

Veillez remplir les deux côtés du présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. Les sections 1 et 2 doivent être remplies par le gestionnaire du régime, et le participant doit remplir les sections 3 à 11 s'appliquant aux modifications demandées. Le gestionnaire du régime doit conserver une copie du formulaire rempli dans ses dossiers et faire parvenir l'**original** à La Great-West, compagnie d'assurance-vie. Dans le cas d'un régime autogéré, d'un client ayant accès à GroupNet et qui effectue sa propre tenue de dossiers ou d'un régime administré à l'aide de *ClientEL*, le gestionnaire du régime doit annexer le présent formulaire à la demande d'assurance collective du participant.

<b>1. Renseignements généraux sur l'adhésion</b>	Numéro de régime : _____ Numéro de division : _____
	Répondant du régime : _____
	Nom du participant : _____ Numéro d'identification du participant : _____ Nom Prénom Initiale du second prénom

<b>2. Remise en vigueur</b> Ces renseignements seront utilisés aux fins de la remise en vigueur du régime collectif du participant.	Date de retour au travail du participant : Jour _____ Mois _____ Année _____
	Raison de la remise en vigueur (ex. : retour suivant un congé autorisé ou une mise à pied) _____

<b>3. Renonciation aux garanties</b>	<b>Remarque :</b> Vous pouvez renoncer aux garanties de l'assurance-maladie supplémentaire et de l'assurance dentaire 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.
	Je comprends les modalités du régime d'assurance collective qui m'est offert, mais <b>je renonce</b> à participer à : L'assurance-maladie <input type="radio"/> moi-même et mes personnes à charge <input type="radio"/> mes personnes à charge seulement supplémentaire pour
	L'assurance dentaire pour <input type="radio"/> moi-même et mes personnes à charge <input type="radio"/> mes personnes à charge seulement
	Nom de l'assureur du conjoint : _____ Numéro du régime : _____ Date d'effet de la modification : Jour _____ Mois _____ Année _____ <b>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 et vos personnes à charge devez fournir une preuve d'assurabilité jugée acceptable par la Great-West pour être couvert. À l'approbation de votre participation, la garantie d'assurance dentaire, le cas échéant, pourrait être limitée.</b> <i>Veillez consulter le gestionnaire de votre régime pour plus de précisions.</i>

<b>4. Ajout de garanties collectives d'assurance-maladie supplémentaire et d'assurance dentaire</b>	<i>Vous pouvez demander d'adhérer à l'assurance collective si votre conjoint n'est plus couvert par le régime collectif offert par son employeur.</i>
	Date d'effet de perte de protection aux termes du régime du conjoint : Jour _____ Mois _____ Année _____
	Indiquez quelles garanties ne sont plus offertes aux termes du régime du conjoint : <input type="radio"/> Assurance-maladie supplémentaire <input type="radio"/> Assurance dentaire

<b>5. Modification des renseignements relatifs aux personnes à charge</b>
La présente section est à remplir si vous désirez ajouter ou supprimer une personne à charge ou mettre à jour les renseignements relatifs aux personnes à charge. Si vous avez plus de quatre personnes à charge, veuillez annexer une liste à la présente. Veuillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.

Date d'effet de la modification : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Changement à une :  Protection individuelle  Protection familiale

Raison :  Naissance d'un enfant  Divorce  Mariage  Cohabitation Date du mariage/de la cohabitation : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_  
 Autre (veuillez fournir des précisions) \_\_\_\_\_

Renseignements relatifs au conjoint				Quelles sont les garanties d'assurance collective offertes par le régime de l'employeur de votre conjoint?											
Ajouter	Modifier	Supprimer		ASSURANCE-MALADIE SUPPLÉMENTAIRE			ASSURANCE DENTAIRE			ASSURANCE OCULAIRE					
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune	Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune	Indiv.	Fam.	Renonc.	Aucune
				<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"/>
Date de naissance (Jour/Mois/Année)				Sexe		Le cas échéant, les prestations payables aux termes de votre régime seront coordonnées avec celles versées aux termes du régime de votre conjoint.									
				Homme Femme											
				<input type="radio"/> <input type="radio"/>											

