

1 Important – À lire attentivement

Ne remplissez ce formulaire que si vous êtes un étudiant ou un travailleur couvert par un régime parrainé par l'État. Autrement dit, l'État paie vos études et vos frais de subsistance et a souscrit un contrat d'assurance soins de santé à votre égard pour la période où vous fréquentez effectivement un établissement d'enseignement. Si vous détenez une assurance payée par l'État de votre pays d'origine, vous ne pouvez pas demander une exemption.

Vous devez également présenter :

- Votre certificat d'assurance affichant le nom au complet du titulaire du contrat et la date d'admissibilité.
- Tous** les renseignements pertinents sur le contrat, y compris les restrictions et les exclusions.

Si vous avez un **statut diplomatique** ou êtes couvert par l'un des **régimes préapprouvés** figurant à l'adresse www.uhip.ca, veuillez vous rendre au bureau international ou au bureau des ressources humaines de votre université et fournir une preuve de votre statut et de votre couverture médicale.

Si aucune de ces situations ne s'applique à vous, vous n'êtes PAS admissible à une exemption et devez rester inscrit au RAMU.

Ce qu'il faut savoir avant de demander une exemption :

- Vous devez présenter votre demande dans les 45 jours suivant celui où vous devenez admissible au RAMU.
- Tous les renseignements que Cowan Insurance Ltd demande doivent être fournis en français ou en anglais **seulement**.
- Le fait de présenter une demande ne garantit pas une exemption de participation au RAMU.
- En attendant la décision de Cowan Insurance Ltd, vous devez rester inscrit au RAMU et payer les primes requises.
- Toutes les décisions prises à l'égard des demandes d'exemption ne sont valides que pour l'année scolaire en question.
- Si Cowan Insurance Ltd approuve votre demande d'exemption, votre université pourrait vous accorder un remboursement.

2 Renseignements sur le participant (à remplir par le participant)

Nom de l'université		Numéro de contrat 150150	Numéro de certificat ou d'identification de l'Université (si vous le connaissez)
Nom du promoteur de régime (titulaire de contrat)		Nom complet de la compagnie d'assurance et numéro de contrat (s'il y a lieu)	
Nom de famille du participant		Prénom du participant	Date de naissance (jj-mm-aaaa) - -
Nom de famille de la personne à charge (joindre des feuilles supplémentaires au besoin)		Prénom de la personne à charge	Date de naissance (jj-mm-aaaa) - -

En fournissant mon adresse courriel, j'autorise Cowan et Manuvie à communiquer avec moi au sujet de mon dossier par courriel. Je reconnais que tout courriel échangé peut contenir des renseignements personnels à mon sujet, notamment des renseignements à caractère médical, professionnel et financier. Cowan et Manuvie ne peuvent pas garantir l'intégrité et la sécurité des renseignements transmis par courriel. Je reconnais également que Cowan et Manuvie ne pourront être tenues responsables des pertes ou des dommages que je pourrais subir si je communique ou échange des renseignements confidentiels ou d'autres renseignements personnels par courriel avec Cowan et Manuvie.

Adresse courriel de l'université (courriel personnel non accepté)			
Numéro de téléphone du participant - -		Période de rattachement à l'université Du (date) (jj-mm-aaaa)	Au (jj-mm-aaaa) - -

Autorisation et signature de l'assuré principal

Si ma demande d'exemption est acceptée, je comprends que mes personnes à charge (si indiquées ci-dessus) et moi-même ne pourrions bénéficier d'une assurance dans le cadre du RAMU et ne pourrions pas présenter de demande de règlement auprès de l'université susmentionnée, de Manuvie ou du Groupe Assurance Cowan.

J'atteste que les renseignements que j'ai indiqués ci-dessus sont exacts et complets. J'autorise Manulife ou Cowan Insurance Ltd, compagnie d'assurance-vie, ses mandataires et ses fournisseurs de services à recueillir et à utiliser les renseignements nécessaires à la tarification, à la gestion administrative et à l'évaluation des demandes de règlement se rapportant au régime, et à les communiquer à toute personne ou tout organisme qui possède des renseignements pertinents relativement à la présente demande, y compris les professionnels de la santé, les établissements médicaux, les agences d'enquête, les assureurs et les réassureurs.

Je conviens que toute photocopie ou version électronique de la présente autorisation a la même valeur que l'original.

Signature du participant X	Date (jj-mm-aaaa) - -
--------------------------------------	--------------------------

Protection des renseignements personnels

Nous sommes conscients de l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Nous conservons les renseignements que vous nous faites parvenir dans un dossier d'assurance vie et maladie collective. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- nos employés et représentants de service dans le cadre de leurs fonctions;
- les personnes que vous avez autorisées;
- les personnes autorisées par la loi.

Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier et, au besoin, de faire corriger tout renseignement inexact.

Il est entendu que je peux obtenir de l'information plus détaillée sur la politique de Manuvie et de Cowan en matière de protection des renseignements personnels et me renseigner sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation et la divulgation des renseignements personnels en consultant la page www.manuvie.ca/participant ou www.cowangroup.ca/fr/confidentialite/.

Directives sur l'expédition – Veuillez conserver une copie du présent formulaire pour vos dossiers.

Veuillez faire parvenir le formulaire dûment rempli et les documents justificatifs à :

Télé. : 613 741-7771

Courriel : UHIP.admin@cowangroup.ca

OU

Adresse postale :

Cowan Insurance Ltd.
700-1420 Blair Place
Ottawa (Ontario) K1J 9L8

Télé. : 1 833 377-UHIP (1 833 377-8447)

Pour l'usage de l'administration seulement	Date de réception (jj-mm-aaaa) – –
--	---------------------------------------