



Désignation de bénéficiaire

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYÉ

Nom de l'employé _____ N° d'entreprise _____ N° de certificat _____
Nom de l'entreprise _____

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE PRINCIPAL

Je désigne, par la présente, la(les) personne(s) ci-dessous mentionnée(s), comme bénéficiaire de toute somme d'assurance vie payable en vertu de ma participation au régime.

Nom	Prénom et initiale	% du capital	Lien avec l'employé	Date de naissance
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Les sommes dues doivent être divisées comme suit : Selon les pourcentages indiqués ci-dessus (doivent totaliser 100 %) En parts égales entre les survivants

Lorsque les dispositions législatives du Québec s'appliquent, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable (un bénéficiaire irrévocable doit consentir à tout changement) sauf si vous cochez la case qui suit : **Révocable**, je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

Désignation d'un fiduciaire ou d'un administrateur : Si le bénéficiaire est un mineur, je désigne, par la présente, le fiduciaire ou l'administrateur ci-dessous mentionné. Cette personne recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par le fiduciaire ou l'administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise le fiduciaire ou l'administrateur à agir selon sa discrétion et de déboursier ladite somme ou ledit revenu, en tout ou en partie, pour le soutien ou l'éducation dudit ou de ladite mineur(e).

Nom complet	Lien avec l'employé
_____	_____

Si vous désignez un fiduciaire ou un administrateur, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire ou administrateur proposé.

Résidents du Québec : Cette désignation doit être interprétée conformément aux dispositions régissant l'administration de la propriété d'autrui, en vertu du Code civil du Québec.

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires subsidiaires qui toucheront la somme assurée au titre de la présente police collective au cas où tous les bénéficiaires principaux susmentionnés décédaient avant vous. Dans ce cas, tout bénéficiaire subsidiaire aurait automatiquement droit à la somme assurée payable à tout bénéficiaire principal. Si aucun bénéficiaire n'est vivant au moment de votre décès, la somme assurée sera versée à votre succession.

Nom	Prénom et initiale	% du capital	Lien avec l'employé	Date de naissance
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Les sommes dues doivent être divisées comme suit : Selon les pourcentages indiqués ci-dessus (doivent totaliser 100 %) En parts égales entre les survivants

Lorsque les dispositions législatives du Québec s'appliquent, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable (un bénéficiaire irrévocable doit consentir à tout changement) sauf si vous cochez la case qui suit : **Révocable**, je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

Désignation de bénéficiaire

Nom de l'employé _____ N° d'entreprise _____ N° de certificat _____

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE (SUITE)

Désignation d'un fiduciaire ou d'un administrateur : Si le bénéficiaire est un mineur, je désigne, par la présente, le fiduciaire ou l'administrateur ci-dessous mentionné. Cette personne recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par le fiduciaire ou l'administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise le fiduciaire ou l'administrateur à agir selon sa discrétion et de déboursier ladite somme ou ledit revenu, en tout ou en partie, pour le soutien ou l'éducation dudit ou de ladite mineur(e).

Nom complet

Lien avec l'employé

Si vous désignez un fiduciaire ou un administrateur, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire ou administrateur proposé.

Résidents du Québec : Cette désignation doit être interprétée conformément aux dispositions régissant l'administration de la propriété d'autrui, en vertu du Code civil du Québec.

Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets.

Aux fins de l'administration du régime d'avantages sociaux, de toute évaluation, de toute enquête, de la gestion des demandes de règlement, de la souscription et pour déterminer l'admissibilité au régime, j'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce^{MC} à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels concernant la présente demande. La liste non exhaustive de sources à partir desquelles l'information peut être puisée comprend des professionnels de la santé ou d'établissement de santé, des compagnies d'assurance, d'autres organisations ou personnes. Le présent consentement vaut également pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils sont visés par ma demande.

Des renseignements détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels se trouvent à la section « Politique de confidentialité » du site www.lecollectifdeschambres.ca. Ils peuvent également être obtenus auprès de l'administrateur de mon programme d'avantages sociaux.

Une photocopie du présent consentement est aussi valide que l'original.

Signature de l'employé _____ Date _____

Nous vous prions de retourner ce formulaire dûment rempli et signé à notre bureau.

Télécopieur

204 774-6698 ou 1 800 457-8410

Courriel

chambers@johnstongroup.ca

Courrier

Régime d'assurance collective des chambres de commerce
1051, rue King Edward
Winnipeg (Manitoba) R3H 0R4