

**Demande d'inscription au régime d'assurance-vie collective
des employés des écoles publiques du Manitoba
Police d'assurance Canada Vie 335114**

Veillez remplir ce formulaire avec de l'encre **BLEUE**.

Nom de famille de l'employé

Prénom(s) de l'employé et initiales

Date de naissance

Sexe

Jour

Mois

Année

Homme

Femme

Étiez-vous sous la protection de ce régime dans une autre division scolaire dans les 6 mois avant votre date d'embauche? Si **Oui**, les mêmes avantages sociaux s'appliquent.

Oui Non

Si **Oui**, quelle était votre division scolaire précédente?

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 ACCIDENT

Par les présentes, je demande une protection aux termes de l'assurance accident facultative.

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'informations sur la conception du régime, les options offertes et les coûts, veuillez visiter le site Web www.mpsebp.ca

Désignation des bénéficiaires (le participant du régime est le bénéficiaire de toutes les prestations pour personnes à charge)

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 contre les accidents :

Bénéficiaire(s) principal(aux)

Nom du bénéficiaire révocable _____ Lien avec l'employé _____ Pourcentage alloué _____

Nom du bénéficiaire révocable _____ Lien avec l'employé _____ Pourcentage alloué _____

Nom du bénéficiaire révocable _____ Lien avec l'employé _____ Pourcentage alloué _____

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s)

Nom du bénéficiaire révocable _____ Lien avec l'employé _____ Pourcentage alloué _____

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

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

Note: Sauf dispositions contraires à la loi, si un bénéficiaire décède avant moi, ses droits reviennent à mes bénéficiaires principaux survivants à parts égales, ou à mes bénéficiaires subsidiaires en l'absence de bénéficiaires principaux survivants. En l'absence d'un bénéficiaire désigné ou d'un bénéficiaire subsidiaire survivant, les sommes due reviendront à ma succession.

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)	Initiales	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 ne peux 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 contre les accidents) 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

Nom de l'employé	Date d'embauche	Poste
------------------	-----------------	-------