

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 : 168000 Numéro d'identification du participant : \_\_\_\_\_  
(inscrit sur la carte médicaments)

Répondant de régime : GOVERNEMENT DE TERRE-NEUVE-ET-LABRADOR

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

Date de naissance : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_ Numéro d'identification de l'employé : \_\_\_\_\_  
(attribué par l'employeur)

Par les présentes, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et désigne la ou les personnes suivantes à titre de bénéficiaires en premier ordre et de bénéficiaires subsidiaires pour les polices ci-dessous:

- Assurance vie de base et assurance Mort ou mutilation accidentelles de base (Police 168000)
- Assurance vie facultative de l'employé (Police 168002)
- Assurance Mort ou mutilation accidentelles facultative (Police 168002)

Si vous souhaitez désigner un bénéficiaire distinct par votre assurance vie facultative ou pour votre assurance MMA facultative veuillez remplir un autre formulaire de désignation de bénéficiaire M6463(f)

## 2. Désignation de bénéficiaire en premier ordre

La présente section doit être remplie pour désigner un bénéficiaire à l'égard de votre assurance-vie, le cas échéant. 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.

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.

## 3. Désignation de bénéficiaire subsidiaire

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.

#### 4. 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 \_\_\_\_\_

#### 5. 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](http://www.canadavie.com).

#### 6. 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 « Confidentialité » du présent formulaire, et j'en accepte le contenu.

J'autorise :

- 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.

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 : \_\_\_\_\_