



## L'ÉGLISE UNIE DU CANADA RÉGIMES DE RETRAITE ET D'ASSURANCE COLLECTIVE FORMULAIRE D'INSCRIPTION ET DE DÉCLARATION D'UN ÉVÉNEMENT DE LA VIE OU DE PERSONNES À CHARGE

L'adhésion au régime de retraite et d'assurance collective est obligatoire pour l'ensemble des membres du personnel qui travaillent 14 heures ou plus par semaine. Les formulaires doivent être remplis et envoyés au Centre d'avantages sociaux dans les 60 jours qui suivent l'adhésion ou l'événement de la vie admissible.

Le régime d'assurance collective de l'Église Unie du Canada comprend des avantages sociaux de base et des assurances facultatives, y compris l'assurance vie facultative et la couverture décès ou mutilation accidentels facultative. Les précisions sur les choix de couverture sont fournies sur le site du Centre d'avantages sociaux à <https://uccbenefits.ca/fr/page-daccueil/>. Pour ajouter des personnes à charge à la couverture de base ou pour choisir une couverture facultative pour la personne membre ou les personnes qui sont à votre charge, remplissez chaque section du formulaire et acheminez-le à l'adresse indiquée ci-dessus. Les changements au régime d'assurance collective ne sont autorisés que lorsqu'un événement de la vie admissible se produit. Le choix d'une assurance vie sans preuve d'assurabilité est permis à la première inscription seulement.

Dans le cas d'une nouvelle inscription, veuillez remplir le formulaire en entier. Pour apporter des changements aux renseignements, par exemple concernant la conjointe ou le conjoint, la désignation de bénéficiaire ou de personne à charge, remplissez les sections 1, 3 et 5. Pour changer un bénéficiaire, veuillez remplir le [Formulaire de désignation de bénéficiaire d'assurance collective](#) et, le cas échéant, le [Formulaire de déclaration de conjointe ou de conjoint et de désignation de bénéficiaire de pension](#), qui se trouvent dans le Fonds documentaire du site du Centre des avantages sociaux. La désignation d'une bénéficiaire ou d'un bénéficiaire ne sera pas révoquée ni automatiquement changée en cas d'événement futur (y compris le mariage ou le divorce), sauf si la législation ou la réglementation l'exige. Sous réserve de la législation en vigueur, pendant que la cotisante ou le cotisant est une membre ou un membre actif des régimes de pension et d'assurance collective, la ou le bénéficiaire désigné sera établi en fonction du dernier Formulaire de désignation de bénéficiaire dûment rempli et signé.

Nouvelle inscription     Changement

ÉTAPE 1 — RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE MEMBRE		
NOM DE LA PERSONNE MEMBRE (NOM, PRÉNOM)		NUMÉRO D'EMPLOYÉ(E)
NAS	DATE DE NAISSANCE (mm/jj/aaaa)	GENRE
ADRESSE		
COURRIEL		TÉLÉPHONE
SITUATION FAMILIALE <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Marié-e <input type="checkbox"/> Veuve-Veuf <input type="checkbox"/> Conjointe ou conjoint de fait <input type="checkbox"/> Séparé-e* <input type="checkbox"/> Divorcé-e *		
DATE DE LA SÉPARATION (mm/jj/aaaa) (s'il y a lieu)		DATE DU DIVORCE (mm/jj/aaaa) (s'il y a lieu)
* En cas de séparation ou de divorce pendant que vous êtes membre du régime de retraite, vous devez fournir une copie de votre accord de divorce ou de séparation qui indique la répartition des droits à pension.		
ÉTAPE 2 — ÉVÉNEMENT DE LA VIE		
TYPE D'ÉVÉNEMENT DE LA VIE (reportez-vous à la section Changement de situation dans la brochure Avantages sociaux pour membres actifs)		DATE DE L'ÉVÉNEMENT ADMISSIBLE (mm/jj/aaaa)
<input type="checkbox"/> Mariage <input type="checkbox"/> Conjointe/Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Naissance/Adoption <input type="checkbox"/> Perte de couverture		



### ÉTAPE 3 — DÉCLARATION DE PERSONNES À CHARGE

La conjointe ou le conjoint ou les enfants admissibles doivent être déclarés ci-dessous. S'il y a plus de cinq personnes à charge, veuillez joindre une feuille séparée

