

Veuillez 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.

1. Section réservée au répondant de régime La présente section doit être remplie par le gestionnaire de régime.	Numéro de régime : _____ Numéro de division : _____ Classe de garantie : _____ Répondant de régime : _____ Numéro d'identification du participant de régime : _____ Centre de coûts (le cas échéant) : _____ Date d'effet de la protection : Jour _____ Mois _____ Année _____ 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) : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Nom de famille Prénom Initiale du second prénom </div> Genre : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Non spécifié <input type="checkbox"/> Autre Date de naissance : Jour _____ Mois _____ Année _____ Adresse postale du participant de régime : _____ Numéro et rue : _____ Ville : _____ Province: _____ Code postal : _____												
3. Montant de la garantie MMA La présente section est à remplir par le participant.	Montant de la protection choisi Montant actuel de l'assurance MMA facultative : _____ \$ (S'il n'y a pas de protection actuellement, veuillez inscrire « 0 ».) Montant total de l'assurance MMA facultative faisant l'objet de la proposition : _____ \$ (Le montant actuel plus le capital additionnel demandé.) <input type="checkbox"/> Protection de l'employé seulement <input type="checkbox"/> Protection de l'employé et des personnes à charge												
4. Désignation de bénéficiaire La présente section doit être remplie pour désigner un bénéficiaire à l'égard de votre assurance-vie, le cas échéant. 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.	Par les présentes, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et désigne la ou les personnes suivantes à titre de bénéficiaires : <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; border-bottom: 1px solid black;">Nom du ou des bénéficiaires</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Part en pourcentage</th> <th style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">Lien avec participant de régime</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Nom de famille Prénom Initiale du second prénom </div> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black; width: 15%;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Nom de famille Prénom Initiale du second prénom </div> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Nom de famille Prénom Initiale du second prénom </div> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></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 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.</p> <div style="background-color: #f0f0f0; padding: 5px; margin-top: 5px;"> <p>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.</p> <p>Par les présentes, je demande que ma désignation soit :</p> <input type="checkbox"/> Révocable – Je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps </div> <p>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.</p> <p>Il est recommandé de consulter un conseiller juridique avant de désigner une fiducie à titre de bénéficiaire.</p>	Nom du ou des bénéficiaires	Part en pourcentage	Lien avec participant de régime	<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Nom de famille Prénom Initiale du second prénom </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Nom de famille Prénom Initiale du second prénom </div>			<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Nom de famille Prénom Initiale du second prénom </div>		
Nom du ou des bénéficiaires	Part en pourcentage	Lien avec participant de régime											
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Nom de famille Prénom Initiale du second prénom </div>													
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Nom de famille Prénom Initiale du second prénom </div>													
<div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Nom de famille Prénom Initiale du second prénom </div>													

SUITE À LA PAGE 2

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.

6. 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 Vie 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 : _____