Équitable™

Siège social
1, chemin Westmount Nord
C. P. 1603, succursale Waterloo, Waterloo (Ontario) N2J 4C7

Tél. s. f. : 1 866 963-2246 **Téléc. :** 519 883-7409
Courriel : coverage2go@equitable.ca | www.equitable.ca/fr

DEMANDE DE SOUSCRIPTION DU RÉGIME COUVERTURE À EMPORTER

1. À PROPOS DE VOUS

Nom de la souscriptrice ou du souscripteur (en lettres moulées s.v.p.) (prénom, second prénom, nom de famille)

Adresse municipale	Ville	Province	Code postal

Numéro de téléphone	Adresse courriel

Date de naissance (mm/jj/aaaa)	☐ masculin ☐ féminin ☐ Veuillez préciser le genre : _____	Langue de correspondance préférée : ☐ français ☐ anglais

Afin d'être admissible à la couverture du régime Couverture à emporter sans avoir à répondre à des questions d'ordre médical, vous devez en faire la demande dans un délai de 60 jours suivant la fin de la couverture de votre régime d'assurance collective. Si vous présentez votre demande de 61 à 90 jours suivant la fin de la couverture de votre régime d'assurance collective, vous devrez répondre à un questionnaire médical afin de pouvoir déterminer votre admissibilité. Vous ne serez pas admissible à la Couverture à emporter si vous présentez votre demande après plus de 90 jours suivant la fin de la couverture de votre régime d'assurance collective.

a) Nom de l'employeur : _____

b) Nom de la compagnie d'assurance collective : _____

c) Numéro de contrat : _____

d) Date de résiliation du régime (la date de fin de la couverture) : _____

e) Ancien régime d'assurance collective : ☐ assurance maladie complémentaire ☐ assurance dentaire

f) L'ancien régime d'assurance collective comprenait-il une couverture pour personnes à charge? ☐ Oui ☐ Non

2. VOS PERSONNES À CHARGE

Tout enfant âgé de 21 ans ou plus doit être inscrit comme étudiant à plein temps ou être admissible à titre de personne à charge invalide.

Nom complet de la conjointe ou du conjoint, ou encore de la conjointe de fait ou du conjoint de fait (prénom, second prénom, nom de famille) :	Sexe : ☐ masculin ☐ féminin ☐ Veuillez préciser le genre : _____	Date de naissance (mm/jj/aaaa):	
Nom complet de l'enfant (prénom, second prénom, nom de famille) :	Sexe : ☐ masculin ☐ féminin ☐ Veuillez préciser le genre : _____	Date de naissance (mm/jj/aaaa):	☐ Invalide **ou** ☐ Étudiante ou étudiant à temps plein
Nom complet de l'enfant (prénom, second prénom, nom de famille) :	Sexe : ☐ masculin ☐ féminin ☐ Veuillez préciser le genre : _____	Date de naissance (mm/jj/aaaa):	☐ Invalide **ou** ☐ Étudiante ou étudiant à temps plein
Nom complet de l'enfant (prénom, second prénom, nom de famille) :	Sexe : ☐ masculin ☐ féminin ☐ Veuillez préciser le genre : _____	Date de naissance (mm/jj/aaaa):	☐ Invalide **ou** ☐ Étudiante ou étudiant à temps plein
Nom complet de l'enfant (prénom, second prénom, nom de famille) :	Sexe : ☐ masculin ☐ féminin ☐ Veuillez préciser le genre : _____	Date de naissance (mm/jj/aaaa):	☐ Invalide **ou** ☐ Étudiante ou étudiant à temps plein
Nom complet de l'enfant (prénom, second prénom, nom de famille) :	Sexe : ☐ masculin ☐ féminin ☐ Veuillez préciser le genre : _____	Date de naissance (mm/jj/aaaa):	☐ Invalide **ou** ☐ Étudiante ou étudiant à temps plein

DEMANDE DE SOUSCRIPTION DU RÉGIME COUVERTURE À EMPORTER

3. CONFIRMATION D'UNE COUVERTURE EN VERTU D'UN RÉGIME PROVINCIAL D'ASSURANCE MALADIE (P. EX. : RAMO)

Vous, ainsi que vos personnes à charge, devez bénéficier d'une couverture en vertu de votre régime provincial d'assurance maladie (p. ex. : RAMO, RAMA, RSM) afin d'être admissible à la Couverture à emporter.*

Les résidents de la Colombie-Britannique, du Manitoba et de la Saskatchewan DOIVENT soumettre une copie de la lettre du ministère provincial faisant preuve que vous et vos personnes à charge êtes inscrits au régime provincial d'assurance médicaments. Ce document est requis afin de s'assurer que vous et vos personnes à charge avez accès à la couverture maximale des médicaments sur ordonnance disponible.

