

DEMANDE D'ASSURANCE-MALADIE POUR LES ÉTUDIANTS ÉTRANGERS AU MANITOBA  
LA GREAT-WEST – POLICE N° 42074

**2005-2006**

À usage interne seulement

Facture n°

Division n°

Étudiant Prénom (qui figurera sur la carte d'identification) \_\_\_\_\_  
Second prénom (qui figurera sur la carte d'identification) \_\_\_\_\_  
Nom (qui figurera sur la carte d'identification) \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_  Homme  Femme  
jour / mois / année

Avez-vous déjà été couvert aux termes du présent régime?

Non  Oui Le cas échéant, indiquez votre numéro d'identification : \_\_\_\_\_

Ne rien inscrire dans cet espace  
si un numéro d'identification  
attribué est requis.

Êtes-vous actuellement, vous-même ou votre conjoint, admissible au Régime d'assurance-maladie du Manitoba?

Non  Oui Le cas échéant, vous n'êtes pas admissible à la protection offerte aux termes du présent régime. Veuillez présenter une demande de protection à la fin de votre couverture aux termes du Régime d'assurance-maladie du Manitoba.

Êtes-vous admissible à une autre assurance-maladie?

Non  Oui Le cas échéant, indiquez le nom du régime : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ (Manitoba) Code postal : \_\_\_\_\_ Pays d'origine : \_\_\_\_\_

Nom de l'université / du collège / de l'école : \_\_\_\_\_

Date de l'arrivée au Canada : \_\_\_\_\_

Date du début du programme d'éducation : \_\_\_\_\_

Date du début de la protection requise : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_  
jour / mois / année jour / mois / année

Protection requise :

Individuelle  Familiale\* (fournir les renseignements sur les personnes à charge ci-dessous) Prime payable : \_\_\_\_\_ \$

\* Si vous avez un conjoint ou des enfants admissibles **qui habitent avec vous au Manitoba**, vous devez demander la protection familiale immédiatement. De plus, en cas d'arrivée d'un conjoint ou d'enfants admissibles pendant que vous êtes couvert aux termes du présent régime, vous devrez demander la protection familiale dans les 30 jours qui suivront.

**Renseignements sur les personnes à charge**

Date de l'arrivée

Nom

Date de naissance  
(jour / mois / année)

Lien (prière d'encrer le choix approprié) :

au Canada  
(jour / mois / année)

1) Conjoint : en droit ou de fait / fils / fille  
Conjoint de fait : inscrire la date de la cohabitation : \_\_\_\_\_

2) Conjoint : en droit ou de fait / fils / fille  
Conjoint de fait : inscrire la date de la cohabitation : \_\_\_\_\_

3) Conjoint : en droit ou de fait / fils / fille  
Conjoint de fait : inscrire la date de la cohabitation : \_\_\_\_\_

**Protection de vos renseignements personnels**

À La Great-West, compagnie d'assurance-vie (« la Great-West »), nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Nous nous servons de ces renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime.

**Autorisations et déclarations**

Par les présentes, je demande la protection offerte aux termes du régime établi par la Great-West. J'autorise la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, l'administrateur de mon régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements nécessaires, au besoin, pour déterminer mon admissibilité à la protection et pour administrer le régime.

Si je demande la protection pour mon conjoint ou les personnes à ma charge, je confirme que je suis autorisé à agir en leur nom. Je confirme qu'une photocopie ou une copie sous forme électronique de la présente section Autorisations et déclarations est aussi valide que l'original. J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature de l'étudiant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

(jour / mois / année)