

Veillez retourner ce formulaire dûment rempli à :

La Compagnie d'assurance vie Wawanesa

Activités d'assurance collective

Adresse de retour : P.O. Box 1640, Windsor (Ontario) N9A 0C8

Pour toute demande de renseignements, veuillez appeler le 1 800 665-7076

Toutes les sections du présent formulaire doivent être remplies, car les désignations qui y figurent remplacent toutes les désignations antérieures.

Identification

Numéro de police : _____ Promoteur du régime : _____

ID du participant au régime : WLI _____

Nom du participant au régime : _____ Prénom du participant au régime : _____

Renseignements généraux

1. Veuillez prendre note que la désignation d'un bénéficiaire compte parmi les décisions les plus importantes que vous prendrez relativement au présent régime d'assurance collective. La désignation que vous effectuez devrait clairement refléter votre intention quant à l'identité de la personne qui recevra les sommes assurées advenant votre décès.
2. Si vous désignez un bénéficiaire mineur, les sommes assurées ne peuvent lui être versées directement. Afin d'éviter des difficultés au moment du traitement de la demande de règlement, vous devriez nommer un fiduciaire pour tout bénéficiaire mineur.
3. Lorsqu'une quote-part a été attribuée à chaque bénéficiaire, seules ces sommes peuvent être versées à chaque bénéficiaire. Si l'un des bénéficiaires principaux décède avant vous, sa part sera payable à votre succession.

Je révoque la désignation de tous les bénéficiaires existants et désigne la (les) personne(s) suivante(s) pour recevoir les sommes assurées selon les dispositions du régime d'assurance collective de Wawanesa Vie énumérée(s) ci-dessus. Je me réserve le droit, sans le consentement du (des) bénéficiaire(s) identifié(s) ci-dessous, de modifier à nouveau le(s) bénéficiaire(s), sous réserve d'éventuelles restrictions légales.

Nom du bénéficiaire principal ou des bénéficiaires principaux			Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Quote-part attribuée (%)	Lien entre le bénéficiaire et le demandeur
Nom de famille	Prénom	Initiale			

Bénéficiaires irrévocables

Au Québec, la désignation d'un conjoint (marié ou en union civile) est irrévocable, sauf si vous cochez cette case : Révocable

Un bénéficiaire irrévocable ne peut être changé que conformément aux lois applicables et avec le consentement écrit de ce bénéficiaire. Toutes les transactions futures en lien avec la police nécessiteront la signature du bénéficiaire irrévocable en plus de la vôtre.

Bénéficiaires irrévocables – Décharge et consentement du bénéficiaire irrévocable (le cas échéant)

Avant de procéder à un changement de bénéficiaire, la signature du bénéficiaire actuel est requise si ce dernier a été désigné de manière irrévocable (c'est-à-dire que le titulaire de la police ne peut pas changer un bénéficiaire irrévocable sans le consentement de ce dernier).

Je, le bénéficiaire irrévocable actuel, renonce à tous mes droits, demandes et intérêts dans ledit contrat.

Nom du bénéficiaire irrévocable (en caractères d'imprimerie)

Signature du bénéficiaire irrévocable

Bénéficiaires subsidiaires

Si tous les bénéficiaires principaux décèdent avant vous, les sommes assurées seront versées aux bénéficiaires subsidiaires. Si vous désignez plus d'un bénéficiaire subsidiaire, les sommes assurées seront réparties de manière égale entre les bénéficiaires subsidiaires. Si aucun bénéficiaire subsidiaire n'a été désigné, le bénéficiaire devient la succession de l'assuré.

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) subsidiaire(s) suivant(s) :

*Nom du ou des bénéficiaires subsidiaires			Date de naissance (jj-mm-aaaa)	Quote-part attribuée (%)	Lien entre le bénéficiaire et le demandeur
Nom de famille	Prénom	Initiale			

Renseignements sur le fiduciaire

Veillez remplir cette section si l'un des bénéficiaires désignés ci-dessus n'a pas atteint l'âge de la majorité.

Désignation de fiduciaire. Je nomme par la présente :

Prénom et nom de famille

Lien avec le participant au régime

en qualité de fiduciaire pour recevoir tous les paiements pour le compte des bénéficiaires désignés ci-dessus tant qu'ils seront mineurs.

Autorisation et reconnaissance

Je comprends que le présent Formulaire de bénéficiaire n'entrera pas en vigueur tant qu'il n'aura pas été reçu et validé par La Compagnie d'assurance vie Wawanesa. Après réception et validation, les instructions contenues dans le présent formulaire prendront effet à la date de cette validation.

Date (jj-mm-aaaa)

Signature du participant au régime

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

Signature du témoin

Consentement et divulgation de renseignements personnels

En mon nom et au nom des personnes nommées dans ce formulaire, je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation des renseignements personnels contenus dans ce formulaire par Wawanesa Vie aux fins suivantes : établir et maintenir des communications avec moi; évaluer les risques selon le principe de prudence; examiner et payer des réclamations; détecter et prévenir la fraude; offrir et fournir des produits et des services pour répondre à mes besoins; compiler des statistiques et agir conformément à ce qu'exige et autorise la loi.

Je comprends que Wawanesa Vie peut transmettre mes renseignements personnels et les renseignements personnels des bénéficiaires nommés dans ce formulaire aux personnes, organisations et fournisseurs de services suivants : les employés et agents de Wawanesa Vie qui ont besoin de ces renseignements pour effectuer leur travail; des enquêteurs de sinistres; des organismes d'enquête; des fournisseurs de services de traitement et de stockage des renseignements; des services de programmation, d'impression, de poste et de distribution; les sociétés de réassurance concernées; les personnes à qui j'ai donné accès à ces renseignements et les personnes qui sont autorisées par la loi à voir les renseignements personnels de ce formulaire. Ces personnes, ces organisations et ces fournisseurs de services peuvent être situés dans d'autres provinces ou d'autres territoires à l'extérieur du Canada. Les renseignements personnels de ce formulaire peuvent être transmis comme l'exigent les lois de ces provinces et territoires.

Si vous avez des questions concernant la collecte, l'utilisation, la divulgation ou le stockage de renseignements personnels ou des préoccupations concernant nos politiques ou procédures en matière de protection de la vie privée, consultez la politique de protection de la vie privée qui se trouve ici <https://www.wawanesalife.com/pip/privacy.html> ou communiquez avec le Responsable de la protection des renseignements personnels, privacy@wawanesa.com, 1 844 241-0226 ou par la poste : La Compagnie d'assurance vie Wawanesa, 236 Carlton St, Winnipeg (Manitoba) R3C 1P5.

À l'usage du siège social de Wawanesa Vie uniquement

Enregistré par La Compagnie d'assurance vie Wawanesa ce : _____ jour de _____ .

Validé par : _____