

Veillez remplir les deux côtés du présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. La section 1 doit être remplie par le gestionnaire de régime et les sections 2 à 7, par le participant de régime.

1. Section réservée au répondant de régime

La présente section doit être remplie par le gestionnaire de régime.

Veillez noter que la période d'attente de la police sera appliquée à la date d'embauche admissible.

Numéro de régime : _____ Numéro de division : _____ Classe de garantie : _____
Répondant de régime : _____
Numéro d'identification du participant de régime : _____ Centre de coûts (le cas échéant) : _____
Date d'embauche admissible : Jour _____ Mois _____ Année _____
Date d'effet de la protection : Jour _____ Mois _____ Année _____
Profession : _____ Rémunération : _____ \$ par année mois semaine heure
Province de résidence du participant de régime : _____ Province de travail du participant de régime : _____

2. Renseignements sur le participant de régime

La présente section doit être remplie par le participant de régime.

Veillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.

Nom du participant de régime (en caractères d'imprimerie) : _____
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale du second prénom _____
Genre : Masculin Féminin Non spécifié Autre Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____
Adresse postale du participant de régime : _____
Numéro et rue : _____
Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____
Avez-vous un conjoint (époux, conjoint de fait ou conjoint en union civile)? Oui Non
Avez-vous des enfants à votre charge (y compris des étudiants à temps plein et des adultes invalides)? Oui Non
Combien de personnes à charge avez-vous, conjoint y compris? _____

3. Renonciation aux garanties

La présente section doit être remplie par le participant de régime.

Vous devez apposer vos initiales à côté des ratures et des corrections effectuées dans cette section.

À noter : Vous pouvez renoncer aux garanties de soins médicaux et de soins dentaires seulement si vous ou vos personnes à charge êtes couverts par des garanties similaires aux termes d'un régime collectif offert par l'employeur de votre conjoint.

J'ai pris connaissance des garanties qui me sont offertes aux termes du régime collectif, mais **je renonce** à la ou aux garanties suivantes :

Garantie Soins médicaux supplémentaires pour
 moi-même et mes personnes à charge mes personnes à charge seulement

Garantie Soins dentaires pour
 moi-même et mes personnes à charge mes personnes à charge seulement

Nom de l'assureur du conjoint : _____ Numéro du régime : _____

Si vous perdez la protection offerte par le régime de votre conjoint, vous devez soumettre une demande de protection dans les 31 jours suivant la perte de la protection. Passé ce délai, vous et vos personnes à charge pourriez devoir fournir une preuve d'assurabilité jugée acceptable par la Great-West pour être couverts. Si votre demande est approuvée, certaines restrictions pourraient s'appliquer aux soins dentaires.

Veillez communiquer avec votre gestionnaire de régime pour plus de précisions à ce sujet.

4. Désignation de bénéficiaire

La présente section doit être remplie pour désigner un bénéficiaire à l'égard de votre assurance-vie, le cas échéant.

L'original du formulaire est exigé dans le cas d'une demande de règlement aux termes de l'assurance-vie. Vous devez apposer vos initiales à côté de toute désignation de bénéficiaire rayée. Veillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.

| Nom du ou des bénéficiaires | Part en pourcentage | Date de naissance jour/mois/année | Lien avec le 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 _____ | _____ | _____ | _____ |

Les sommes dues doivent être divisées comme suit : Selon les pourcentages indiqués ci-dessus, ou
 En parts égales entre les survivants

Vous pouvez modifier la présente désignation de bénéficiaire en tout temps en avisant la Great-West. Si vous désirez effectuer une désignation de bénéficiaire irrévocable (ce qui signifie que vous ne pourrez pas modifier la désignation ni apporter certains changements à votre protection aux termes du régime sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable), veuillez remplir le formulaire M6348 BIL.

À noter : Là où la loi du Québec s'applique, la désignation du conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, à moins que vous ne cochiez la case « Révocable » ci-dessous.

Par les présentes, je demande que ma désignation de bénéficiaire soit :

Révocable – Je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

Participants de régime du Québec seulement – 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 Great-West n'en ait été informée. Si une fiducie valide a déjà été établie, désignez la fiducie à titre de bénéficiaire dans la présente section.

Il est recommandé de consulter un conseiller juridique avant de désigner une fiducie à titre de bénéficiaire.

Tous les autres participants de régime – 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. Il est recommandé de consulter un conseiller juridique avant de désigner une fiducie à titre de bénéficiaire.

À remplir par le gestionnaire de régime

Numéro de régime : _____ Nom du participant de régime : _____ Numéro d'identification du participant de régime : _____

5. Renseignements sur les personnes à charge

La présente section doit être remplie par le participant de régime.

Veillez remplir cette section si le régime comporte la ou les garanties de soins médicaux ou de soins dentaires et que vous n'avez pas renoncé à ces garanties à l'égard de vos personnes à charge à la section 3.

Si vous avez plus de quatre personnes à charge, veuillez annexer une liste à la présente. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.

Renseignements sur le conjoint

Ajouter Modifier Supprimer

Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

Date de naissance (Jour-Mois-Année)

Genre

Masculin Féminin
 Non spécifié Autre

Quelles sont les garanties collectives de votre conjoint au titre du régime offert par son employeur?

SOINS MÉDICAUX

SUPPLÉMENTAIRES

Indiv. Fam. Renonc. Aucune

SOINS

DENTAIRES

Indiv. Fam. Renonc. Aucune

SOINS

OCULAIRES

Indiv. Fam. Renonc. Aucune

Le cas échéant, les prestations payables aux termes de votre régime seront coordonnées avec celles versées aux termes du régime de votre conjoint.

Renseignements sur les personnes à charge

| Nom de famille | Prénom | Initiale du second prénom | Date de naissance jj/mm/aa | Genre | Étudiant à temps plein | Personne à charge invalide |
|----------------|--------|---------------------------|-------------------------------|--|--------------------------|----------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Confidentialité

La présente section explique l'engagement de la Great-West en matière de confidentialité.

Protection de vos renseignements personnels

À La Great-West, compagnie d'assurance-vie, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'adhésion, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels dans votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Great-West. La Great-West peut avoir recours à des prestataires de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels de 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. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Les renseignements personnels que nous recueillons sont utilisés pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime collectif, y compris aux fins des enquêtes sur les demandes de règlement et de l'évaluation de celles-ci, ainsi que pour la constitution et la tenue de dossiers visant notre relation d'affaires. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes en matière de protection des renseignements personnels ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Great-West ou consultez le site www.lagreatwest.com.

7. Autorisations et déclarations

La présente section doit être signée et datée, à l'ENCRE, par le participant de régime.

Par les présentes, je demande à adhérer au régime collectif établi par la Great-West.

J'ai lu et compris la section intitulée « Protection de vos renseignements personnels » du présent formulaire, et j'en accepte le contenu.

J'autorise :

- le répondeur de régime à déduire de ma rémunération et à remettre à la Great-West les cotisations salariales requises, le cas échéant, aux termes du régime;
- la Great-West à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime;
- Great-West, tout prestataire 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 prestataire de services travaillant avec la Great-West 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.

Si je demande la protection pour mon conjoint ou mes personnes à charge, je confirme que j'ai l'autorisation d'agir en leur nom.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie 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 du participant de régime : _____ Date : _____