



## AUTORISATIONS ET DÉCLARATIONS

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 « Protection de vos renseignements personnels » 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 Vie les cotisations salariales requises, le cas échéant, aux termes du régime;
- la Canada Vie, tout fournisseur 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 fournisseur 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.
- la Canada Vie peut utiliser la liste de client pour offrir à ses clients un produit d'assurance suivant la résiliation de leur assurance collective. Si vous ne désirez pas recevoir de telles offres, vous pouvez demander que votre nom soit retiré de la liste. Pour ce faire, vous devez envoyer une demande écrite au responsable de la protection des renseignements personnels chez la Canada Vie.

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 salarié : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

**Pour les montants d'assurance supérieurs à 100 000 \$, veuillez remplir le questionnaire médical ordinaire, M5995(GNLHO).**