

La section 1 doit être remplie par l'administrateur de régime. Les autres sections et le formulaire de désignation de bénéficiaire doivent être remplis par le participant. Veuillez écrire lisiblement à l'encre foncée et en MAJUSCULES.

1 Déclaration du promoteur de régime

Promoteur de régime _____ Numéro de contrat _____

Numéro de compte/d'emplacement _____ Division de facturation _____ Numéro de certificat du participant _____

Date d'embauche à titre permanent (jj/mmmm/aaaa) _____ Voulez-vous exempter le participant de la période probatoire? ☐ Oui ☐ Non

Date de réembauche (jj/mmmm/aaaa) _____ S'il s'agit d'une réembauche, date de cessation de l'emploi précédent (jj/mmmm/aaaa) _____

Catégorie/Régime _____ Profession _____ Heures normales/sem. _____ Salaire _____ \$ Fréquence _____

Je certifie que le participant indiqué ci-dessous est **effectivement au travail** à son lieu de travail habituel au Canada. « **Effectivement au travail** » s'entend du fait que le **participant** travaille selon un horaire normal prévoyant le nombre d'heures minimal précisé au contrat, et ce, sur une période de 52 semaines, y compris les semaines de vacances rémunérées.

Signature de l'administrateur de régime _____ Date (jj/mmmm/aaaa) _____

Personne inscrite en vertu de la *Loi sur les Indiens* du Canada à des fins d'exonération fiscale? ☐ Oui ☐ Non

Une preuve d'assurabilité est-elle exigée? ☐ Oui ☐ Non (Afin de déterminer si une preuve d'assurabilité est exigée, veuillez vous reporter à votre contrat.)

Si *oui*, le formulaire GL0004F doit être rempli et envoyé à Manuvie aux fins de traitement.

2 Renseignements sur le participant

Nom de famille du participant _____ Prénom _____

Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) _____ Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin Province de domicile _____

À remplir par l'employé

Langue ☐ Français ☐ Anglais Avez-vous un conjoint (époux, conjoint de fait ou conjoint uni civilement)? ☐ Oui ☐ Non

3 Adresse du participant

Adresse (numéro, rue, appartement) _____

Ville _____ Province _____ Code postal _____

4 Résidents du Québec (65 ans ou plus)

Participez-vous au régime d'assurance médicaments de la RAMQ? ☐ Oui ☐ Non

5 Adhésion à la couverture

Certains régimes permettent de renoncer à certaines garanties si le participant est couvert par le régime de son conjoint. Vous pourrez ajouter la couverture à une date ultérieure; toutefois, une preuve d'assurabilité pourrait être demandée au moment de l'adhésion.

Couverture Soins médicaux complémentaires demandée ☐ Moi-même seulement ☐ Moi-même ET 1 personne à charge (conjoint ou enfant) ☐ Moi-même ET 2 personnes à charge ou plus (conjoint et/ou enfants) ☐ Aucune, mon conjoint bénéficiant d'une couverture Demandez-vous l'assurance vie des personnes à charge? ☐ Oui ☐ Non	Couverture Soins dentaires ☐ Moi-même seulement ☐ Moi-même ET 1 personne à charge (conjoint ou enfant) ☐ Moi-même ET 2 personnes à charge ou plus (conjoint et/ou enfants) ☐ Aucune, mon conjoint bénéficiant d'une couverture Il est possible que l'assurance vie des personnes à charge soit obligatoire. Reportez-vous à votre contrat.
--	--

6 Coordination des prestations

Remplissez la présente section si vous souhaitez que les personnes à votre charge soient couvertes par votre régime.

Est-ce que vous ou les personnes à votre charge (conjoint ou enfants) êtes couverts par un autre régime? ☐ Oui ☐ Non

Si *oui*, fournissez les renseignements suivants : Nom de l'autre assureur _____

Nom de famille de l'assuré _____ Prénom _____ Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) _____

Date d'effet de la couverture (jj/mmmm/aaaa) _____ Numéro de certificat _____ Numéro de contrat _____

Indiquez le type de couverture au titre de l'autre régime :

S'il manque certains des renseignements demandés dans la présente section, le régime de Manuvie sera considéré par défaut comme le deuxième payeur.

