

Veillez remplir les deux côtés du présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. Les sections 1 et 2 doivent être remplies par le gestionnaire de régime, et le participant de régime doit remplir les sections 3 à 11 s'appliquant aux modifications demandées. Le gestionnaire de régime doit conserver une copie du formulaire dûment rempli pour ses dossiers et faire parvenir l'original à La Great-West, compagnie d'assurance-vie.

**1. Renseignements généraux sur l'adhésion**

Numéro de régime : \_\_\_\_\_ Numéro de division : \_\_\_\_\_

Répondant de régime : \_\_\_\_\_

Nom du participant de régime : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

Numéro d'identification du participant de régime : \_\_\_\_\_

**2. Remise en vigueur**  
Ces renseignements seront utilisés aux fins de la réinscription du participant de régime au régime collectif.

Date de retour au travail du participant de régime : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Raison de la remise en vigueur (p. ex. : retour suivant un congé autorisé ou une mise à pied)

\_\_\_\_\_

**3. Renonciation aux garanties**

Vous devez apposer vos initiales à côté des ratures et des corrections.

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  moi-même et mes personnes à charge  mes personnes à charge seulement supplémentaires pour

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 : \_\_\_\_\_

Date d'effet de la modification : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

**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 obtenir plus de précisions à ce sujet.*

**4. Ajout de garanties collectives de soins médicaux et de soins dentaires**

Vous pouvez demander d'adhérer au régime collectif si votre conjoint n'est plus couvert par le régime collectif de son employeur.

Date d'effet de la perte de protection aux termes du régime du conjoint : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Indiquez quelles garanties ne sont plus offertes aux termes du régime du conjoint :

Garantie Soins médicaux supplémentaires  Garantie Soins dentaires

**5. Modification des renseignements sur les personnes à charge**

La présente section est à remplir si vous désirez ajouter ou supprimer une personne à charge ou mettre à jour les renseignements sur les personnes à charge.

**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.**

Date d'effet de la modification : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Changement à une :  Protection individuelle  Protection familiale

Raison :  Naissance d'un enfant  Divorce  Mariage  Cohabitation Date du mariage/de la cohabitation : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Autre (veuillez préciser)

Renseignements sur le conjoint			Quelles sont les garanties collectives de votre conjoint au titre du régime offert par son employeur?																																			
Ajouter	Modifier	Supprimer																																				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																				
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom																																						
Date de naissance (Jour-Mois-Année)																																						
Genre																																						
<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin																																						
<input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Autre																																						
			<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES</th> <th colspan="3">SOINS DENTAIRES</th> <th colspan="3">SOINS OCULAIRES</th> </tr> <tr> <td>Indiv.</td> <td>Fam.</td> <td>Renonc.</td> <td>Aucune</td> <td>Indiv.</td> <td>Fam.</td> <td>Renonc.</td> <td>Aucune</td> <td>Indiv.</td> <td>Fam.</td> <td>Renonc.</td> <td>Aucune</td> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>			SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES			SOINS DENTAIRES			SOINS OCULAIRES			Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune	Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune	Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES			SOINS DENTAIRES			SOINS OCULAIRES																																
Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune	Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune	Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune																											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																											
			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**

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

**6. Changement de nom du participant de régime**

De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

À remplir par le gestionnaire de régime

Numéro de régime : \_\_\_\_\_ Nom du participant de régime : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification du participant de régime : \_\_\_\_\_

## 7. 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. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.**

**Par les présentes, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et désigne la ou les personnes suivantes à titre de bénéficiaires :**

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 de second prénom _____	_____	_____	_____
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale de second prénom _____	_____	_____	_____
Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale de 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 pouvez 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.**

## 8. Changement de nom du bénéficiaire actuel

Veuillez remplir cette section si l'un des bénéficiaires actuels a changé légalement de nom.

De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

Lien avec le participant de régime : \_\_\_\_\_

## 9. Renonciation à toutes les garanties collectives

Vous pouvez renoncer aux garanties collectives si la participation au régime n'est pas obligatoire.

**Renonciation à toutes les garanties collectives** – Aux termes des régimes où la participation n'est pas obligatoire.

J'ai pris connaissance des garanties qui me sont offertes aux termes du régime collectif, mais **je renonce** à participer au régime. Si, à une date ultérieure, vous décidez d'adhérer au régime collectif, vous et vos personnes à charge devrez 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.

Date d'effet : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

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

## 10. 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](http://www.lagreatwest.com).

## 11. Autorisations et déclarations

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

Par les présentes, je demande la modification de ma protection aux termes du 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;
- la Great-West, 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 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 :** \_\_\_\_\_