

TRUSTEE APPOINTMENT (NOT APPLICABLE IN QUEBEC)

Please print clearly and complete this form in INK. Plan Member should return the completed form to your Plan Administrator. If you use GroupNet for Plan Admin, completed form should be maintained by the Plan Administrator.

1. General Enrollment Information

Plan number: _____

Plan sponsor: _____

Plan member name: _____
last name first name middle initial

Division number: _____ Plan member ID: _____

2. Trustee Appointment

You may wish to appoint a trustee/administrator by completing this section.

The original of this form will be required for a life claim.

Please print clearly, in INK.

If designating a beneficiary who is a minor or who lacks legal capacity you may wish to appoint a trustee/administrator by completing form #M6242 BIL. This appointment may not be suitable for all purposes. **Before designating a trust, you should seek legal advice.**

Do not complete this section if you have already, in any document, made a trustee/administrator appointment which might apply. Consult first with your legal advisor.

I hereby appoint the following trustee to receive and to hold in trust, on behalf of any beneficiary, money payable to the beneficiary under this group benefits plan where, at the time payment is to be made, the beneficiary is a minor or otherwise lacks legal capacity. Any such payment, to its extent, will release The Great-West Life Assurance Company from further liability. The trustee shall act prudently and may use the money, including any returns on it or investments made, for the education and/or maintenance of the beneficiary. The trust will terminate once the beneficiary is of the age of majority and has legal capacity. At that time, the trustee shall deliver to the beneficiary all assets held in trust.

Trustee last name first name middle initial Relationship to plan member

3. Privacy

This section explains Great-West Life's commitment to privacy.

Protecting Your Personal Information

At **The Great-West Life Assurance Company**, we recognize and respect the importance of privacy. When you apply for coverage, we establish a confidential file that contains your personal information. This file is kept in the offices of Great-West Life or the offices of an organization authorized by Great-West Life. You may exercise certain rights of access and rectification with respect to the personal information in your file by sending a request in writing to Great-West Life. Great-West Life may use service providers located within or outside Canada. We limit access to personal information in your file to Great-West Life staff or persons authorized by Great-West Life who require it to perform their duties, to persons to whom you have granted access, and to persons authorized by law. Your personal information may be subject to disclosure to those authorized under applicable law within or outside Canada. Personal information that we collect will be used for the purposes of determining your eligibility for coverage and administering the group benefits plan. This includes investigating and assessing claims, and creating and maintaining records concerning our relationship. For a copy of our Privacy Guidelines, or if you have questions about our personal information policies and practices (including with respect to service providers), write to Great-West Life's Chief Compliance Officer or refer to www.greatwestlife.com.

4. Authorizations and Declarations

This section must be signed and dated in INK by the plan member.

I have read and understand and agree with the contents of the section on this form entitled "Protecting Your Personal Information".

I authorize:

- Great-West Life, any healthcare provider, my plan administrator, other insurance or reinsurance companies, administrators of government benefits or other benefits programs, other organizations, or service providers working with Great-West Life or the above to exchange personal information, when relevant and necessary to determine my eligibility for coverage and to administer the plan.

I agree that a photocopy or electronic copy of the Authorizations and Declarations section is as valid as the original.

I certify that the information given is true, correct and complete to the best of my knowledge.

Plan member signature: _____ **Date:** _____

Veillez remplir le présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. Le participant de régime doit retourner le formulaire dûment rempli à votre gestionnaire de régime. Si vous utilisez GroupNet pour l'administration de régimes, le formulaire dûment rempli doit être mis à jour par le gestionnaire de régime.

1. Renseignements généraux sur l'adhésion

Numéro de régime : _____

Répondant de régime : _____

Nom du participant de régime : _____
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

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

2. Nomination de fiduciaire

Si vous souhaitez nommer un fiduciaire ou un administrateur, veuillez remplir cette section.

L'original du formulaire est exigé dans le cas d'une demande de règlement aux termes de l'assurance-vie.

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

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.**

Veillez ne pas remplir la présente section si vous avez déjà fait, dans un autre document, une nomination de fiduciaire ou d'administrateur pouvant s'appliquer. Nous vous recommandons de consulter d'abord votre conseiller juridique.

Par les présentes, je désigne le fiduciaire suivant qui sera chargé de recevoir et de détenir en fiducie pour le compte du bénéficiaire, toutes les sommes payables au bénéficiaire aux termes du régime collectif si, au moment où le paiement doit être effectué, le bénéficiaire est mineur ou n'a pas la capacité juridique nécessaire. Tout versement fait au fiduciaire libérera La Great-West, compagnie d'assurance-vie de ses engagements jusqu'à concurrence du montant versé. Le fiduciaire doit agir prudemment et affecter les fonds, y compris les revenus de ces fonds ou de placements, aux études et à la subsistance du bénéficiaire. La fiducie prendra fin lorsque le bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité et qu'il aura la capacité juridique nécessaire. Le fiduciaire devra alors verser au bénéficiaire la totalité des actifs détenus en fiducie.

Nom de famille du fiduciaire Prénom Initiale du second prénom Lien avec le participant de régime

3. 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 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 fournisseurs de services situés Canada ou de 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 peuvent 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 notre relation d'affaires. 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 vérification de la conformité de la Great-West ou consultez le site www.lagreatwest.com.

4. Autorisations et déclarations

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

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

J'autorise :

- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur 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.

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 : _____