FORMULAIRE DE MODIFICATIONS VISANT LE RÉGIME COLLECTIF

Réservé au siège social de la C.L.
Numéro de certificat de la C.L.

Veuillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. Le gestionnaire de régime doit conserver une copie du présent formulaire dûment rempli dans ses dossiers et faire parvenir **l'original** à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Dans le cas d'un régime autogéré ou bien d'un client ayant accès à GroupNet et qui effectue sa propre tenue de dossiers des participants, le gestionnaire de régime doit annexer le présent formulaire à la demande d'adhésion du participant de régime.

1. Renseignements généraux sur l'adhésion

Numéro de régime : _____ Numéro de division : _____ Numéro d'identification du participant de régime : _____

Répondant de régime : _____

Nom du participant de régime : _____
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

2. 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.

3. Consentement

La présente section doit être signée et datée, à l'ENCRE, par le bénéficiaire irrévocable.

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

Je, soussigné, le bénéficiaire irrévocable désigné aux termes du régime précité, consens par la présente à la révocation de ma désignation comme bénéficiaire irrévocable, et je renonce à tous droits et intérêts relatifs à toute somme payable à la suite du décès de la personne assurée.

Signature du bénéficiaire : _____ Date: _____

Nom du bénéficiaire : _____

© La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Tous droits réservés. Canada Vie et le symbole social sont des marques de commerce de La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie. Toute modification apportée au présent document sans le consentement écrit explicite préalable de la Canada Vie est strictement interdite.