

Veuillez 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 10, par le participant de régime.

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

Numéro de régime : 168000

Répondant de régime : Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador

Numéro d'identification du participant : (inscrit sur la carte médicaments) _____

Numéro d'identification de l'employé : (attribué par l'employeur) _____

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.
 Veuillez 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.

Individuelle Familiale Renonciation

À noter : Vous pouvez renoncer à la garantie Soins médicaux supplémentaires seulement si votre conjoint est également un employé/retraité du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador et qu'il a souscrit la protection familiale au titre de la garantie Soins médicaux supplémentaires.

Nom de l'employeur du conjoint: _____ Numéro de membre du conjoint: _____

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.

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

4. Renseignements sur les personnes à charge
 La présente section doit être remplie par le participant de régime. Veuillez 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		Initiale du second prénom	Date de naissance	Genre	
Nom de famille	Prénom		jj-mm-yy	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Non spécifié
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre

Quelles sont les garanties collectives de votre conjoint au titre du régime offert par son employeur?	SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES				SOINS DENTAIRES				SOINS OCULAIRES			
	Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune	Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune	Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune
<i>Le cas échéant, les prestations payables aux termes de votre régime seront coordonnées avec celles versées aux termes du régime de votre conjoint.</i>	<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"/>

Renseignements sur les personnes à charge		Initiale du second prénom	Date de naissance	Genre		Étudiant à temps plein	Déficience fonctionnelle
Nom de famille	Prénom		jj-mm-yy	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Non spécifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajouter Modifier Supprimer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajouter Modifier Supprimer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Non spécifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajouter Modifier Supprimer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajouter Modifier Supprimer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Non spécifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ajouter Modifier Supprimer <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Garanties facultatives

Cette section doit être remplie par le participant de régime.

Si vous souhaitez souscrire des garanties facultatives offertes aux termes du régime d'avantages sociaux du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, veuillez indiquer vos choix ci-dessous. Si vous ne désirez pas souscrire de garanties facultatives, veuillez l'indiquer aux endroits prévus à cette fin. **Si vous n'indiquez aucun choix, il sera présumé que vous refusez toutes les garanties facultatives indiquées ci-dessous.**

Si une preuve d'assurabilité est exigée, veuillez remplir le formulaire M5995(GNLSA)(f) (Preuve d'assurabilité – Description de la protection et Questionnaire relatif aux renseignements médicaux et aux habitudes de vie).

Assurance-vie facultative du salarié (police n° 168002)

*** Pour un participant qui est couvert à titre de salarié et à titre de conjoint aux termes de la police du GTNL, le montant maximal combiné de l'assurance-vie facultative du l'employé et l'assurance-vie facultative du conjoint qu'il peut demander s'élève à 300 000 \$.**

Je choisis la protection d'assurance-vie facultative du salarié de 100 000 \$ ou moins et j'ai rempli la Déclaration de bonne santé ou le formulaire M5995(GNLSA)(f).

Montant : _____

Je choisis une protection d'assurance-vie facultative de l'employé de plus de 100 000 \$ et j'ai rempli le formulaire M5995(GNLSA)(f).

Montant actuel : _____ Nouveau montant : _____ (peut être souscrite par tranches de 10 000 \$)

Montant total : _____ (maximum de 300 000 \$)

Je refuse la protection

Assurance-vie facultative du conjoint (police n° 168002)

*** Pour un participant qui est couvert à titre d'employé et à titre de conjoint aux termes de la police du GTNL, le montant maximal combiné de l'assurance-vie facultative d'employé et l'assurance-vie facultative du conjoint qu'il peut demander s'élève à 300 000 \$..**

Je choisis la protection d'assurance-vie facultative du conjoint de 100 000 \$ ou moins et j'ai rempli la Déclaration de bonne santé ou le formulaire M5995(GNLSA)(f)

Montant : _____

Je choisis une protection d'assurance-vie facultative du conjoint de plus de 100 000 \$ et j'ai rempli le formulaire M5995(GNLSA)(f).

