

Veillez remplir le présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. Dans le cas d'un client ayant accès à GroupNet et qui effectue sa propre tenue de dossiers des participants, le gestionnaire de régime doit annexer l'original du présent formulaire à la demande d'adhésion du participant de régime.

1. Renseignements généraux sur l'adhésion

Numéro de régime : 168074
 Répondant de régime : Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador
 Nom du participant de régime : _____
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom
 Sexe : Masculin Féminin Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____
 Numéro du certificat : _____ Numéro d'identification du participant de régime : _____

2. Désignation de bénéficiaire pour l'assurance-vie de base / l'assurance MMA (168074) et pour l'assurance-vie facultative / l'assurance MMA facultative (168076)

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

La présente section doit être remplie afin de désigner un bénéficiaire au titre de votre assurance-vie et de votre assurance MMA, le cas échéant.

Si vous souhaitez désigner un autre bénéficiaire pour votre assurance-vie facultative ou pour votre assurance MMA facultative, veuillez remplir un autre formulaire de désignation de bénéficiaire (M6463(f)) et le joindre à votre Demande d'adhésion.

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.

Nomination de fiduciaire

Si vous souhaitez nommer un fiduciaire ou un administrateur, veuillez remplir la présente 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.

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 :			% attribué :	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	_____	_____

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 soit :

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

Participants de régime du Québec seulement – Les prestations payables aux termes du régime 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'ait été informée de la fiducie. 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.**

VEUILLEZ NE PAS REMPLIR LA PRÉSENTE SECTION SI VOUS ÊTES UN RÉSIDANT DU QUÉBEC

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 la présente section. Cette nomination pourrait ne pas convenir dans toutes les situations.

Si vous nommez un fiduciaire ou un administrateur, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et d'en discuter avec le fiduciaire ou l'administrateur que vous envisagez de désigner.

Veillez ne pas remplir la présente section si vous avez déjà désigné un fiduciaire ou un administrateur.

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 qui sont 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. Désignation de bénéficiaire pour l'assurance-vie de base / l'assurance MMA (168074) et pour l'assurance-vie facultative / l'assurance MMA facultative (168076).

Si vous désirez nommer un bénéficiaire subsidiaire, au cas où il n'y aurait aucun bénéficiaire survivant au moment de votre décès, veuillez remplir la présente section.

S'il n'y a aucun bénéficiaire survivant au moment de mon décès, je déclare que les bénéficiaires subsidiaires suivants devront recevoir paiement des sommes dues. S'il n'y a pas de bénéficiaire subsidiaire survivant à mon décès, les sommes dues reviendront à ma succession.

Bénéficiaire subsidiaire :

% attribué : 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

Au Québec, si vous nommez votre conjoint légitime (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) comme bénéficiaire, cette désignation de bénéficiaire est irrévocable, à moins que vous ne cochiez la case « bénéficiaire révocable ».

Bénéficiaire révocable

4. 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.

5. Autorisations et déclarations

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

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

J'autorise :

- la 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.

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, exacts et complets.

Signature du participant de régime : _____ Date : _____