie, cliquez sur **S'inscrire maintenant** pour en créer un.)
2. Cliquez sur **Aller** sous **Vos régimes d'assurance collective**.
3. Cliquez sur **Mon compte** dans le menu.
4. Sélectionnez **Mes renseignements personnels**, puis cliquez sur l'onglet **Ma famille**.
5. Cliquez sur **Prolonger la couverture** pour la personne à charge ayant dépassé l'âge limite et suivez les instructions.
6. Une fois enregistrés, les renseignements apparaîtront sous **Ma famille**.

Si vous n'arrivez pas à entrer ces renseignements en ligne, veuillez remplir le formulaire ci-joint et nous le renvoyer sous forme numérique en accédant au menu et en sélectionnant **Renseignements et assistance > Formulaires > Envoyer des documents**.

Administrateurs de régime :

1. Recherchez et sélectionnez le nom du participant qui demande un changement.
2. À la page **Sommaire de la couverture du participant**, sélectionnez **Affichage/Modification des personnes à charge** dans le menu **Liens connexes**.
3. Cliquez sur la personne à charge visée par la modification.
4. Si la personne à charge est déjà un étudiant ayant dépassé l'âge limite :
 - Sous **Lien**, cochez la case correspondant à **Prolonger la couverture de l'étudiant d'une autre année**.
 - Cliquez sur **Enregistrer**.
5. Si l'étudiant à charge vient d'avoir 21 ans, et a donc maintenant dépassé l'âge limite :
 - Sous **Lien**, sélectionnez **Étudiant ayant dépassé l'âge limite** dans le menu déroulant.
 - Cliquez sur **Enregistrer**.
6. Une fois enregistrées, les modifications apparaîtront sous la rubrique « Renseignements sur les personnes à charge » à la page du sommaire de la couverture du participant.

Assurance collective

☐ **Demande de prolongation de la couverture des étudiants à charge** (Veuillez remplir les sections 1, 2 et 4.)

☐ **Demande de cessation de la couverture des étudiants à charge** (Veuillez remplir les sections 1, 3 et 4.)

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli à l'adresse suivante :

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

1. Renseignements sur le participant	Nom du promoteur de régime :			Numéro(s) de contrat :		Numéro de certificat du participant :	
	Nom de famille du participant :			Prénom :			
	Adresse du participant :			Ville :	Province :	Code postal :	
2. Renseignements sur les étudiants à temps plein * Sélectionnez homme, femme ou non-binaire, selon votre sexe biologique actuel. Aux fins de la présente proposition, le terme « non-binaire » ne fait pas référence à l'orientation sexuelle, à l'identité de genre, à l'expression de genre ou à la perception de genre d'une personne.	Les enfants ayant dépassé l'âge limite précisé dans le livret des garanties ont droit à la couverture à condition d'étudier à temps plein dans un établissement d'enseignement reconnu (école, collège ou université). La couverture est prolongée jusqu'au 31 août de l'année scolaire suivante, jusqu'à l'âge limite supérieur précisé dans la définition de personne à charge ou jusqu'à la cessation de la couverture.						
	Nom de famille de la personne à charge :	Prénom :	Lien avec le participant :	Date de naissance de la personne à charge (jj/mm/aaaa) :	Sexe* ☐ Homme ☐ Femme ☐ Non-binaire		
	Adresse de la personne à charge :			Ville :	Province :	Code Postal :	
	Nom de l'établissement d'enseignement reconnu :			Emplacement de l'établissement d'enseignement :			
	Durée de l'année scolaire :	Début (jj/mm/aaaa) :		Fin (jj/mm/aaaa) :			
3. Cessation de la couverture d'un étudiant Ne s'applique que si vous avez un enfant à charge qui a dépassé l'âge limite et n'est plus étudiant.	☐ Je demande la cessation de l'ensemble de la couverture dont bénéficie :			Date de la cessation (jj/mm/aaaa) :			
	Raison de la cessation :						
4. Signature du participant	Par la présente, je demande l'adhésion à la couverture offerte en vertu 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. J'autorise le promoteur du régime à effectuer les retenues à la source nécessaires, au besoin. 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. 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. Je reconnais que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation, la conservation ou la divulgation des renseignements personnels en consultant la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels qui se trouve dans le site www.manuvie.ca/participant ou en m'adressant au promoteur du régime. Signature du participant : _____ Date (jj/mm/aaaa) : _____						

Veuillez signer et dater ici.

This document is also available in English on request (GL4408E).

Manuvie, le M stylisé, et Manuvie & M stylisé sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance-Vie Manufacturers et sont utilisées par elle, ainsi que par ses sociétés affiliées sous licence.