

Demande d'adhésion au régime d'assurance vie collective des participants au régime des écoles publiques du Manitoba

Police d'assurance Canada Vie 335114

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

Nom du participant	Prénom du participant et autres prénoms
Date de naissance	Sexe
Jour Mois Année	Homme Femme Non révélé Autre

Étiez-vous assuré(e) au titre de ce régime dans une autre division scolaire six mois avant votre date d'embauche? Oui Non

Dans l'**affirmative**, dans quelle division scolaire travailliez-vous précédemment? _____

(Si vous souhaitez sélectionner une option d'assurance vie collective dont le montant est supérieur à celui de votre assurance antérieure, ou encore souscrire une assurance vie familiale, vous devez présenter une demande à la Canada Vie et fournir une preuve médicale d'assurabilité.)

1. **ASSURANCE VIE COLLECTIVE**

Par les présentes, je demande une protection d'assurance vie collective dont le montant correspond à :

(plafond de 1 000 000 \$)

- 2 fois vos gains annuels
- 3 fois vos gains annuels
- 4 fois vos gains annuels
- 5 fois vos gains annuels

2. **ASSURANCE VIE FAMILIALE**

Par les présentes, je demande une protection d'assurance vie familiale facultative : Oui Non

3. **ASSURANCE CONTRE LES ACCIDENTS**

Par les présentes, je demande une protection aux termes de l'assurance contre les accidents facultative. Oui Non

Dans l'affirmative, je demande le nombre d'unités suivant (chaque unité vaut 18 000 \$) : _____
(maximum de 20 unités ou de 360 000 \$)

Type de protection demandée : Individuelle Familiale



Pour de plus amples renseignements sur la conception du régime, les options offertes et les coûts, visitez le site Web du régime : www.mpsebp.ca

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

En désignant les bénéficiaires indiqués ci-dessous, j'annule par les présentes toutes les désignations antérieures effectuées au titre de ce régime.

Pour l'assurance vie collective et l'assurance contre les accidents : Bénéficiaire(s) principal(aux)

Nom du bénéficiaire révocable	Lien avec le participant	Pourcentage alloué
-------------------------------	--------------------------	--------------------

Nom du bénéficiaire révocable	Lien avec le participant	Pourcentage alloué
-------------------------------	--------------------------	--------------------

Nom du bénéficiaire révocable	Lien avec le participant	Pourcentage alloué
-------------------------------	--------------------------	--------------------

Bénéficiaire(s) subsidiaire(s)

Nom du bénéficiaire révocable	Lien avec le participant	Pourcentage alloué
Nom du bénéficiaire révocable	Lien avec le participant	Pourcentage alloué
Nom du bénéficiaire révocable	Lien avec le participant	Pourcentage alloué

Note : À moins de dispositions contraires prévues dans les lois, si un bénéficiaire décède avant moi, ses droits reviennent à mes bénéficiaires principaux survivants en 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 dues 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 si, 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 rendement découlant de ceux-ci ou d'investissements effectués avec ces montants, pour l'éducation et le bien-être 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 du fiduciaire	Prénom	Autres prénoms	Lien avec le participant
-------------------	--------	----------------	--------------------------

Par les présentes, j'autorise la déduction nécessaire de mes gains de la prime à payer pour la ou les protection(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, comme indiqué ci-dessus. Je comprends que toute demande subséquente de protection d'assurance (à l'exception de l'assurance contre les accidents) sera assujettie à la soumission d'une preuve d'assurabilité satisfaisante.

<hr/> Date	<hr/> Signature du participant (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 employés. Nous collaborons de manière continue avec notre assureur, les administrateurs du régime, les auditeurs, les conseillers 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'adhésion 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 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 le régime d'avantages sociaux. Les audits du régime et les examens de sa conception sont effectués avec des documents qui excluent les noms ou d'autres indicateurs d'identité.

Réservé à l'usage du bureau

Nom du participant au régime	Date d'embauche	Poste
------------------------------	-----------------	-------