Nom et prénom de la personne à charge	Genre	Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Relations	Cochez la réponse applicable si l'enfant a 18 ans ou plus	Cochez la réponse ci-dessous si la personne à charge est couverte par un autre régime
		/ /	<input type="checkbox"/> Conjointe/Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Aux études <input type="checkbox"/> Personne handicapée	<input type="checkbox"/>
		/ /	<input type="checkbox"/> Conjointe/Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Aux études <input type="checkbox"/> Personne handicapée	<input type="checkbox"/>
		/ /	<input type="checkbox"/> Conjointe/Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Aux études <input type="checkbox"/> Personne handicapée	<input type="checkbox"/>
		/ /	<input type="checkbox"/> Conjointe/Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Aux études <input type="checkbox"/> Personne handicapée	<input type="checkbox"/>
		/ /	<input type="checkbox"/> Conjointe/Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Aux études <input type="checkbox"/> Personne handicapée	<input type="checkbox"/>

Initiales de la personne membre : \_\_\_\_\_



NOM DE LA PERSONNE MEMBRE		NUMÉRO D'EMPLOYÉ (E)		
<b>ÉTAPE 4 — DÉCLARATION RELATIVE À L'USAGE OU AU NON-USAGE DU TABAC</b>				
Précisez en cochant la case pertinente :			MEMBRE	CONJOINTE
J'atteste que j'ai <u>consommé</u> ou que ma conjointe ou mon conjoint a <u>consommé</u> des produits du tabac au cours de la période de 12 mois précédant immédiatement la date inscrite à l'étape 6.				
J'atteste que je n'ai <u>pas consommé</u> ou que ma conjointe ou mon conjoint n'a <u>pas consommé</u> de produits du tabac au cours de la période de 12 mois précédant immédiatement la date inscrite à l'étape 6.				
<b>ÉTAPE 5 — CHOIX DE RÉGIME FACULTATIF</b>				
Je choisis d'adhérer aux protections facultatives suivantes du régime d'assurance collective :				
Assurance vie facultative — Membre <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nombre d'unités de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 500 000 \$ Nb d'unités : \$	Je <input type="checkbox"/> ne fume pas <input type="checkbox"/> fume	
Assurance vie facultative — Conjointe/Conjoint/Conjointe/Conjoint de fait <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nombre d'unités de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 150 000 \$ Nb d'unités : \$	Ma conjointe/mon conjoint <input type="checkbox"/> ne fume pas <input type="checkbox"/> fume	
Couverture D&MA facultative	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Nombre d'unités de \$10,000 jusqu'à concurrence de 250,000 \$ Nb d'unités : \$		
Remarque :				
1. S'il s'agit de la présentation d'une demande d'assurance vie facultative ou d'augmentation de l'assurance vie facultative au-delà de 100 000 dollars, un formulaire de preuve d'assurabilité doit être rempli et transmis à l'assureur pour approbation. Pour obtenir ce formulaire, communiquez avec le Centre d'avantages sociaux.				
2. S'il s'agit de la présentation d'une demande d'assurance vie facultative ou d'augmentation de l'assurance vie facultative d'une épouse ou d'un époux ou d'une conjointe ou d'un conjoint de fait au-delà de 10 000 \$, un formulaire de preuve d'assurabilité doit être rempli et soumis à l'assureur pour approbation. Pour obtenir le formulaire, communiquez avec le Centre d'avantages sociaux.				
<b>ÉTAPE 6 — AUTORISATION DE LA PERSONNE MEMBRE</b>				
Je comprends que j'ai le droit de modifier ces renseignements à tout moment en remplissant un autre formulaire et en l'acheminant au Centre des avantages sociaux, sous réserve des dispositions de toute loi ou réglementation applicables. J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.				
SIGNATURE DE LA PERSONNE MEMBRE			DATE (mm/jj/aaaa)	

**Déclaration de confidentialité** : Les régimes ne recueillent, ne conservent et ne communiquent que les renseignements personnels jugés nécessaires à leur administration. Les renseignements personnels sont protégés conformément à la législation en vigueur. Les régimes peuvent utiliser et communiquer des renseignements aux personnes ou organisations concernées (Église Unie, professionnels de la santé, établissements, organismes d'enquête, assureurs, réassureurs, conseillers juridiques, actuaires, etc.) aux fins de leur gestion et de la gestion du droit aux prestations. Les questions relatives à la politique de confidentialité doivent être adressées au Centre d'avantages sociaux.