Si vous n'y êtes pas inscrits, vous devrez le faire et joindre par la suite, une copie des lettres du ministère provincial ou des documents fournissant la preuve d'inscription.

* Les résidents du Québec ne sont pas admissibles à la Couverture à emporter.

4. VOS OPTIONS

Je fais la demande du régime :

- ☐ Couverture à emporter[MD]
- ☐ Couverture à emporter plus
- ☐ Couverture à emporter avec assurance dentaire
- ☐ Couverture à emporter plus avec assurance dentaire

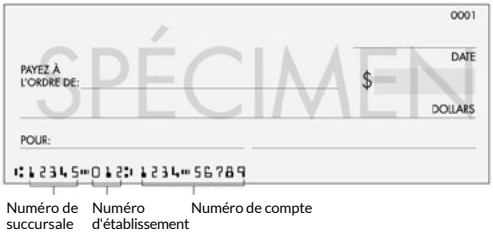
5. RENSEIGNEMENTS SUR LE PAIEMENT DE PRIME, AUTORISATION ET REMBOURSEMENT DES DEMANDES DE RÉCLAMATION

J'autorise l'Équitable à déposer le montant de remboursement des réclamations d'assurance collective directement dans mon compte bancaire et d'y prélever les paiements de la prime mensuels.

Nom de l'établissement financier

Numéro de succursale de la banque (5 chiffres)	Numéro d'établissement (3 chiffres)

Numéro de compte (de 5 à 12 chiffres)



Début de la couverture d'assurance

Je comprends que la couverture en vertu du contrat n'entrera en vigueur que lorsque ma demande de souscription aura été approuvée par l'Équitable et que le premier paiement est honoré par mon établissement financier.

Service de débit préautorisé (DPA) pour le paiement de la prime initiale et les paiements subséquents

L'Équitable et mon établissement financier ont reçu des directives et sont autorisés à effectuer des prélèvements de mon compte bancaire indiqué ci-dessus pour le paiement de la prime initiale et tous les paiements subséquents selon une fréquence mensuelle sous réserve des conditions énoncées ci-dessous, et ce, à **une date se rapprochant le plus** de la date l'entrée en vigueur de la couverture. La date exacte de votre prélèvement vous sera fournie dans votre avis de bienvenue dès que votre régime aura été établi.

Advenant le cas où la date de prélèvement survient lors d'une fin de semaine ou d'un jour de congé, le prélèvement se fera au prochain jour ouvrable.

Nota : en cas de défaut de paiement en raison d'une insuffisance de fonds, une nouvelle tentative de prélèvement sera effectuée dans les deux à 10 jours ouvrables suivant la date de la première tentative de prélèvement. Vous êtes responsable d'assumer les frais imposés par votre établissement financier pour les chèques sans provision.

Je renonce à tout préavis relatif au prélèvement initial, à toute augmentation du débit fixe préautorisé ou à tout changement ayant trait à la date du prélèvement.

Aux fins de cette entente, tous les DPA effectués dans mon compte bancaire seront traités comme des débits personnels de primes d'assurance, comme l'indique Paiements Canada dans sa règle H1 sur leur site Web, à l'adresse www.paiements.ca.

Veuillez communiquer avec votre établissement financier concernant vos droits d'annulation de paiement. J'ai le droit de faire annuler cette entente de service de DPA en tout temps. Ce DPA demeurera en vigueur jusqu'à ce que l'Équitable ait reçu un préavis de son annulation. **Nota : pour que l'annulation prenne effet avant le prochain débit, l'Équitable doit recevoir tout préavis d'annulation fait par téléphone, par lettre, par courriel ou par télécopieur, à son siège social, au moins 10 jours ouvrables avant le prochain débit.** L'annulation de ce DPA n'affectera pas votre contrat d'assurance de l'Équitable, pourvu que la prime soit réglée au moyen d'un autre mode de paiement selon la période précisée dans le contrat.

