

**Demande d'inscription au Régime d'assurance-vie collective  
des employés des écoles publiques du Manitoba**

Nom de famille de l'employé			Prénom(s) de l'employé	
Date de naissance			Sexe	
Jour	Mois	Année	Homme	Femme

**1. ASSURANCE-VIE COLLECTIVE**

Par les présentes, je demande une garantie du Régime d'assurance-vie collective égale à

- 200 % de mes gains annuels
- 300 % de mes gains annuels
- 400 % de mes gains annuels
- 500 % de mes gains annuels
- 600 % de mes gains annuels
- 700 % de mes gains annuels

**2. ASSURANCE-VIE FAMILIALE**

Par les présentes, je demande une assurance-vie familiale facultative.

Oui Non

**3. ASSURANCE EN CAS DE DÉCÈS OU DE MUTILATION PAR ACCIDENT**

Par les présentes, je demande une assurance facultative en cas de décès ou de mutilation par accident.

Oui Non

Si oui, je demande le nombre d'unités suivant, où chaque unité vaut 18 000 \$ (maximum de 20 unités ou de 360 000 \$).

Protection demandée :

Individuelle Familiale

*Pour plus d'information sur la conception du régime, les options offertes et les coûts, veuillez visiter le site Web [www.mpsebp.ca](http://www.mpsebp.ca)*

**Désignation des bénéficiaires (Le membre du Régime est le bénéficiaire de l'assurance-vie familiale)**

En nommant les bénéficiaires indiqués ci-dessous, j'annule par les présentes toutes les désignations antérieures effectuées pour l'assurance suivante :

Pour l'assurance-vie collective et l'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident

Nom du bénéficiaire révocable	Lien avec l'employé
-------------------------------	---------------------

**Nomination d'un fiduciaire**

Si vous désignez un bénéficiaire qui est une personne mineure ou qui ne jouit pas d'une capacité juridique, vous pouvez nommer un fiduciaire en remplissant la présente section du formulaire. Si vous désignez un fiduciaire, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire proposé.

Par les présentes, je nomme le fiduciaire suivant pour recevoir et détenir en fiducie, au nom de tout bénéficiaire, les montants payables au bénéficiaire aux termes du présent régime d'avantages sociaux collectif lorsqu'au moment du versement du paiement, le bénéficiaire est une personne mineure ou ne jouit pas autrement d'une capacité juridique. Le fiduciaire doit agir de manière prudente et peut utiliser les montants, y compris tout revenu provenant de ceux-ci ou d'investissements effectués avec ces montants, pour l'éducation et l'entretien du bénéficiaire. La fiducie prend fin lorsque le bénéficiaire atteint l'âge de la majorité et jouit d'une capacité juridique. À ce moment, le fiduciaire doit remettre au bénéficiaire tous les éléments d'actif détenus en fiducie.

Nom de famille du fiduciaire	Prénom(s)	Lien avec l'assuré
------------------------------	-----------	--------------------

Par les présentes, j'autorise la déduction nécessaire de mes gains de la prime à payer pour la ou les garantie(s) d'assurance que j'ai demandée(s). Je renonce également à tous mes droits à une assurance à laquelle je peux ne pas avoir droit ou que je n'ai pas demandée spécifiquement, tel qu'indiqué ci-dessus. Je comprends que toute demande subséquente de garantie d'assurance (à l'exception de l'assurance en cas de décès ou de mutilation par accident) sera assujettie à la soumission d'une preuve d'assurabilité satisfaisante.

Date	Signature de l'employé (à l'encre)
------	------------------------------------

**Protection de vos renseignements personnels**

Avec le concours de votre employeur, le Régime d'assurance-vie collective des employés des écoles publiques du Manitoba s'efforce d'assurer la conformité avec les lois applicables en matière de respect de la vie privée et, comme toujours, maintient la sécurité, la protection et la confidentialité de tous les renseignements personnels des membres du Régime. Nous collaborons de manière continue avec notre assureur, les administrateurs du Régime, les vérificateurs, les consultants et d'autres personnes afin de veiller à ce qu'aucun renseignement personnel ne soit recueilli, examiné ou divulgué en sus de ce qui est nécessaire pour l'efficacité de l'inscription au Régime, du traitement des prestations et des indemnités et du paiement de ces dernières. Nous exigeons de tous les assureurs et fournisseurs de services au régime d'avantages sociaux collectif qu'ils confirment leur conformité avec les lois applicables en matière de respect de la vie privée et avec les politiques et procédures générales de protection des renseignements personnels de l'employeur en matière de gestion de l'information sur les régimes d'avantages sociaux collectifs. Les vérifications et les examens de conception sont effectués avec des documents expurgés qui excluent les noms ou d'autres indicateurs d'identité.

**Réservé à l'usage du bureau**

Numéro d'employé	Date d'embauche	Poste	Demande traitée
------------------	-----------------	-------	-----------------