Montant actuel : _____ Nouveau montant : _____ (peut être souscrite par tranches de 10 000 \$)

Montant total : _____ (maximum de 300 000 \$)

Je refuse la protection

Assurance Mort ou mutilation accidentelles (MMA) facultative (police n° 168002)

Je souhaite souscrire une assurance MMA facultative (aucune preuve médicale n'est requise)

Salarié Montant total : _____ (peut être souscrite par tranches de 10 000 \$ jusqu'à concurrence de 300 000 \$) – doit correspondre au montant actuel plus le nouveau montant choisi

Famille

Je refuse la protection

Assurance facultative contre les maladies graves (police n° 168002)

Je choisis la protection et j'ai rempli le formulaire M5995(GNLSA)(f):

Salarié 25 000 \$ Conjoint 10 000 \$ Enfant 5 000 \$ (aucune preuve médicale d'assurabilité n'est requise pour les enfants de moins de 16 ans)

Je refuse la protection

Assurance ILD facultative (police n° 168001)

*** L'assurance invalidité de longue durée est offerte aux employés qui sont âgés de moins de 65 ans et qui participent au régime de retraite de la fonction publique, au régime de retraite du personnel en uniforme ou au régime de retraite des membres de la Chambre d'Assemblée.**

Je choisis la protection. Veuillez informer le gestionnaire de régime de tout rachat ou transfert de services validables puisque cela pourrait avoir une incidence sur vos primes. Veuillez remplir le formulaire M5995(GNLSA)(f) si vous souscrivez l'assurance ILD facultative plus de 31 jours après la date d'embauche admissible.

Je refuse la protection

Garantie Soins dentaires facultative (police no 168000)

Je choisis la protection. Individuelle Famille Si vous souscrivez la garantie Soins dentaires facultative plus de 31 jours après la date d'embauche admissible, la protection sera limitée à 100 \$ dans les 12 premiers mois..

Je refuse la protection

SUITE À LA PAGE 3

6. Désignation de bénéficiaire pour l'assurance-vie de base / l'assurance MMA (168000) et pour l'assurance-vie facultative / l'assurance MMA facultative (168002)

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.

Un original ou une copie de ce formulaire sera requis pour une réclamation à 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 :

Bénéficiaire en premier ordre			Part en pourcentage	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 Canada Vie. 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 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 Canada Vie 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.

7. Désignation de bénéficiaire pour l'assurance-vie de base / l'assurance MMA (168000) et pour l'assurance-vie facultative / l'assurance MMA facultative (168002).

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.

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

Bénéficiaire subsidiaire			Part en pourcentage	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 Canada Vie. 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 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 Canada Vie 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.

8. Nomination de fiduciaire

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

Un original ou une copie de ce formulaire sera requis pour une réclamation à vie

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

VEUILLEZ NE PAS REMPLIR LA PRÉSENTE SECTION SI VOUS ÊTES UN RÉSIDENT 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 Compagnie d'Assurance du Canada sur la 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

9. Confidentialité

La présente section explique l'engagement de la Canada Vie en matière de confidentialité.

À La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie (la Canada Vie), nous reconnaissons et respectons l'importance de la protection de la vie privée.

Vos renseignements personnels :

Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels, comme votre nom, vos coordonnées, ainsi que les produits et la protection que vous détenez auprès de nous. Selon les produits ou les services que vous demandez et obtenez, votre demande pourrait également comprendre des renseignements de nature médicale ou financière. Vos renseignements sont conservés dans les bureaux de la Canada Vie ou ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels contenus dans votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada Vie.

Qui a accès à vos renseignements?

Nous limitons l'accès aux renseignements personnels contenus dans votre dossier aux membres du personnel de la Canada Vie ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches de même qu'aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès. Pour nous aider à répondre aux fins précisées ci-dessous, il se peut que nous fassions appel à des fournisseurs de service situés au Canada ou à l'étranger. Vos renseignements personnels pourraient également être divulgués à des autorités publiques ou à d'autres personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

Vos renseignements sont utilisés aux fins suivantes :

Nous recueillons vos renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité aux produits, aux services ou à la protection demandés, pour fournir et administrer les produits ou la protection détenus auprès de nous, et en assurer le service, et pour permettre à la Canada Vie et à ses sociétés affiliées de gérer les données internes et d'en effectuer l'analyse. Nous nous en servons notamment pour mener des enquêtes et évaluer les demandes de règlement et verser des prestations, ainsi que pour créer et tenir à jour les dossiers sur notre relation d'affaires. Le consentement donné dans le présent formulaire demeurera en vigueur jusqu'à ce que nous recevions un avis indiquant que vous avez retiré ce consentement, sous réserve des restrictions juridiques et contractuelles pouvant s'appliquer. Par exemple, si vous retirez votre consentement, il se peut que nous ne puissions pas continuer à évaluer ou à administrer une demande de prestations.

Si vous voulez en savoir plus :

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 conformité de la Canada Vie ou consultez le www.canadavie.com.

10. 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 Canada Vie.

J'ai lu et compris la section intitulée « Confidentialité » du présent formulaire, et j'en accepte le contenu.

J'autorise :

- le répondant de régime à déduire de ma rémunération et à remettre à la Canada Life les cotisations salariales requises, le cas échéant, aux termes du régime;
- la Canada Vie 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 Canada Vie, 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 Canada Vie 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 : _____