Renseignements relatifs aux personnes à charge				Date de naissance	Sexe		Étudiant	Personne à charge
Ajouter	Modifier	Supprimer		Jour/Mois/Année	Homme	Femme	à temps plein	invalide
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>			<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
			Nom	Prénom	Initiale du second prénom			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
			Nom	Prénom	Initiale du second prénom			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
			Nom	Prénom	Initiale du second prénom			
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>						
			Nom	Prénom	Initiale du second prénom			

À remplir par le gestionnaire du régime

Numéro de régime : \_\_\_\_\_ Nom du participant : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification du participant : \_\_\_\_\_

## 6. Changement de nom du participant

De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_  
Nom Prénom Initiale du second prénom Nom Prénom Initiale du second prénom

## 7. Modification de la désignation de bénéficiaire

Vous devez remplir cette section pour changer le ou les bénéficiaires désignés à l'égard de l'assurance-vie.

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

**Vous devez apposer vos initiales à côté des désignations de bénéficiaire rayées.**

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

### Désignation de bénéficiaire.

**Je demande par la présente que ma désignation de bénéficiaire précédente soit modifiée comme suit :**

Nom du bénéficiaire (des bénéficiaires)	Part en pourcentage	Lien avec le participant
---	---------------------	--------------------------

Nom	Prénom	Initiale du second prénom	_____	_____
-----	--------	---------------------------	-------	-------

Nom	Prénom	Initiale du second prénom	_____	_____
-----	--------	---------------------------	-------	-------

Nom	Prénom	Initiale du second prénom	_____	_____
-----	--------	---------------------------	-------	-------

Les sommes dues doivent être divisées comme suit :  selon les pourcentages indiqués ci-dessus  
 en parts égales entre les survivants

Vous pouvez modifier la présente désignation de bénéficiaire en tout temps en avisant la Great-West. Si vous désirez effectuer une désignation de bénéficiaire irrévocable (ce qui signifie que vous ne pourrez pas modifier la désignation ni apporter certains changements à votre protection aux termes du régime sans le consentement écrit du bénéficiaire irrévocable), veuillez remplir le formulaire n° M6348 BIL.

**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 demande que ma désignation soit :**

**Révocable**, je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

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.**

## 8. Changement de nom du bénéficiaire actuel

Remplir cette section si l'un des bénéficiaires actuels a changé légalement de nom.

De : \_\_\_\_\_ À : \_\_\_\_\_  
Nom Prénom Initiale du second prénom Nom Prénom Initiale du second prénom

Lien avec le participant : \_\_\_\_\_

## 9. Renonciation à toutes les garanties collectives

Vous pouvez renoncer aux garanties collectives si la participation au régime n'est pas obligatoire.

**Renonciation à toutes les garanties collectives** - pour les régimes où la participation n'est pas obligatoire.

Je comprends les modalités du régime d'assurance qui m'est offert, mais **je renonce** à y participer.

Si, à une date ultérieure, vous décidez d'adhérer à la protection, vous et les personnes à votre charge devrez fournir une preuve d'assurabilité jugée acceptable par la Great-West pour être couverts. À l'approbation de votre participation, la garantie d'assurance dentaire, le cas échéant, pourrait être limitée.

Date d'effet : Jour \_\_\_\_\_ Mois \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

*Veillez consulter le gestionnaire de votre régime pour plus de détails.*

## 10. 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 (la Great-West)**, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la 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 renseignements personnels consignés 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 personnels pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime collectif.

## 11. Autorisations et déclarations

La présente section doit être signée et datée, à l'ENCRE, 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, s'il y a lieu;
- la Great-West à utiliser mon numéro d'assurance sociale pour les besoins de la déclaration de revenus et comme numéro d'identification, au besoin, aux fins de l'administration du régime;
- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de mon régime, toute compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de soins travaillant avec la Great-West à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime.

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 valide que l'original.

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

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