

Formulaire de choix – Sélection des avantages sociaux

Veuillez écrire lisiblement en lettres moulées et à l'ENCRE, et remplir les deux côtés du formulaire, le signer et inscrire la date. Faites une copie pour vos dossiers.

1. Administrateur du régime						
Numéro du régime :		Numéro de division de la Canada Vie :		Catégorie d'avantages sociaux :		
Administrateur du régime : ☐ MBC ☐ BCOQ ☐ EBFC ☐ BCOC			Identificateur du participant :			
Employeur :			Date d'embauche (aaaa/mm/jj) :			
Date d'effet de la protection (aaaa/mm/jj) :		Province de résidence :		Province d'emploi :		
Emploi :		Salaire :		\$ par ☐ année ☐ mois ☐ semaine ☐ heure		
2. Renseignements sur le participant						
Nom du participant (prénom, initiale, nom de famille) :				Sexe : ☐ Homme ☐ Femme		
Adresse (numéro et nom de la rue, numéro d'appartement ou de bureau) :						
Ville :		Province :		Code postal :		
Date de naissance (aaaa/mm/jj) :		Langue : ☐ anglais ☐ français				
Courriel :						
État civil : ☐ Célibataire ☐ Marié Situation de famille pour la couverture d'avantages sociaux : ☐ Participant seulement						
☐ Participant + 1 personne à charge ☐ Participant + 2 personnes à charge ou plus						
Renseignements sur le conjoint						
Remplir cette section.	Nom du conjoint (prénom, nom de famille) :		Date de naissance (aaaa/mm/jj) :		Sexe : ☐ Homme ☐ Femme	
	Votre conjoint est-il couvert par le régime de soins médicaux ou dentaires de son employeur?		Si oui, veuillez indiquer la protection du conjoint:			
	☐ Oui ☐ Non Assureur du conjoint :		Soins médicaux ☐ Familiale ☐ Individuelle ☐ Soins de la vue Soins dentaires ☐ Familiale ☐ Individuelle			
Renseignements sur les enfants à charge						
Remplir cette section. Si vous avez plus de trois enfants à charge, veuillez photocopier cette feuille vide pour inclure les renseignements additionnels.	Nom de l'enfant (prénom, nom) :		Date de naissance (aaaa/mm/jj) :	Sexe :	Étudiant* :	Enfant handicapé plus âgé** :
				☐ Homme ☐ Femme	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
				☐ Homme ☐ Femme	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
				☐ Homme ☐ Femme	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
* Un étudiant est un enfant de 22 ans ou plus mais de moins de 25 ans qui étudie à temps plein dans une institution d'enseignement reconnue par l'ARC, dans la mesure où l'enfant n'est pas marié ou dans une autre union formelle et dépend entièrement de vous pour son soutien. ** Pour inscrire un enfant handicapé plus âgé, communiquez avec l'administrateur du régime dans les 31 jours suivant la date à laquelle l'enfant atteint l'âge limite (22 ans).						
3. Avantages flexibles – Police no 156241 de la Canada Vie						
Vos choix de prestations resteront en vigueur jusqu'au 1er janvier de la prochaine année d'inscription, laquelle se produit dans années paires (2026, 2028, 2030, etc.).						
Choisir <i>un</i> régime seulement: ☐ STANDARD Régime ☐ ÉTENDUE Régime ☐ SUPÉRIEURE Régime						

4. Assurance facultative décès et mutilation par accident *Choix* – Police n° OE1058101 de la CHUBB

Tranches de 10 000 \$ jusqu'à 250 000 \$

Montant demandé :

\$

Choisir *un* régime seulement : ☐ Participant seulement☐ Participant + personnes à charge

Aucune preuve d'assurabilité n'est exigée pour l'assurance facultative décès et mutilation par accident.

5. Désignation de Bénéficiaire

En remplissant ce formulaire, je révoque toutes les désignations de bénéficiaires faites antérieurement et désigne les bénéficiaires suivants, conformément aux lois applicables.

Remplir chaque section pour lesquelles vous faites une demande. Si votre désignation de bénéficiaire actuelle est irrévocable, votre bénéficiaire actuel doit accepter de renoncer à ses droits en remplissant un formulaire de Consentement du bénéficiaire. Si vous avez besoin de plus d'espace pour des bénéficiaires additionnels, veuillez photocopier cette page vide.