Soins médicaux complémentaires

☐ Individuelle

☐ De couple

☐ Familiale

☐ Aucune

Soins dentaires

☐ Individuelle

☐ De couple

☐ Familiale

☐ Aucune

Suite à la page suivante

7 Renseignements sur les personnes à charge Conjoint

Si vous manquez d'espace pour énumérer toutes les personnes à votre charge, veuillez continuer sur une feuille distincte.

Remplissez la présente section si le régime comporte les garanties Soins médicaux complémentaires ou Soins dentaires et si vous n'avez pas renoncé aux garanties pour les personnes à votre charge à la section 5.

Nom de famille _____ Prénom _____ Date de naissance (jj/mmmm/aaaa) _____

Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin Dans le cas d'un conjoint de fait, indiquez la date de début de la cohabitation (jj/mmmm/aaaa) _____

** Si vous souhaitez présenter une demande de couverture à l'égard d'une personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite, remplissez le formulaire GL0514F.

Nom de famille	Prénom	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Sexe		Étudiant ayant dépassé l'âge limite	Personne à charge handicapée ayant dépassé l'âge limite**
			Masculin	Féminin		
_____	_____	_____	☐	☐	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐	☐	☐
_____	_____	_____	☐	☐	☐	☐

8 Virement automatique

Remplissez la présente section si vous souhaitez vous inscrire au service de virement automatique des prestations.

Número de domiciliation _____

Número de l'institution _____

Número du compte _____

MEMO									
" 1 0 8 " 1 : 0 1 1 2 2 " 5 4 0 1 : 0 0 0 1 " 1 1 1 1 " 1									
N° de domiciliation				N° de l'institution				N° du compte	

Relevé de règlement électronique

Si vous fournissez votre adresse électronique, vous recevrez une invitation à vous inscrire aux services en ligne.

Adresse électronique au travail _____ Adresse électronique personnelle _____

9 Autorisation et consentement

Par la présente, je demande l'adhésion à la couverture offerte au titre du régime d'assurance collective souscrit par le promoteur auprès de Manuvie.

Je comprends que mon conjoint et les enfants à ma charge admissibles (personnes à ma charge) peuvent bénéficier de certains éléments de cette couverture. **Je certifie** que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont à ma connaissance véridiques et complets. **Je comprends** qu'en tant que proposant, il m'incombe de voir à ce que toute déclaration verbale ou écrite fournie ultérieurement par moi-même ou par les personnes à ma charge soit à notre connaissance véridique et complète. **Je reconnais** que si des renseignements faux, incomplets ou trompeurs sont fournis, une partie ou la totalité de la couverture peut m'être refusée ou prendre fin, et les demandes de règlement en découlant, être refusées. **J'autorise** Manuvie à recueillir, utiliser, conserver et divulguer les renseignements personnels (renseignements) relatifs à ma demande aux fins de la gestion du régime d'assurance collective, de vérifications ou du traitement des demandes de règlement, ainsi qu'à des fins d'évaluation, d'enquête, de tarification et de détermination de l'admissibilité au régime.

J'autorise toute personne ou organisation détenant des renseignements, notamment tout professionnel de la santé ou établissement de soins de santé, autorité professionnelle, employeur, administrateur de régime ou d'autres programmes d'avantages sociaux, assureur et service d'enquête, à recueillir, utiliser, conserver – et échanger entre eux et avec Manuvie, ses réassureurs et ses prestataires de services – les renseignements nécessaires aux fins ci-dessus. Les personnes à ma charge **m'autorisent** à signer la présente autorisation en leur nom et à divulguer et recevoir des renseignements à leur sujet lorsqu'ils sont nécessaires aux fins ci-dessus. **J'autorise** le promoteur du régime à effectuer les retenues à la source nécessaires, au besoin. Si mon numéro d'assurance sociale (NAS) correspond à mon numéro de certificat, **j'autorise** son utilisation à des fins d'identification et d'administration. **Je reconnais** qu'une photocopie ou une version électronique de la présente autorisation est valide.

