

## Demande d'inscription au régime d'assurance vie collective des employés des écoles publiques du Manitoba

Veillez remplir clairement les deux côtés du formulaire et le retourner à votre employeur dans les 31 jours de calendrier suivant votre date d'embauche. Autrement, vous devrez fournir une preuve médicale d'assurabilité pour les protections au-dessus de la limite minimale du régime d'assurance vie collective.

Nom de famille de l'employé	Prénom de l'employé et initiales							
Date de naissance	Sexe							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; text-align: center;">Jour</td> <td style="width: 33%; border-right: 1px solid black; text-align: center;">Mois</td> <td style="width: 33%; text-align: center;">Année</td> </tr> </table>	Jour	Mois	Année	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> Homme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> Femme</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> Non divulgué</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/> Autre</td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Homme	<input type="radio"/> Femme	<input type="radio"/> Non divulgué	<input type="radio"/> Autre
Jour	Mois	Année						
<input type="radio"/> Homme	<input type="radio"/> Femme	<input type="radio"/> Non divulgué	<input type="radio"/> Autre					

Étiez-vous sous la protection de ce régime dans une autre division scolaire dans les 6 mois précédant votre date d'embauche actuelle?

Oui Non

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

---

*(Si vous souhaitez demander une option plus élevée en assurance vie collective que celle que vous aviez auparavant, ou ajouter de l'assurance vie familiale, vous devez en faire la demande et soumettre une preuve médicale d'assurabilité à l'assureur.)*

**1. ASSURANCE VIE COLLECTIVE**

Par les présentes, je demande une garantie du Régime d'assurance vie collective égale à :  
(maximum de 1 000 000 \$)

- 2 fois votre salaire annuel (minimum)
- 3 fois votre salaire annuel
- 4 fois votre salaire annuel
- 5 fois votre salaire annuel

**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 assurance accident facultative :

Oui Non

Si **Oui**, je demande le nombre d'unités suivant, où chaque unité vaut 20 000 \$ (maximum de 20 unités ou de 400 000 \$).

---

Type de 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](http://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. Dans le cas de multiples bénéficiaires, les pourcentages doivent totaliser 100 %. En l'absence d'une allocation totalisant 100 %, tous les bénéficiaires recevront le même pourcentage.

**Pour l'assurance vie collective et l'assurance accident :**

**Bénéficiaires principaux**

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

**Bénéficiaires subsidiaires - si vous souhaitez désigner des bénéficiaires subsidiaires advenant l'absence de bénéficiaires principaux survivants lors de votre décès, veuillez remplir cette section.**

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.

Veuillez cocher l'une des deux boites suivantes :

1. Vous avez déjà désigné un fiduciaire aux termes de votre testament. La date de votre testament est le \_\_\_\_\_ OU
2. 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.

Je reconnais que tout paiement versé conformément à cette police au fiduciaire désigné, agissant au nom de mon bénéficiaire désigné, décharge l'assureur de toute responsabilité future. Si vous désignez un fiduciaire, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire proposé. 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
------------------------------	-----------	-----------	--------------------

**Transfert des renseignements sur les protections :**

Dans l'éventualité d'un transfert de mon emploi entre divisions scolaires ou d'un réemploi par une autre division scolaire dans les six (6) mois suivant la fin de ma protection à la division précédente, j'autorise, afin d'assurer la continuité de mes garanties d'assurance-vie, le partage des renseignements personnels et d'emploi entre les divisions scolaires concernées qui peuvent être nécessaires aux fins de mon inscription ou réinscription au Régime d'assurance-vie collective des employés des écoles publiques du Manitoba. Si cette section n'est pas signée, je reconnais que je serai inscrit au Régime d'assurance-vie collective des employés des écoles publiques du Manitoba au niveau de couverture minimal obligatoire.

\_\_\_\_\_  
Date Signature de l'employé

**Autorisation pour retenues de primes**

Je consens par la présente à la déduction nécessaire de mes revenus des cotisations de primes d'assurance pour l'assurance à laquelle j'ai souscrit. Je renonce également à mes droits à toute assurance à laquelle je pourrais ne pas avoir droit ou que je n'ai pas spécifiquement demandée, comme indiqué ci-dessus. Je comprends que toute demande ultérieure d'assurance (sauf l'assurance accident) sera soumise à une preuve satisfaisante d'assurabilité.

\_\_\_\_\_  
Date Signature de l'employé

**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 du membre Date d'embauche Nom de l'administrateur de régime