



## 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.

<b>Date</b>	<b>Signature du participant (à l'encre)</b>
-------------	---------------------------------------------

### 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
------------------------------	-----------------	-------