

Veillez remplir les deux côtés du présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. Les sections 1 et 2 doivent être remplies par le gestionnaire de régime, et le participant de régime doit remplir les sections 3 à 13 s'appliquant aux modifications demandées. Le gestionnaire de régime doit conserver une copie du formulaire dûment rempli pour 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 qui a 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 : _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Nom de famille Prénom Initiale du second prénom </div> Numéro et rue : _____ Ville : _____ Province: _____ Code postal : _____																																																															
2. Remise en vigueur <small>Ces renseignements seront utilisés aux fins de la réinscription du participant de régime au régime collectif.</small>	Date de retour au travail du participant de régime : Jour _____ Mois _____ Année _____ Raison de la remise en vigueur (p. ex. : retour suivant un congé autorisé ou une mise à pied) _____																																																															
3. Renonciation aux garanties	<p>À noter : Vous pouvez renoncer aux garanties de soins médicaux et de soins dentaires seulement si vous ou vos personnes à charge êtes couverts par des garanties similaires aux termes d'un régime collectif offert par l'employeur de votre conjoint. J'ai pris connaissance des garanties qui me sont offertes aux termes du régime collectif, mais je renonce à la ou aux garanties suivantes :</p> Garantie Soins médicaux supplémentaires pour <input type="checkbox"/> moi-même et mes personnes à charge <input type="checkbox"/> mes personnes à charge seulement Garantie Soins dentaires pour <input type="checkbox"/> moi-même et mes personnes à charge <input type="checkbox"/> mes personnes à charge seulement Nom de l'assureur du conjoint : _____ Numéro du régime : _____ Date d'effet de la modification : Jour _____ Mois _____ Année _____ <p>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 Canada Vie pour être couverts. Si votre demande est approuvée, certaines restrictions pourraient s'appliquer aux soins dentaires.</p> <i>Veillez communiquer avec votre gestionnaire de régime pour obtenir plus de précisions à ce sujet.</i>																																																															
4. Ajout de garanties collectives de soins médicaux et de soins dentaires	Vous pouvez demander d'adhérer au régime collectif si votre conjoint n'est plus couvert par le régime collectif de son employeur. Date d'effet de la perte de protection aux termes du régime du conjoint : Jour _____ Mois _____ Année _____ Indiquez quelles garanties ne sont plus offertes aux termes du régime du conjoint : <input type="checkbox"/> Garantie Soins médicaux supplémentaires <input type="checkbox"/> Garantie Soins dentaires																																																															
5. Modification des renseignements sur les personnes à charge																																																																
La présente section est à remplir si vous désirez ajouter ou supprimer une personne à charge ou mettre à jour les renseignements sur les personnes à charge.. 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.																																																																
Date d'effet de la modification : Jour _____ Mois _____ Année _____ Changement à une : <input type="checkbox"/> Protection individuelle <input type="checkbox"/> Protection familiale Raison : <input type="checkbox"/> Naissance d'un enfant <input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Mariage <input type="checkbox"/> Cohabitation – Date du mariage/de la cohabitation : Jour _____ Mois _____ Année _____ <input type="checkbox"/> Autre (veuillez préciser) _____																																																																
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Renseignements sur le conjoint</th> <th>Initiale du second prénom</th> <th>Date de naissance jj-mm-aa</th> <th colspan="2">Genre</th> </tr> <tr> <th>Ajouter</th> <th>Modifier</th> <th>Supprimer</th> <th></th> <th></th> <th><input type="checkbox"/> Masculin</th> <th><input type="checkbox"/> Non spécifié</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> Féminin</td> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> </tr> </tbody> </table>		Renseignements sur le conjoint			Initiale du second prénom	Date de naissance jj-mm-aa	Genre		Ajouter	Modifier	Supprimer			<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Non spécifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre																																										
Renseignements sur le conjoint			Initiale du second prénom	Date de naissance jj-mm-aa	Genre																																																											
Ajouter	Modifier	Supprimer			<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Non spécifié																																																										
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre																																																										
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Quelles sont les garanties collectives de votre conjoint au titre du régime offert par son employeur?</th> <th colspan="4">SOINS MÉDICAUX SUPPLÉMENTAIRES</th> <th colspan="4">SOINS DENTAIRES</th> <th colspan="4">SOINS OCULAIRES</th> </tr> <tr> <th>Indiv.</th> <th>Fam.</th> <th>Renonc.</th> <th>Aucune</th> <th>Indiv.</th> <th>Fam.</th> <th>Renonc.</th> <th>Aucune</th> <th>Indiv.</th> <th>Fam.</th> <th>Renonc.</th> <th>Aucune</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><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></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		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"/>																									
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"/>																																																				
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; font-size: x-small;"> <thead> <tr> <th colspan="3">Renseignements sur les personnes à charge</th> <th>Initiale du second prénom</th> <th>Date de naissance jj-mm-aa</th> <th colspan="2">Genre</th> <th>Étudiant à temps plein</th> <th>Personne à charge invalide</th> </tr> <tr> <th>Ajouter</th> <th>Modifier</th> <th>Supprimer</th> <th></th> <th></th> <th><input type="checkbox"/> Masculin</th> <th><input type="checkbox"/> Non spécifié</th> <th><input type="checkbox"/></th> <th><input type="checkbox"/></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> Féminin</td> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> Masculin</td> <td><input type="checkbox"/> Non spécifié</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> Féminin</td> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> Masculin</td> <td><input type="checkbox"/> Non spécifié</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> Féminin</td> <td><input type="checkbox"/> Autre</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Renseignements sur les personnes à charge			Initiale du second prénom	Date de naissance jj-mm-aa	Genre		Étudiant à temps plein	Personne à charge invalide	Ajouter	Modifier	Supprimer			<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Non spécifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Non spécifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Non spécifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renseignements sur les personnes à charge			Initiale du second prénom	Date de naissance jj-mm-aa	Genre		Étudiant à temps plein	Personne à charge invalide																																																								
Ajouter	Modifier	Supprimer			<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Non spécifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Non spécifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Masculin	<input type="checkbox"/> Non spécifié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	<input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																								