Bénéficiaire de l'assurance vie DE BASE du participant**Police n° 156241 de la Canada Vie**

Remplir cette section	Nom (prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Lien avec vous	Percentage (le total doit donner 100 %)
Au Québec, si vous désignez votre conjoint légal (marié ou union civile) comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable à moins que vous ne cochiez la case « Bénéficiaire révocable » ci-contre. ☐ Bénéficiaire révocable				

Bénéficiaire de l'assurance décès et mutilation par accident (DMA) DE BASE du participant**Police n° AB10518101 de la CHUBB**

Remplir cette section	Nom (prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Lien avec vous	Percentage (le total doit donner 100 %)
Au Québec, si vous désignez votre conjoint légal (marié ou union civile) comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable à moins que vous ne cochiez la case « Bénéficiaire révocable » ci-contre. ☐ Bénéficiaire révocable				

Bénéficiaire de l'assurance FACULTATIVE décès et mutilation par accident (DMA) du participant (si applicable) Police n° OE10518101 de la CHUBB

Ne remplir cette section que si vous demandez de l'assurance facultative DMA	Nom (prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Lien avec vous	Percentage (le total doit donner 100 %)
Au Québec, si vous désignez votre conjoint légal (marié ou union civile) comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable à moins que vous ne cochiez la case « Bénéficiaire révocable » ci-contre. ☐ Bénéficiaire révocable				

Nomination d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur autre qu'un résident du Québec

Si vous souhaitez désigner un ou des enfants mineurs comme bénéficiaire(s), un fiduciaire doit être nommé.

Tous les paiements exigibles alors que le bénéficiaire est un mineur* doivent être faits à

_____ à titre de fiduciaire ou, en l'absence d'un fiduciaire, au tuteur dûment nommé de cet enfant mineur à titre de fiduciaire. Le paiement au fiduciaire décharge l'assureur.

*Un mineur est un enfant qui n'a pas atteint l'âge de la majorité selon la définition donnée par les lois provinciales.

Désignation de bénéficiaires mineurs pour les résidents du Québec

Au Québec, tout montant payable à un bénéficiaire mineur avant que celui-ci n'ait atteint l'âge de la majorité doit être payé au tuteur de l'enfant mineur (parent survivant ou tuteur légal). Un avocat ou un notaire devrait être consulté.

Tous les paiements exigibles alors que le bénéficiaire est un mineur* doivent être faits à

_____ à titre de tuteur légal de l'enfant mineur. Le paiement au tuteur légal de l'enfant mineur décharge l'assureur.

*Un mineur est un enfant qui n'a pas atteint l'âge de 18 ans.

Protection des renseignements personnels, autorisations et déclarations

Les renseignements personnels recueillis par l'administrateur du régime à votre sujet et au sujet des personnes à votre charge sont conservés dans la plus stricte confidentialité et sont utilisés aux seules fins que vous avez autorisées. Votre dossier personnel est conservé en tout temps dans les bureaux de l'administrateur du régime. Vous avez le droit de demander de consulter votre dossier personnel et, au besoin, de corriger les renseignements inexacts ou d'apporter des modifications aux renseignements actuels, si nécessaire. Pour ce faire, vous devez envoyer une demande écrite à l'administrateur du régime.

L'accès à vos renseignements personnels sera limité à l'administrateur du régime et aux assureurs dans l'exercice de leurs fonctions, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées par la loi. Pour les fins de vérification et de préparation des rapports administratifs, l'administrateur du régime peut communiquer des renseignements statistiques non nominatifs de votre employeur/titulaire de police.

PAR LA PRÉSENTE, je demande mon adhésion aux avantages sociaux auxquels je suis ou peux devenir admissible, sous réserve de toute renonciation indiquée, en vertu du régime d'assurance collective de mon employeur/titulaire de police et je CONFIRME qu'au meilleur de ma connaissance, les renseignements contenus dans ce formulaire sont véridiques et complets.

Si je dois verser des cotisations à l'égard de mes garanties d'assurance collective, j'AUTORISE mon employeur à prélever les déductions requises de mon salaire, le cas échéant, et de remettre ces cotisations à l'assureur applicable.

J'ACCEPTÉ qu'une photocopie de cette confirmation/autorisation ait la même valeur que l'original.

Signature du participant

X

Date (aaaa/mm/jj)

Nom du participant (en lettres moulées S.V.P.)