

Assurance collective

P.O. BOX 1640, Windsor (Ontario) N9A 0C8 | 1-800-665-7076

## IDENTIFICATION

No de police : \_\_\_\_\_ Nom du promoteur du régime : \_\_\_\_\_ No d'identification de la personne présentant la demande : WLI# \_\_\_\_\_

Nom de la personne participant au régime : \_\_\_\_\_

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1. Veuillez prendre note que la désignation de 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 doit recevoir les sommes assurées en cas de décès.
2. Si votre bénéficiaire est une personne mineure, les sommes assurées ne peuvent lui être versées directement. Afin d'éviter des difficultés au moment du traitement de la demande de règlement, si votre bénéficiaire est une personne mineure, il est recommandé de nommer un fiduciaire.
3. Lorsqu'une quote-part a été attribuée à chaque bénéficiaire, seules ces sommes peuvent être versées à chaque bénéficiaire. Si l'une des personnes désignées comme bénéficiaire décède avant vous, sa part sera payable à votre succession.

## CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

**Changement de bénéficiaire**  assurance vie du personnel (Veuillez choisir) et/ou  Assurance vie facultative

Je révoque la nomination de bénéficiaire existant et je désigne la ou les personne(s) suivante(s) aux fins de recevoir les sommes d'argent payables aux termes du régime collectif d'assurance-vie de Wawanesa Vie indiqué ci-dessus.

Je me réserve le droit, sans le consentement de la ou des personnes désignées comme bénéficiaire, de désigner à nouveau une autre personne comme bénéficiaire, sous réserve de toute restriction prévue par la loi.

Au Québec, la désignation d'un conjoint (marié ou union civile) est irrévocable à moins que vous ne cochiez ici :  Révocable

\* Une personne désignée comme bénéficiaire irrévocable ne peut être changée que si elle y consent.

Nom de la ou des premières personnes désignées comme bénéficiaires			Date de naissance (JJ/MM/AA)	Quote-part (%)	Lien entre la personne désignée comme bénéficiaire et la personne présentant la demande
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nom de famille	Prénom	Initiale			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nom de famille	Prénom	Initiale			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nom de famille	Prénom	Initiale			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nom de famille	Prénom	Initiale			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nom de famille	Prénom	Initiale			

Si aucune personne désignée comme bénéficiaire ne survit à l'assuré, je désigne la ou les personne(s) suivante(s) :

* Nom de la ou des personnes désignées comme bénéficiaires subsidiaires			Date de naissance (JJ/MM/AA)	Quote-part (%)	Lien entre la personne désignée comme bénéficiaire et la personne présentant la demande
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nom de famille	Prénom	Initiale			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nom de famille	Prénom	Initiale			
_____	_____	_____	_____	_____	_____
Nom de famille	Prénom	Initiale			

## DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE

DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE Par les présentes, je nomme \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Lien \_\_\_\_\_

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

## \*Quittance et consentement de la personne présentement désignée bénéficiaire préférentiel ou irrévocable (le cas échéant)

La signature de la personne présentement désignée comme bénéficiaire n'est requise que si la désignation est irrévocable.

Je, soussigné, la personne actuellement désignée comme bénéficiaire, renonce à mon droit, ma réclamation ou mon intérêt dans ledit contrat et cède et transfère mes intérêts au(x) personnes désignées comme bénéficiaire(s) ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Signature de la personne désignée comme bénéficiaire

#### AUTORISATION ET RECONNAISSANCE

Je comprends que le présent changement de bénéficiaire ne prendra pas effet à moins que le présent formulaire ne soit reçu et validé par La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa. Après la réception et la validation, le changement de bénéficiaire prendra effet à la date de cette validation.

\_\_\_\_\_

Date

\_\_\_\_\_

Signature de la personne participant au régime

\_\_\_\_\_

Nom du témoin (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_

Signature du témoin

#### CONSENTEMENT ET DIVULGATION À L'ÉGARD DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je consens à ce que Wawanesa Vie recueille, utilise et communique mes renseignements personnels pour : prendre et garder contact avec moi; souscrire les risques avec prudence; enquêter sur les sinistres et payer les indemnités; déceler et prévenir la fraude; proposer ou fournir des produits et des services qui répondent à mes besoins; compiler des statistiques et agir comme l'exige ou l'autorise la loi.