S'il y a lieu, **j'autorise** Manuvie à virer au compte indiqué dans le présent formulaire les prestations qui doivent m'être versées au titre du contrat susmentionné. **Je confirme** que la présente autorisation de virement automatique s'applique à l'institution financière que j'ai désignée dans le présent formulaire et à toute autre institution financière que je pourrais désigner dans l'avenir, et qu'elle demeure valide tant qu'elle n'est pas révoquée par écrit par moi ou mon représentant dûment autorisé. **Je reconnais** qu'après le virement des prestations au compte, Manuvie n'est liée par aucune autre obligation à l'égard de ces prestations. **Je reconnais également** que Manuvie peut à tout moment et sans préavis mettre fin à ce mode de versement et exiger mon endossement personnel relativement aux prestations futures. En outre, **je reconnais** que toutes prestations virées à mon compte par Manuvie et auxquelles je n'ai pas droit au titre du contrat ou en vertu de la loi ne feront pas partie de mes biens et devront être remboursées immédiatement à Manuvie, par moi ou par les représentants de ma succession.

S'il y a lieu, **j'autorise** Manuvie à communiquer avec moi par courriel au sujet de la couverture, pour les fins susmentionnées, à l'adresse électronique fournie dans la présente demande. **Je comprends** qu'une telle communication peut inclure des renseignements et que la confidentialité de ces renseignements ne peut pas être protégée lors d'un envoi par courriel. **Je reconnais** que Manuvie n'est pas responsable des dommages que je pourrais subir si une communication par courriel entre Manuvie et moi découlant de la présente autorisation était interceptée par un tiers. **Je reconnais** que si l'adresse électronique fournie dans la présente demande était modifiée, il m'incombe de fournir la nouvelle adresse à Manuvie. **Je comprends** que si je ne veux pas recevoir de courriels de Manuvie, je peux supprimer mon adresse électronique en ligne ou communiquer avec le Service à la clientèle.

Je comprends que tous les renseignements recueillis par Manuvie conformément à la présente autorisation seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie, maladie ou invalidité. Seules les personnes suivantes auront accès à ces renseignements :

- les employés, représentants, réassureurs et prestataires de services de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches;
- les personnes que j'ai autorisées; et
- les personnes autorisées par la loi.

J'ai le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à mon dossier et, au besoin, de demander la correction de tout renseignement inexact.

Je reconnais que je peux me renseigner davantage sur les méthodes et motifs qui déterminent la collecte, l'utilisation, la conservation ou la divulgation des renseignements personnels en consultant la politique de Manuvie en matière de protection des renseignements personnels qui se trouve dans le site de Manuvie, à l'adresse www.manuvie.ca/participant, ou en m'adressant au promoteur du régime.

Signature du participant _____ Date (jj/mmmm/aaaa) _____

10 Directives d'envoi

Veuillez faire parvenir le formulaire à l'administrateur de votre régime, qui transmettra les données vous concernant à Manuvie en votre nom.

Désignation de bénéficiaire Assurance collective

Toutes les sections ci-dessous doivent être remplies, car la présente désignation remplacera toute désignation antérieure.

1 Renseignements sur le participant	Promoteur de régime	Numéro de contrat	Numéro de certificat du participant
	Nom et prénom du participant	Province du domicile	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)

2 Bénéficiaire principal Veuillez indiquer tous les bénéficiaires principaux de l'assurance vie de base ou de l'assurance décès accidentel de base. Les pourcentages doivent totaliser 100 % pour être valides. Irrévocabilité	Nom et prénom du bénéficiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
	Nom et prénom du bénéficiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
	Nom et prénom du bénéficiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
	Nota : Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Veuillez joindre le consentement signé et daté au présent formulaire. Il vous revient de vous assurer de la validité de votre désignation. Réservé aux résidents du Québec Au Québec, à moins d'avis contraire, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable. Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est ☐ Révocable ☐ Irrévocable			

3 Assurance facultative (s'il y a lieu) Numéro de contrat Veuillez indiquer tous les bénéficiaires de l'assurance vie facultative ou de l'assurance décès accidentel facultative. Irrévocabilité	Nom et prénom du bénéficiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
	Nom et prénom du bénéficiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
	Nom et prénom du bénéficiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
	Nota : Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Veuillez joindre le consentement signé et daté au présent formulaire. Il vous revient de vous assurer de la validité de votre désignation. Réservé aux résidents du Québec Au Québec, à moins d'avis contraire, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable. Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est ☐ Révocable ☐ Irrévocable			

