

N° de police _____ Nom de l'employé(e) : _____
Nom de famille Prénom

E. DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE (l'employé[e] se réserve le droit de changer le bénéficiaire)

Nom du bénéficiaire ou plusieurs, s'il y en a plus d'un.	% alloué	Liens de parenté du bénéficiaire avec l'employé(e)
_____ Nom de famille Prénom Initiales	_____	_____
_____ Nom de famille Prénom Initiales	_____	_____
_____ Nom de famille Prénom Initiales	_____	_____
_____ Nom de famille Prénom Initiales	_____	_____
_____ Nom de famille Prénom Initiales	_____	_____

Veillez noter que la désignation du bénéficiaire est l'une des décisions les plus importantes que vous prendrez à l'égard de ce régime d'assurance collective. Il importe que votre désignation de bénéficiaire reflète clairement vos intentions au sujet de la personne qui touchera vos prestations de décès.

Si votre bénéficiaire est un mineur, le produit de l'assurance ne pourra lui être versé directement. Afin d'éviter des problèmes avec le règlement de la demande, il faut nommer un fiduciaire dans le cas d'enfants mineurs.

Lorsqu'on aura alloué des pourcentages à chaque bénéficiaire, seuls ces montants seront versés à chacun d'eux. Si l'un des bénéficiaires décède avant vous, sa part sera versée à vos ayants droit.

NOTA : Il ne faut désigner un fiduciaire QUE SI le bénéficiaire est un mineur.

Désignations du fiduciaire : Je désigne, par les présentes, _____
Nom Lien
 comme fiduciaire qui recevra des versements au nom de _____, bénéficiaire que j'ai désigné ci-dessus durant sa minorité.

F. CONSENTEMENT, DIVULGATION, AUTORISATION ET RECONNAISSANCE

Consentement à la divulgation de renseignements personnels

J'accorde le droit à la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life de recueillir, utiliser et divulguer mes renseignements personnels pour les raisons suivantes : établir et maintenir la communication avec vous, assurer des risques de façon prudente, faire des enquêtes et régler les demandes de remboursement, détecter et prévenir les actes frauduleux, offrir des produits et des services qui répondent à mes besoins et compiler les statistiques et agir conformément à la loi.

Je reconnais qu'en me fournissant des services à l'avenir et en m'accordant les prestations indiquées dans le régime d'avantages sociaux collectif auquel je souscris, il est possible que la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life soient obligées de recueillir, d'utiliser et de divulguer des renseignements personnels complémentaires sur moi. J'atteste que ce consentement s'applique également à ces renseignements personnels.

J'atteste que j'inscris seulement, en ce moment ou à un moment ultérieur, les personnes à charge qui m'ont autorisé à vous transmettre leurs renseignements personnels et consentent à ce qu'ils soient recueillis, utilisés et divulgués pour les raisons indiquées ci-dessus.

Vous pouvez obtenir des renseignements complémentaires sur la Politique concernant la protection des renseignements personnels de la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life auprès de leur siège social situé au 200, rue Main, bureau 400, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8 ou à www.wawanesalife.com.

Autorisation et attestation

Je sou mets par les présentes, ma demande d'adhésion à l'assurance à laquelle je suis ou je pourrais être admissible en vertu du régime d'assurance collective émis par la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life. J'atteste que les renseignements donnés sont exacts et complets.

J'autorise la Compagnie d'Assurance-Vie Wawanesa Life, tout fournisseur de soins de santé, mon gestionnaire du régime, toute autre compagnie d'assurance ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Compagnie Wawanesa à échanger les renseignements nécessaires en vue d'évaluer mon admissibilité à l'assurance et d'administrer le régime d'assurance collective.

Date : _____ Signature : _____