



Veillez remplir le présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. 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 : _____
 Répondant de régime : _____
 Nom du participant de régime : _____
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom
 Numéro de division : _____ Numéro d'identification du participant de régime : _____

2. Désignation de bénéficiaire

La présente section doit être remplie par le participant de régime.
 Cette 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.
Veillez 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 : (nom de famille, prénom, initiale du second prénom)	Part un pourcentage	Lien avec participant de régime
1. _____	_____	_____
Numéro de téléphone	Courriel	
2. _____	_____	_____
Numéro de téléphone	Courriel	
3. _____	_____	_____
Numéro de téléphone	Courriel	
4. _____	_____	_____
Numéro de téléphone	Courriel	

Les sommes dues doivent être divisées comme suit : Selon les pourcentages indiqués ci-dessus, ou En parts égales entre les survivants

3. 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 : (nom de famille, prénom, initiale du second prénom)	Part un pourcentage	Lien avec participant de régime
1. _____	_____	_____
Numéro de téléphone	Courriel	
2. _____	_____	_____
Numéro de téléphone	Courriel	
3. _____	_____	_____
Numéro de téléphone	Courriel	
4. _____	_____	_____
Numéro de téléphone	Courriel	

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 Great-West. 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.

Par les présentes, je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure et désigne la ou les personnes suivantes à titre de bénéficiaires :

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 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 Great-West 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.**

4. Nomination de fiduciaire

Si vous souhaitez nommer un fiduciaire ou un administrateur, veuillez remplir la présente section.

L'original du formulaire est exigé dans le cas d'une demande de règlement aux termes de l'assurance-vie.

Veuillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.

VEUILLEZ NE PAS REMPLIR LA PRÉSENTE SECTION SI VOUS ÊTES UN RÉSIDANT 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 envisagez 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 Great-West, compagnie d'assurance-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

5. Confidentialité

La présente section explique l'engagement de la Great-West en matière de confidentialité.

Protection de vos renseignements personnels

À La Great-West, compagnie d'assurance-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 Great-West 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 Great-West. La Great-West 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 Great-West 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 vérification de la conformité de la Great-West ou consultez le site www.lagreatwest.com.

6. 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 Great-West, 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 Great-West 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 : _____