NOMINATION DE FIDUCIAIRE (SANS OBJET AU QUÉBEC)

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

Veuillez remplir le présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. Conservez une copie du formulaire rempli dans vosdossiers et suivez les instructions (ci-dessous) pour envoyer l'original à la Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie.

1. Renseignements généraux sur l'adhésion

Numéro de régime : 177914 Numéro de certificat : _____

Répondant de régime : LA COMPAGNIE D'ASSURANCE DU CANADA SUR LA VIE

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

2. 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.

Veuillez 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.

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

3. 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 canadavie.com.

4. 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 « Confidentialité » du présent formulaire, et j'en accepte le contenu.

J'autorise :

- 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.

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 :** _____

Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli et les pièces justificatives à l'adresse suivante :

La Compagnie d'Assurance du Canada sur la Vie
Garanties mobiles
330 avenue University, Toronto ON M5G 1R8

OU

Courriel : garantiesmobiles@canadavie.com
Télécopieur : 416 552-3373

Comme Internet n'est pas un moyen de communication sûr, nous encourageons toute personne souhaitant éviter les courriels à communiquer avec nous par d'autres moyens.

© 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.

Effacer