

Veuillez remplir le présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. Le gestionnaire de régime doit conserver une copie du formulaire dûment rempli pour ses dossiers et faire parvenir l'**original** à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Dans le cas d'un régime autogéré ou bien d'un client qui a accès à GroupNet et qui effectue sa propre tenue de dossiers des participants, le gestionnaire de régime doit annexer le présent formulaire à la demande d'adhésion du participant de régime.

<p><b>1. Renseignements généraux sur l'adhésion</b></p>	<p>Numéro de régime : _____ Numéro de division : _____ Numéro d'identification du participant de régime : _____</p> <p>Répondant de régime : _____</p> <p>Nom du participant de régime : _____</p> <p style="text-align: center;">Nom de famille    Prénom    Initiale du second prénom</p>												
<p><b>2. Désignation de bénéficiaire irrévocable</b></p> <p>Si vous désirez faire une désignation de bénéficiaire irrévocable, veuillez remplir cette section.</p> <p>L'original du présent formulaire est exigé dans le cas d'une demande de règlement aux termes de l'assurance-vie.</p> <p>Vous devez apposer vos initiales à côté de toute désignation de bénéficiaire rayée.</p> <p>Veuillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.</p>	<p><b>Par les présentes, j'effectue la désignation de bénéficiaire irrévocable suivante.</b> Je comprends que je ne pourrai pas modifier la désignation de bénéficiaire ni apporter certains changements à ma protection aux termes du régime sans le consentement écrit du ou des bénéficiaires irrévocables.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Nom du ou des bénéficiaires</th> <th style="text-align: center;">Part en pourcentage</th> <th style="text-align: center;">Lien avec participant de régime</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nom de famille                          Prénom                          Initiale du second prénom</td> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td>Nom de famille                          Prénom                          Initiale du second prénom</td> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> <tr> <td>Nom de famille                          Prénom                          Initiale du second prénom</td> <td style="border: none;">_____</td> <td style="border: none;">_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Les sommes dues doivent être divisées comme suit : <input type="checkbox"/> Selon les pourcentages indiqués ci-dessus, ou <input type="checkbox"/> En parts égales entre les survivants</p> <p><b>Participants de régime du Québec seulement</b> – Les prestations du régime payables à un bénéficiaire qui est mineur ou qui n'a pas la capacité juridique nécessaire au moment où le paiement doit être effectué seront versées à son ou à ses tuteurs ou curateurs, à moins qu'une fiducie valide n'ait été établie pour le compte du bénéficiaire mineur, par testament ou par contrat distinct, afin de recevoir les prestations et que la Canada Vie n'en ait été informée. Si une fiducie valide a déjà été établie, désignez la fiducie à titre de bénéficiaire dans la présente section. <b>Il est recommandé de consulter un conseiller juridique avant de désigner une fiducie à titre de bénéficiaire.</b></p> <p><b>Tous les autres participants de régime</b> – Si la personne désignée à titre de bénéficiaire est mineure ou n'a pas la capacité juridique nécessaire, vous pouvez nommer un fiduciaire ou un administrateur en remplissant le formulaire M6242 BIL. Cette nomination pourrait ne pas convenir à toutes les situations. <b>Il est recommandé de consulter un conseiller juridique avant de désigner une fiducie à titre de bénéficiaire.</b></p>	Nom du ou des bénéficiaires	Part en pourcentage	Lien avec participant de régime	Nom de famille                          Prénom                          Initiale du second prénom	_____	_____	Nom de famille                          Prénom                          Initiale du second prénom	_____	_____	Nom de famille                          Prénom                          Initiale du second prénom	_____	_____
Nom du ou des bénéficiaires	Part en pourcentage	Lien avec participant de régime											
Nom de famille                          Prénom                          Initiale du second prénom	_____	_____											
Nom de famille                          Prénom                          Initiale du second prénom	_____	_____											
Nom de famille                          Prénom                          Initiale du second prénom	_____	_____											
<p><b>3. Confidentialité</b></p> <p>La présente section explique l'engagement de la Canada Vie en matière de confidentialité.</p>	<p>À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie), nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection de la vie privée.</p> <p><b>Vos renseignements personnels :</b></p> <p>Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels, comme votre nom, vos coordonnées, ainsi que les produits et la protection que vous détenez auprès de nous. Selon les produits ou les services que vous demandez et obtenez, votre demande pourrait également comprendre des renseignements de nature médicale ou financière. Vos renseignements sont conservés dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels contenus dans votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada Vie.</p> <p><b>Qui a accès à vos renseignements?</b></p> <p>Nous limitons l'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches de même qu'aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès. Pour nous aider à répondre aux fins précisées ci-dessous, il se peut que nous fassions appel à des fournisseurs de service situés au Canada ou à l'étranger. Vos renseignements personnels pourraient également être divulgués à des autorités publiques ou à d'autres personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.</p> <p><b>Vos renseignements sont utilisés aux fins suivantes :</b></p> <p>Nous recueillons vos renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité aux produits, aux services ou à la protection demandés, pour fournir et administrer les produits ou la protection détenus auprès de nous, et en assurer le service, et pour permettre à la Canada Vie et à ses sociétés affiliées de gérer les données internes et d'en effectuer l'analyse. Nous nous en servons notamment pour mener des enquêtes et évaluer les demandes de règlement et verser des prestations, ainsi que pour créer et tenir à jour les dossiers sur notre relation d'affaires. Le consentement donné dans le présent formulaire demeurera en vigueur jusqu'à ce que nous recevions un avis indiquant que vous avez retiré ce consentement, sous réserve des restrictions juridiques et contractuelles pouvant s'appliquer. Par exemple, si vous retirez votre consentement, il se peut que nous ne puissions pas continuer à évaluer ou à administrer une demande de prestations.</p> <p><b>Si vous voulez en savoir plus :</b></p> <p>Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez le <a href="http://www.canadavie.com">www.canadavie.com</a>.</p>												
<p><b>4. Autorisations et déclarations</b></p> <p>La présente section doit être signée et datée, à l'ENCRE, par le participant de régime.</p>	<p>J'ai lu et compris la section intitulée « Confidentialité » du présent formulaire, et j'en accepte le contenu.</p> <p>J'autorise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>la Canada Vie, tout prestataires de soins de santé, le gestionnaire de régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout prestataires de services travaillant avec la Canada Vie ou avec ceux précités à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime.</li> </ul> <p>Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section <u>Autorisations et déclarations</u> est aussi valide que l'original.</p> <p>J'atteste que les renseignements donnés sont, à ma connaissance, véridiques, corrects et complets.</p> <p><b>Signature du participant de régime :</b> _____ <b>Date :</b> _____</p>												