

Veillez remplir le présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. La section 1 doit être remplie par le gestionnaire du régime, et les sections 2 à 7, par le participant.

## 1. Section réservée au gestionnaire du régime

La présente section est à remplir par le gestionnaire du régime.

Date d'effet de la protection : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_  
 Numéro de régime : \_\_\_\_\_ Numéro de division : \_\_\_\_\_ Classe de garantie : \_\_\_\_\_  
 Répondant du régime : \_\_\_\_\_  
 Centre de coûts (le cas échéant) : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification du participant : \_\_\_\_\_  
 Date d'embauche admissible : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_  
 Occupation : \_\_\_\_\_ Rémunération : \_\_\_\_\_ \$ par  année  mois  semaine  heure  
 Province de résidence du participant : \_\_\_\_\_ Province de travail du participant : \_\_\_\_\_

## 2. Renseignements sur le participant

La présente section est à remplir par le participant.

**Veillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.**

Nom du participant (en caractères d'imprimerie) : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom  
 Sexe :  Homme  Femme Date de naissance : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_  
 Adresse postale du participant : \_\_\_\_\_  
 Numéro et rue : \_\_\_\_\_  
 Ville : \_\_\_\_\_ Province : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
 Avez-vous un conjoint?  Oui  Non  
 Avez-vous d'autres personnes à votre charge (y compris enfants / étudiants / personnes invalides)?  Oui  Non  
 À combien s'élève le nombre total de vos personnes à charge, y compris votre conjoint? \_\_\_\_\_

## 3. Renonciation aux garanties

La présente section est à remplir par le participant.  
 Pour renoncer aux garanties de l'assurance-maladie supplémentaire, de l'assurance dentaire et de l'assurance oculaire, vous devez être couvert par ces mêmes garanties aux termes du régime collectif de l'employeur de votre conjoint.  
 De plus, vous ne pouvez renoncer à l'assurance oculaire que si cette garantie est offerte séparément de l'assurance-maladie supplémentaire.

Je comprends les modalités du régime d'assurance collective qui m'est offert, mais **je renonce** à participer à :  
 L'assurance-maladie supplémentaire pour  moi-même et mes personnes à charge  mes personnes à charge seulement  
 L'assurance dentaire pour  moi-même et mes personnes à charge  mes personnes à charge seulement  
 L'assurance oculaire pour  moi-même et mes personnes à charge  mes personnes à charge seulement  
**Remarque :** Vous pouvez renoncer à la protection seulement si vous ou les personnes à votre charge êtes couverts par des garanties similaires d'assurance collective aux termes d'un régime offert par l'employeur de votre conjoint.  
 Nom de l'assureur du conjoint : \_\_\_\_\_ Numéro du régime : \_\_\_\_\_  
**Si vous perdez la protection offerte par le régime de votre conjoint, vous disposez d'un délai de 31 jours pour présenter une demande de protection. Passé ce délai, vous devez fournir une preuve d'assurabilité jugée acceptable par la Great-West pour être couvert. À l'approbation de votre participation, le cas échéant, la garantie d'assurance dentaire pourrait être limitée.**  
*Veillez consulter le gestionnaire de votre régime pour plus de détails.*

## 4. Renseignements relatifs aux personnes à charge

La présente section est à remplir par le participant. Veillez remplir cette section si vous n'avez pas renoncé à la protection des personnes à charge. S'il y a plus de quatre personnes à charge, veuillez annexer une liste à la présente. **Veillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.**

### Renseignements relatifs au conjoint

Nom de famille \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_  
 Date de naissance (Jour/Mois/Année) \_\_\_\_\_ **SEXE**  
 Homme  Femme

### Quelles sont les garanties d'assurance collective offertes par le régime de l'employeur de votre conjoint?

**ASSURANCE-MALADIE SUPPLÉMENTAIRE** → Est-ce que les médicaments sur ordonnance sont couverts par cette garantie?  
 Indiv. Fam. Exon. Aucune     Oui Non    
**ASSURANCE DENTAIRE** **ASSURANCE OCULAIRE**  
 Indiv. Fam. Exon. Aucune     Indiv. Fam. Exon. Aucune

### Renseignements relatifs aux personnes à charge

Nom de famille	Prénom	Date de naissance Jour/Mois/Année	SEXE		Étudiant à temps plein		Personne à charge invalide	
			Homme	Femme	Oui	Non	Oui	Non
_____	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
_____	_____	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

À remplir par le gestionnaire du régime

Numéro de régime : \_\_\_\_\_ Nom du participant : \_\_\_\_\_

## 5. Désignation de bénéficiaire

La présente section est à remplir par le participant du régime.

Cette section doit être remplie pour désigner un bénéficiaire qui recevra une indemnité aux termes de l'assurance-vie, le cas échéant.

**Un original du présent formulaire est exigé pour soumettre une demande d'indemnité aux termes de l'assurance-vie, le cas échéant.**

**Veillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.**

### Désignation de bénéficiaire

Nom du bénéficiaire (des bénéficiaires)		Part en pourcentage	Lien de parenté/relation avec le participant
Nom de famille	Prénom	_____	_____
Nom de famille	Prénom	_____	_____
Nom de famille	Prénom	_____	_____

Vous devez indiquer si votre désignation de bénéficiaire est révocable ou irrévocable en cochant l'un des cercles ci-dessous.

Vous pouvez modifier une désignation de bénéficiaire révocable en tout temps. Si vous avez un bénéficiaire irrévocable, son consentement écrit sera nécessaire pour changer votre désignation de bénéficiaire ou pour apporter toute modification à votre régime.

**Remarque :** Lorsque la loi du Québec s'applique, la désignation du conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, sauf si vous cochez le cercle à côté du terme « révocable » ci-dessous.

**Par la présente, je fais une désignation :**  Révocable  Irrévocable

Si la personne désignée comme bénéficiaire est un mineur qui n'a pas la capacité juridique voulue, un fiduciaire/administrateur devrait être nommé. Il vous faudra alors remplir le formulaire n° M6242 BIL. Cette nomination pourrait ne pas convenir à toutes les situations.

**Si vous nommez un fiduciaire/administrateur, nous vous suggérons de vous renseigner auprès d'un conseiller juridique et d'en discuter avec le fiduciaire/administrateur proposé.**

## 6. Confidentialité

La présente section explique l'engagement de la Great-West en matière de confidentialité.

### Protection de vos renseignements personnels.

À La Great-West, compagnie d'assurance-vie (Great-West), nous reconnaissons et nous respectons le droit des personnes au respect de leur vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Nous limitons l'accès aux informations consignées à votre dossier aux membres du personnel de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Nous nous servons de ces renseignements pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime collectif.

## 7. Autorisations et déclarations

La présente section doit être signée par le participant.

### Autorisations et déclarations

Par la présente, je demande la protection aux termes du régime d'assurance collective établi par la Great-West.

J'autorise :

- Le titulaire du régime à déduire de ma rémunération et à remettre à la Great-West les cotisations salariales requises aux termes du régime d'assurance collective, s'il y a lieu;
- La Great-West à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour gérer ma protection et mes prestations aux termes du régime d'assurance collective;
- La Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute compagnie d'assurance ou tout fournisseur d'avantages sociaux travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements servant à déterminer mon admissibilité à la protection ou à administrer le régime collectif.

Si je demande la protection pour mon conjoint ou mes personnes à charge, je confirme que je suis autorisé à agir en leur nom.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie sous forme électronique de la présente section Autorisations et déclarations est aussi valable que l'original.

J'atteste que, à ma connaissance, les renseignements sont véridiques, corrects et complets.

Signature du participant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_