4 Bénéficiaire subsidiaire	Vous pouvez désigner un (des) bénéficiaire(s) subsidiaire(s) à l'égard de toute somme assurée aux termes du contrat d'assurance collective au cas où aucun des bénéficiaires principaux désignés ci-dessus ne vous survivrait. Dans ce cas, le(s) bénéficiaire(s) subsidiaire(s) a (ont) automatiquement droit aux sommes assurées qui auraient été versées au(x) bénéficiaire(s) principal (principaux). Si vous désignez plus d'un bénéficiaire subsidiaire, les sommes assurées seront partagées en parts égales entre ces bénéficiaires. Si aucun bénéficiaire ne vous survit au moment de votre décès, les sommes assurées seront versées à votre succession. <table border="1"> <tr> <td data-bbox="451 1318 930 1381">Nom et prénom du bénéficiaire subsidiaire</td> <td data-bbox="946 1318 1182 1381">Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)</td> <td data-bbox="1198 1318 1547 1381">Lien avec le participant</td> </tr> <tr> <td data-bbox="451 1392 930 1455">Nom et prénom du bénéficiaire subsidiaire</td> <td data-bbox="946 1392 1182 1455">Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)</td> <td data-bbox="1198 1392 1547 1455">Lien avec le participant</td> </tr> </table>				Nom et prénom du bénéficiaire subsidiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant	Nom et prénom du bénéficiaire subsidiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant
Nom et prénom du bénéficiaire subsidiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant								
Nom et prénom du bénéficiaire subsidiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant								

5 Désignation de fiduciaire À remplir si tout bénéficiaire désigné n'est pas majeur.	Je nomme _____ bénéficiaire fiduciaire des sommes dues à tout bénéficiaire qui n'est pas majeur (ne s'applique pas au Québec).
--	--

6 Déclaration et autorisation Compte tenu de la portée juridique de toute désignation de bénéficiaire, la présente désignation doit être signée et datée pour être valide. Une copie, une télécopie ou une copie numérisée de la présente désignation de bénéficiaire est aussi valide que l'original.	Par la présente, je révoque toute désignation de bénéficiaire faite antérieurement pour la couverture précitée et je désigne la (les) personne(s) susmentionnée(s) comme bénéficiaire(s). Manuvie reconnaît l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Les renseignements fournis seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie et maladie. Seules les personnes suivantes ont accès aux renseignements versés à votre dossier : • les employés et les représentants de service de Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches; • les personnes que vous avez autorisées; et • les personnes autorisées par la loi. Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de corriger tout renseignement inexact. Il est entendu que je peux obtenir de plus amples renseignements sur la collecte, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels par Manuvie à l'adresse www.manuvie.ca/participant ou auprès du promoteur du régime. <table border="1"> <tr> <td data-bbox="451 1938 1239 2001">Signature du participant</td> <td data-bbox="1255 1938 1547 2001">Date (jj/mmmm/aaaa)</td> </tr> </table>	Signature du participant	Date (jj/mmmm/aaaa)
Signature du participant	Date (jj/mmmm/aaaa)		

Manuvie n'assume aucune responsabilité quant à la validité ou à la portée des renseignements que vous fournissez. Les mots « vous » et « votre » renvoient au participant. Le terme « promoteur de régime » désigne l'entité qui offre le régime d'assurance collective, par exemple un employeur.

Pourquoi désigner un bénéficiaire?

Si vous voulez qu'une partie ou la totalité de votre prestation de décès soit versée à des personnes précises, vous devez prendre des dispositions en ce sens et désigner ces personnes, c'est-à-dire les bénéficiaires. Si votre désignation de bénéficiaire est à jour, la prestation de décès sera versée selon vos volontés, car vous aurez désigné des bénéficiaires principaux et subsidiaires, et vous aurez indiqué le pourcentage de la prestation de décès devant être versé à chacun d'eux.