Je comprends que Wawanesa Vie peut communiquer mes renseignements personnels aux personnes, organisations et fournisseurs de services suivants : les membres du personnel et agents de Wawanesa Vie qui ont besoin de cette information pour faire leur travail; les enquêteurs d'assurance, les organismes d'enquête; les fournisseurs de services de traitement et de stockage de données et de programmation, d'impression et de distribution postale; les sociétés de réassurance concernées; les personnes à qui j'ai accordé l'accès à mes données; les personnes autorisées par la loi à consulter mes renseignements personnels. Ces personnes, organisations et fournisseurs de services peuvent se trouver dans d'autres provinces ou dans des territoires de compétence à l'extérieur du Canada. Mes renseignements personnels peuvent être partagés conformément aux exigences des lois de ces autres provinces ou territoires de compétence.

Je reconnais que je ne peux inscrire, à ce moment-ci ou à tout moment ultérieur, que les personnes à charge qui m'ont autorisé à fournir leurs renseignements et qui consentent à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de ces renseignements aux fins indiquées ci-dessus.

Je comprends que toute restriction ou tout retrait de mon consentement peut avoir pour conséquence que Wawanesa Vie soit dans l'incapacité de traiter la demande de règlement présentée.

Pour plus de renseignements sur la politique de protection des renseignements personnels de Wawanesa Vie et les pratiques des fournisseurs de services à l'extérieur du Canada, il convient de communiquer avec le Bureau de la direction de Wawanesa Vie, au 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8 ou de consulter le site [www.wawanesalife.com](http://www.wawanesalife.com)

Si vous avez des questions (y compris des questions au sujet des renseignements personnels que nous recueillons, ou au sujet des renseignements personnels recueillis, utilisés, communiqués ou stockés pour notre compte par des fournisseurs de services tiers à l'extérieur du Canada) ou voulez formuler une plainte à l'égard de nos politiques et procédures relatives à la protection de la vie privée, veuillez communiquer avec le responsable de la conformité en matière de protection des renseignements personnels : Responsable de la protection de la vie privée, La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa, 400-200 Main Street, Winnipeg (Manitoba) R3C 1A8.

#### À L'USAGE EXCLUSIF DU BUREAU DE LA DIRECTION DE WAWANESA VIE

Inscrit par La Compagnie d'assurance-vie Wawanesa le \_\_\_\_\_

Validé par : \_\_\_\_\_

#### \*REMARQUE :

##### Bénéficiaire subsidiaire

Dans le cas où la première personne désignée comme bénéficiaire décède avant la personne dont la vie est assurée, la prestation de décès est versée à la personne désignée comme bénéficiaire subsidiaire. Si aucune personne n'a été nommée comme bénéficiaire subsidiaire, la personne désignée comme bénéficiaire devient la succession de la personne dont la vie est assurée, sauf dans le cas où un tiers est propriétaire de la police, auquel cas ce dernier devient le bénéficiaire.

##### Bénéficiaires irrévocables

La signature de la personne désignée comme bénéficiaire actuel est requise avant d'effectuer un changement de bénéficiaire dans le cas suivant :

Si la personne a été désignée comme bénéficiaire irrévocable (c.-à-d., la personne propriétaire de la police ne peut effectuer de changement de bénéficiaire sans le consentement de la personne actuellement désignée comme bénéficiaire).

Pour nommer une personne comme bénéficiaire irrévocable, le terme « irrévocable » doit figurer dans le formulaire sous la rubrique « Lien entre la personne désignée comme bénéficiaire et la personne présentant la demande ». Les opérations futures relatives à la police requerront votre signature et celle de la personne désignée comme bénéficiaire irrévocable. Pour vous assurer que les demandes futures seront correctement autorisées, nous suggérons que la personne désignée comme bénéficiaire irrévocable appose également sa signature sur le formulaire à ce moment.