

Veillez remplir le présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'encre. La section 1 doit être remplie par le gestionnaire du régime, et les sections 2 à 6, par le participant.

<p><b>1. Section réservée au répondant du régime</b> La présente section doit être remplie par le gestionnaire de régime.</p>	<p>Numéro de régime : _____ Numéro de division : _____ Classe de garantie : _____</p> <p>Répondant de régime : _____</p> <p>Numéro d'identification du participant de régime : _____ Centre de coûts (le cas échéant) : _____</p> <p>Date d'effet de la protection : Jour _____ Mois _____ Année _____</p> <p>Province de résidence du participant de régime : _____ Province de travail du participant de régime : _____</p>												
<p><b>2. Renseignements sur le participant de régime</b> La présente section doit être remplie par le participant de régime. <b>Veillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.</b></p>	<p>Nom du participant de régime (en caractères d'imprimerie) : _____ Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale du second prénom _____</p> <p>Genre : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Autre Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____</p> <p>Adresse postale du participant de régime : _____</p> <p>Numéro et rue : _____</p> <p>Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____</p>												
<p><b>3. Montant de la garantie MMA</b> La présente section est à remplir par le participant.</p>	<p><b>Montant de la protection choisi</b></p> <p>Montant actuel de l'assurance MMA facultative : _____ \$ (S'il n'y a pas de protection actuellement, veuillez inscrire « 0 ».)</p> <p>Montant total de l'assurance MMA facultative faisant l'objet de la proposition : _____ \$ (Le montant actuel plus le capital additionnel demandé.)</p> <p><input type="checkbox"/> Protection de l'employé seulement <input type="checkbox"/> Protection de l'employé et des personnes à charge</p>												
<p><b>4. Désignation de bénéficiaire</b> La présente section doit être remplie pour désigner un bénéficiaire à l'égard de votre assurance-vie, le cas échéant. <b>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.</b></p>													
<p><b>Par les présentes, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et désigne la ou les personnes suivantes à titre de bénéficiaires :</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;">Nom du ou des bénéficiaires</th> <th style="width: 10%;">Part en pourcentage</th> <th style="width: 20%;">Lien avec le participant de régime</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale du second prénom _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale du second prénom _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Nom de famille _____ Prénom _____ Initiale du second prénom _____</td> <td>_____</td> <td>_____</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>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.</p> <p><b>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.</b></p> <p><b>Par les présentes, je demande que ma désignation de bénéficiaire soit :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Révocable – Je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.</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 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.</p> <p><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 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 _____	_____	_____
Nom du ou des bénéficiaires	Part en pourcentage	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 _____	_____	_____											
<p><b>5. Confidentialité</b> La présente section explique l'engagement de la Great-West en matière de confidentialité.</p>	<p><b>Protection de vos renseignements personnels</b></p> <p>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 <a href="http://www.lagreatwest.com">www.lagreatwest.com</a>.</p>												
<p><b>6. Autorisations et déclarations</b> La présente section doit être signée et datée, à l'encre, par le participant.</p>	<p>Par les présentes, je demande à adhérer au régime collectif établi par la Great-West.</p> <p>J'ai lu et compris la section intitulée « Protection de vos renseignements personnels » du présent formulaire, et j'en accepte le contenu.</p> <p>J'autorise :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>le répondant 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;</li> <li>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;</li> <li>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.</li> </ul> <p>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 <b>Autorisations et déclarations</b> 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>												