

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE – DÉCÈS ACCIDENTEL

Veuillez remplir le présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. Conservez une copie du formulaire rempli dans vos dossiers et envoyez l'**original** à La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie, à l'adresse indiquée au bas de la page 2.

<p>1. Renseignements généraux sur l'adhésion</p>	<p>Numéro de police : _____ Numéro d'identification : _____</p> <p>Nom du propriétaire de la police : _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Nom de famille Prénom Initiale du second prénom</p>																					
<p>2. Désignation de bénéficiaire</p> <p style="font-size: x-small;">Cette section doit être remplie par le propriétaire de la police.</p> <p style="font-size: x-small;">Cette section doit être remplie pour désigner un bénéficiaire pour votre prestation de décès au titre de l'avenant Mort ou mutilation accidentelles et sinistres particuliers, s'il y a lieu.</p> <p>L'original du formulaire est exigé dans le cas d'une demande de règlement aux termes de l'assurance-vie.</p> <p>Vous devez apposer vos initiales à côté de toute désignation de bénéficiaire rayée.</p> <p>Veuillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.</p>	<p>Par les présentes, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et désigne la ou les personnes suivantes à titre de bénéficiaires :</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%; text-align: left;">Nom du ou des bénéficiaires :</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Part en pourcentage</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">Lien avec participant de régime</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Nom de famille</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Prénom</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Initiale du second prénom</td> </tr> </table> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">_____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Nom de famille</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Prénom</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Initiale du second prénom</td> </tr> </table> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">_____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">_____</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Nom de famille</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Prénom</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Initiale du second prénom</td> </tr> </table> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">_____</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; text-align: center;">_____</td> </tr> </tbody> </table> <p style="font-size: x-small;">À noter : Si les prestations sont attribuées par pourcentages, ceux-ci doivent totaliser 100 % (si un pourcentage est attribué à certains bénéficiaires, mais pas à tous, les prestations restantes seront alors divisées de manière égale entre les bénéficiaires pour lesquels vous n'aurez pas attribué de pourcentage). Si vous n'attribuez aucun pourcentage, nous considérerons que les prestations devront être divisées en parts égales entre les bénéficiaires. Le pourcentage attribué à tout bénéficiaire qui est décédé avant la personne assurée est divisé en parts égales entre les bénéficiaires qui sont toujours vivants.</p> <p style="font-size: x-small;">Vous pouvez modifier la présente désignation de bénéficiaire en tout temps en avisant la Canada Vie. Si vous souhaitez nommer un nouveau bénéficiaire, veuillez communiquer avec la Canada Vie en composant le numéro fourni au verso du présent formulaire.</p> <div style="background-color: #e0e0e0; padding: 5px; border: 1px solid black;"> <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> <p><input type="checkbox"/> Révocable – Je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps</p> </div> <p style="font-size: x-small;">Participants de régime du Québec seulement - Les prestations payables aux termes du régime 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'ait été informée de la fiducie. 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.</p>	Nom du ou des bénéficiaires :	Part en pourcentage	Lien avec participant de régime	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Nom de famille</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Prénom</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Initiale du second prénom</td> </tr> </table>	Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom	_____	_____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Nom de famille</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Prénom</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Initiale du second prénom</td> </tr> </table>	Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom	_____	_____	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Nom de famille</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Prénom</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Initiale du second prénom</td> </tr> </table>	Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom	_____	_____
Nom du ou des bénéficiaires :	Part en pourcentage	Lien avec participant de régime																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Nom de famille</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Prénom</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Initiale du second prénom</td> </tr> </table>	Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom	_____	_____																	
Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Nom de famille</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Prénom</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Initiale du second prénom</td> </tr> </table>	Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom	_____	_____																	
Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Nom de famille</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Prénom</td> <td style="width: 33%; font-size: x-small;">Initiale du second prénom</td> </tr> </table>	Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom	_____	_____																	
Nom de famille	Prénom	Initiale du second prénom																				
<p>3. Nomination de fiduciaire</p> <p style="font-size: x-small;">Si vous souhaitez nommer un fiduciaire ou un administrateur, veuillez remplir la présente section.</p> <p>L'original du formulaire est exigé dans le cas d'une demande de règlement aux termes de l'assurance-vie.</p> <p>Veuillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.</p>	<p>VEUILLEZ NE PAS REMPLIR LA PRÉSENTE SECTION SI VOUS ÊTES UN RÉSIDENT DU QUÉBEC</p> <p style="font-size: x-small;">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.</p> <p style="font-size: x-small;">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.</p> <p>Veillez ne pas remplir la présente section si vous avez déjà désigné un fiduciaire ou un administrateur.</p> <p style="font-size: x-small;">Par les présentes, je désigne le fiduciaire suivant, qui sera chargé de recevoir et de détenir en fiducie, pour le compte de tout bénéficiaire, les sommes payables au bénéficiaire désigné aux termes de la police, lorsque le bénéficiaire est mineur ou qu'il n'a pas la capacité juridique nécessaire au moment où le paiement doit être effectué. 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.</p> <p style="border-top: 1px solid black; font-size: x-small;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 40%;">Nom de famille du fiduciaire</td> <td style="width: 20%;">Prénom</td> <td style="width: 20%;">Initiale du second prénom</td> <td style="width: 20%;">Lien avec le participant de régime</td> </tr> </table> </p>	Nom de famille du fiduciaire	Prénom	Initiale du second prénom	Lien avec le participant de régime																	
Nom de famille du fiduciaire	Prénom	Initiale du second prénom	Lien avec le participant de régime																			

SUITE AU VERSO

4. Confidentialité

La présente section explique l'engagement de la Canada Vie en matière de confidentialité.

Protection de vos renseignements personnels

À **La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie**, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'adhésion, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels qui est conservé dans les bureaux de la Canada Vie ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels dans votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Canada Vie. La Canada Vie peut avoir recours à des fournisseurs de services situés au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels de 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, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Les renseignements personnels que nous recueillons sont utilisés pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime collectif, y compris aux fins des enquêtes sur les demandes de règlement et de l'évaluation de celles-ci, ainsi que pour la constitution et la tenue de dossiers visant notre relation d'affaires. 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 site www.canadavie.com.

5. 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 « Protection de vos renseignements personnels », et j'en accepte le contenu.

J'autorise :

- 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.

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, exacts et complets.

Signature du participant de régime : _____ Date : _____

Veuillez envoyer le présent formulaire à :

S4 - Services de santé individuels
La compagnie Canada Vie
330 University Avenue
Toronto, ON M5G 1R8
Téléphone : 1 800 565-4066
Télécopieur : 1 800 259-8947