6. Changement de nom du participant de régime

De : _____ À: _____
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

7. Désignation de bénéficiaire

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.

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(f).

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. Désignation d'un bénéficiaire subsidiaire

Si vous désirez nommer un bénéficiaire subsidiaire, au cas où il n'y aurait aucun bénéficiaire en premier ordre survivant au moment de votre décès, veuillez remplir cette 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(f).

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.

9. 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 envisage 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.

_____ Lien avec le participant de régime
Nom de famille du fiduciaire Prénom Initiale du second prénom

10. Changement de nom du bénéficiaire actuel

Veillez remplir cette section si l'un des bénéficiaires actuels a changé légalement de nom.

De : _____ À : _____
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

Lien avec le participant de régime : _____

11. Renonciation à toutes les garanties collectives

Vous pouvez renoncer aux garanties collectives si la participation au régime n'est pas obligatoire.

Renonciation à toutes les garanties collectives – Aux termes des régimes où la participation n'est pas obligatoire.

J'ai pris connaissance des garanties qui me sont offertes aux termes du régime collectif, mais **je renonce** à participer au régime.

Si, à une date ultérieure, vous décidez d'adhérer au régime collectif, vous et vos personnes à charge devrez fournir une preuve d'assurabilité jugée acceptable par la Canada Vie pour être couverts. Si votre demande est approuvée, certaines restrictions pourraient s'appliquer aux soins dentaires.

Date d'effet : Jour _____ Mois _____ Année _____

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

12. 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 prestataires de services 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 prestataires de services), écrivez au chef de la conformité de la Canada Vie ou consultez le www.canadavie.com.

13. Autorisations et déclarations

La présente section doit être signée et datée, à l'ENCRE, par le participant de régime.

Par les présentes, je demande ou j'approuve 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 prestataire 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 prestataire 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 : _____

Signature du gestionnaire du régime : _____ Date : _____