Bénéficiaire : personne ou entité à qui sera versée la prestation de décès au titre de la couverture de base ou de la couverture facultative que vous avez choisie dans le cadre de votre régime d'assurance collective. Les bénéficiaires désignés au titre de la couverture de base peuvent être différents des bénéficiaires désignés au titre de la couverture facultative.

Types de bénéficiaire – bénéficiaire principal et bénéficiaire subsidiaire

Bénéficiaire principal : personne ou entité que vous désignez pour recevoir la prestation de décès. Si vous désignez plus d'un bénéficiaire, vous devez indiquer le pourcentage de la prestation de décès devant être versé à chaque personne. Lorsque plusieurs bénéficiaires principaux sont désignés, les pourcentages alloués à chacun d'eux doivent totaliser 100 %.

Bénéficiaire subsidiaire : personne ou entité que vous désignez pour recevoir la prestation de décès si tous les bénéficiaires principaux décèdent avant vous. Si vous désignez plus d'un bénéficiaire subsidiaire, la prestation de décès est divisée en parts égales entre les bénéficiaires subsidiaires.

Qu'advient-il de la prestation de décès lorsque...

... le bénéficiaire principal décède avant vous et que vous n'avez désigné aucun bénéficiaire subsidiaire?	La prestation de décès est versée à vos ayants droit.
... le bénéficiaire principal décède avant vous, mais que vous avez désigné un ou des bénéficiaires subsidiaires?	La prestation de décès est versée au(x) bénéficiaire(s) subsidiaire(s).
... vous avez désigné deux bénéficiaires principaux, mais qu'un des bénéficiaires décède avant vous sans que vous ayez modifié votre désignation de bénéficiaire?	La part de la prestation de décès qui aurait été versée au bénéficiaire décédé est versée au bénéficiaire principal survivant, qui reçoit ainsi la totalité de la prestation de décès.

Bénéficiaire irrévocable ou révocable

Bénéficiaire irrévocable : bénéficiaire dont la désignation ne peut pas être modifiée sans son autorisation écrite. Par exemple, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire et que vous vous séparez, vous ne pouvez pas modifier la désignation de bénéficiaire sans présenter un formulaire de renonciation dûment rempli par votre ex-conjoint.

Au Québec, si vous nommez votre conjoint comme bénéficiaire (il doit s'agir d'une union civile), ce bénéficiaire est automatiquement irrévocable, sauf si vous stipulez le contraire ou si vous divorcez.

Bénéficiaire révocable : bénéficiaire dont la désignation peut être modifiée en tout temps sans son autorisation. Par exemple, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire et que vous vous séparez, vous pouvez modifier la désignation de bénéficiaire sans obtenir l'autorisation de votre ex-conjoint.

Désignation d'un mineur comme bénéficiaire

Si une prestation de décès doit être versée à un mineur qui a été désigné comme bénéficiaire principal ou subsidiaire, la prestation de décès peut uniquement être versée, au nom du mineur, à un fiduciaire ou à un tuteur aux biens, à défaut de quoi elle est déposée auprès du tribunal, qui la garde jusqu'à ce que le bénéficiaire atteigne l'âge de la majorité prescrit dans votre province de résidence. Il est donc important de désigner également un fiduciaire pour tout bénéficiaire qui est un mineur au moment de sa désignation comme bénéficiaire.

Au Québec, les parents sont considérés comme les tuteurs de leur enfant.

Si vous avez désigné un mineur comme bénéficiaire irrévocable, le contrat est automatiquement bloqué jusqu'à ce que le bénéficiaire atteigne l'âge de la majorité prescrit dans votre province de résidence. Un parent, un tuteur ou un fiduciaire ne peut pas autoriser un changement de bénéficiaire au nom d'un mineur.

Mineur : personne désignée comme bénéficiaire et n'ayant pas l'âge de la majorité prescrit dans votre province de résidence.

Fiduciaire : personne que vous désignez pour recevoir en fiducie la prestation de décès destinée au mineur jusqu'à ce que celui-ci atteigne l'âge de la majorité prescrit dans votre province de résidence.

Tuteur : personne qui agit à titre de fiduciaire.