



**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'inscription 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'inscription ou l'événement de la vie admissible.

Le régime d'avantages sociaux collectifs de l'Église Unie du Canada comprend des avantages de base et des assurances facultatives, y compris une assurance vie et une assurance décès ou mutilation accidentels (DMA) facultatives. Des précisions sur les choix de couverture sont fournies dans le site du Centre d'avantages sociaux à l'adresse <https://ucbenefits.ca/fr>. 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 sa charge, il faut remplir chaque section de ce formulaire et l'acheminer 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 l'inscription initiale seulement.

S'il s'agit d'une nouvelle inscription, veuillez remplir le formulaire en entier. Pour apporter des changements aux renseignements, par exemple concernant votre conjointe ou votre conjoint, la désignation d'une ou d'un bénéficiaire ou d'une personne à charge, veuillez remplir les sections 1, 3 et 5. Pour changer une ou 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 sont accessibles dans le [Fonds documentaire](#) du site du Centre des avantages sociaux. La désignation d'une ou d'un bénéficiaire ne sera pas révoquée ni modifiée automatiquement en cas d'événement futur (y compris un mariage ou un 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 ou un membre actif des régimes de retraite et d'assurance collectifs, 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'employée ou d'employé
NAS
Date de naissance (mm/jj/aaaa)
Sexe
Adresse
Courriel
Téléphone
Situation familiale <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Mariée ou marié <input type="checkbox"/> Veuve ou veuf <input type="checkbox"/> Conjointe ou conjoint de fait <input type="checkbox"/> Séparée ou séparé* <input type="checkbox"/> Divorcé ou divorcée*
*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.
Date de la séparation (mm/jj/aaaa) (s'il y a lieu)
Date du divorce (mm/jj/aaaa) (s'il y a lieu)

Nom de la personne membre (nom, prénom)		Numéro d'employée ou d'employé			
<b>ÉTAPE 2 — ÉVÉNEMENT DE LA VIE</b>					
Type d'événement de la vie (Reportez-vous à la section « Changement de situation » de la brochure <i>Avantages sociaux pour membres actifs</i> .)					
<input type="checkbox"/> Mariage <input type="checkbox"/> Conjointe ou conjoint de fait <input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Naissance ou adoption <input type="checkbox"/> Perte ou gain de couverture					
Date de l'événement admissible (mm/jj/aaaa)					
<b>ÉTAPE 3 — DÉCLARATION DES PERSONNES À CHARGE</b>					
Vous devez déclarer tout conjoint ou conjointe et les enfants admissibles ci-dessous. S'il y a plus de cinq personnes à charge, veuillez joindre une feuille séparée contenant les renseignements requis.					
Nom et prénom de la personne à charge	Sexe	Date de naissance (mm/jj/aaaa)	Relation	Cochez la réponse applicable si l'enfant a 18 ans ou plus	Cochez la case ci-dessous si la personne à charge est couverte par un autre régime privé
			<input type="checkbox"/> Conjointe ou conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Aux études <input type="checkbox"/> Personne handicapée	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Conjointe ou conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Aux études <input type="checkbox"/> Personne handicapée	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Conjointe ou conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Aux études <input type="checkbox"/> Personne handicapée	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Conjointe ou conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Aux études <input type="checkbox"/> Personne handicapée	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/> Conjointe ou conjoint <input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Aux études <input type="checkbox"/> Personne handicapée	<input type="checkbox"/>
<b>ÉTAPE 4 — DÉCLARATION RELATIVE À L'USAGE OU AU NON-USAGE DU TABAC</b>					
Veuillez préciser, en cochant la case prévue à cet effet :				MEMBRE	CONJOINTE/CONJOINT
J'atteste que <b>j'ai consommé</b> ou que ma conjointe ou mon conjoint a <b>consommé</b> des produits du tabac au cours de la période de 12 mois précédant immédiatement la date inscrite à l'étape 6.					
J'atteste que moi-même ou ma conjointe ou mon conjoint <b>n'avons pas consommé</b> de produits du tabac au cours de la période de 12 mois précédant immédiatement la date inscrite à l'étape 6.					

Initiales de la personne membres : \_\_\_\_\_

Nom de la personne membre (nom, prénom)		Numéro d'employée ou d'employé	
<b>ÉTAPE 5 — CHOIX DE COUVERTURE FACULTATIVE</b>			
Je choisis d'adhérer aux protections facultatives suivantes du régime d'assurance collective :			
Assurance vie facultative — membre <sup>1,2</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Unités de 10 000 \$, jusqu'à concurrence de 500 000 \$ Nombre d'unités : _____ \$	Je : <input type="checkbox"/> ne fume pas. <input type="checkbox"/> fume.
Assurance vie facultative — épouse/époux ou conjointe/conjointe de fait <sup>1,2</sup>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 150 000 \$ Nombre d'unités : _____ \$	Mon épouse ou époux ou ma conjointe ou mon conjoint : <input type="checkbox"/> ne fume pas. <input type="checkbox"/> fume.
Assurance décès ou mutilation accidentels (DMA) facultative	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Unités de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 250 000 \$ Nombre d'unités : _____ \$	
Remarque			
<p>1. S'il s'agit d'une demande d'assurance vie facultative ou d'augmentation de la protection de celle-ci pour le ou la membre, son épouse ou son époux ou sa conjointe ou son conjoint de fait présentée après la période de 60 jours suivant l'inscription initiale, un formulaire de preuve d'assurabilité devra être rempli et soumis à l'approbation de l'assureur. Pour obtenir ce formulaire, communiquez avec le Centre d'avantages sociaux.</p> <p>2. Si l'assurance vie facultative est demandée dans les 60 jours suivant l'inscription initiale, le régime prévoit une protection maximale sans preuve d'assurabilité de 100 000 \$ pour le ou la membre et son épouse ou son époux ou sa conjointe ou son conjoint de fait.</p>			
<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 d'avantages sociaux, sous réserve des dispositions de toute loi ou tout règlement en vigueur. J'atteste que les renseignements fournis sur 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.