Remboursement des demandes de réclamation

Tous les remboursements des demandes de réclamation seront déposés dans le compte bancaire indiqué ci-dessus.

DEMANDE DE SOUSCRIPTION DU RÉGIME COUVERTURE À EMPORTER

6. AUTORISATION

Les renseignements personnels que j'ai fournis de plein gré à l'Équitable, recueillis dans la présente demande de souscription et qui seront conservés dans leurs dossiers, seront utilisés par l'Équitable pour les besoins de tarification, de service, d'administration, ainsi que de traitement et de règlement des réclamations liées à cette demande de souscription, au contrat du régime Couverture à emporter et à toutes les garanties en vertu du présent contrat et à tout autre document complémentaire.

Je comprends et consens à ce que les renseignements personnels contenus dans les documents soient accessibles pour les besoins mentionnés ci-dessus, et qu'ils puissent être transmis au personnel autorisé de l'Équitable, aux tiers engagés par l'Équitable, aux réassureurs participants, aux autres compagnies d'assurance, aux organismes d'enquête, aux fournisseurs de soins de santé, notamment, aux pharmacies, aux médecins et aux dentistes, ainsi qu'à toute autre personne ou partie qui obtient mon autorisation. Si j'effectue une demande pour ma conjointe ou mon conjoint, ou encore pour les personnes à ma charge, je certifie que j'ai l'autorisation d'agir en leur nom et, par conséquent, ce document de consentement et d'autorisation est aussi valide en ce qui a trait à la cueillette, à l'utilisation et à la communication de leurs renseignements personnels aux mêmes fins.

Je consens à ce que mon employeur actuel, l'association ou l'organisme, ou encore mon ancien employeur, l'association ou l'organisme, ainsi que le fournisseur de mon régime d'assurance collective actuel, ou encore de celui qui a pris fin récemment (compagnie d'assurance) fournissent une confirmation de ma couverture d'assurance en vertu du régime actuel d'assurance collective ou de celui qui a pris fin récemment pour moi-même, ma conjointe ou mon conjoint, ou encore mes personnes à charge.

Je comprends que toutes les demandes de réclamation effectuées en vertu du contrat du régime Couverture à emporter seront soumises par moi à titre de titulaire du contrat. Ainsi, j'autorise l'Équitable à échanger les renseignements liés à ces demandes de réclamation avec moi, ou toute autre personne agissant en mon nom, y compris ma conjointe ou mon conjoint, ou encore une personne à ma charge, lorsque jugé nécessaire aux fins de confirmation d'admissibilité, d'évaluation et de gestion de la réclamation. Je comprends que tous les remboursements des demandes de réclamation seront déposés dans le compte bancaire indiqué dans la section 5 de la présente demande de souscription.

Je comprends qu'en fournissant une adresse courriel, j'autorise l'Équitable à communiquer avec moi par courriel.

Je reconnais que mes renseignements personnels peuvent être traités et conservés à l'extérieur du Canada et, par conséquent, pourraient être assujettis aux lois de ces territoires de compétence. Pour les résidents du Québec, tout renseignement personnel recueilli sera conservé à l'extérieur du Québec.

Pour de plus amples renseignements au sujet des pratiques de la Compagnie en matière de vie privée et sur la façon de communiquer avec la personne responsable de la protection des renseignements personnels, veuillez consulter le site au www.equitable.ca/fr/confidentialite.

Je comprends que la couverture en vertu du contrat n'entrera en vigueur que lorsque ma demande de souscription aura été approuvée par l'Équitable et que le premier paiement est honoré par mon établissement financier.

En cochant la case de reconnaissance ci-dessous, vous confirmez que la personne ou les personnes mentionnées sur la présente demande de souscription sont autorisées à effectuer des prélèvements du compte bancaire indiqué ci-dessus et que toutes les conditions de la présente demande de souscription sont comprises et acceptées.

La totalité des faits, des déclarations, des renseignements et des réponses donnés dans la présente demande de souscription sont véridiques, exacts et complets. Toute fausse représentation ou déclaration erronée quant aux faits, aux déclarations, aux réponses ou renseignements donnés contenus dans la présente demande de souscription rend toute assurance établie en lien avec cette demande annulable par la compagnie.

☐ **Cochez ici pour confirmer et accepter les conditions ci-dessus.**

Date : _____
(mm/jj/aaaa)

Remarque : l'Équitable ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 866 963-2246.