

Désignation de bénéficiaire

RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE EMPLOYÉE

Nom de la personne employée _____ Numéro d'entreprise _____ Numéro de certificat _____

Nom de l'entreprise _____

DÉSIGNATION DE PERSONNE BÉNÉFICIAIRE PRINCIPALE

Je désigne par la présente la/les personne/s ci-dessous comme bénéficiaire/s de toute prestation d'assurance vie payable au titre de ma participation à ce régime.

Nom de famille	Prénom et initiale	% du capital	Lien avec la personne employée	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Les sommes dues doivent être divisées comme suit : pourcentage de la somme assurée (doit totaliser 100 %)
 en parts égales entre les personnes survivantes

Lorsque les dispositions législatives du Québec s'appliquent, la désignation du conjoint ou de la conjointe comme bénéficiaire est irrévocable (la personne 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 ou une fiduciaire ou d'un administrateur ou une administratrice : Si la personne bénéficiaire est mineure (non applicable pour les personnes résidant au Québec), je désigne, par la présente, la ou le fiduciaire ou l'administratrice ou administrateur ci-dessous mentionné. Cette personne recevra pour la personne bénéficiaire mineure, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par la ou le fiduciaire ou l'administratrice ou administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise la ou le fiduciaire ou l'administratrice ou 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 de la personne mineure.

Prénom	Nom de famille	Lien avec la personne employée
--------	----------------	--------------------------------

Si vous désignez un ou une fiduciaire ou un administrateur ou une administratrice, nous vous recommandons de consulter un ou une conseillère juridique et tout et toute fiduciaire ou administrateur ou administratrice proposée.

Personnes résidant au 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 DE PERSONNE BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE

Vous pouvez désigner une personne bénéficiaire ou plusieurs bénéficiaires subsidiaires qui toucheront la somme assurée au titre de la présente police collective au cas où toutes les personnes bénéficiaires principales susmentionnées décédaient avant vous. Dans ce cas, toute personne bénéficiaire subsidiaire aurait automatiquement droit à la somme assurée payable à toute personne bénéficiaire principale. Si aucune personne bénéficiaire n'est vivante au moment de votre décès, la somme assurée sera versée à votre succession.

Nom de famille	Prénom et initiale	% du capital	Lien avec la personne employée	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Les sommes dues doivent être divisées comme suit : pourcentage de la somme assurée (doit totaliser 100 %)
 en parts égales entre les personnes survivantes

Lorsque les dispositions législatives du Québec s'appliquent, la désignation du conjoint ou de la conjointe comme bénéficiaire est irrévocable (la personne 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 la personne employée _____ Numéro d'entreprise _____ Numéro de certificat _____

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE (SUITE)

Désignation d'un ou une fiduciaire ou d'un administrateur ou une administratrice : Si la personne bénéficiaire est mineure (non applicable pour les personnes résidant au Québec), je désigne, par la présente, la ou le fiduciaire ou l'administratrice ou administrateur ci-dessous mentionné. Cette personne recevra pour la personne bénéficiaire mineure, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par la ou le fiduciaire ou l'administratrice ou administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise la ou le fiduciaire ou l'administratrice ou 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 de la personne mineure.

Prénom	Nom de famille	Lien avec la personne employée
--------	----------------	--------------------------------

Si vous désignez un ou une fiduciaire ou un administrateur ou une administratrice, nous vous recommandons de consulter un ou une conseillère juridique et tout et toute fiduciaire ou administrateur ou administratrice proposée.

Personnes résidant au 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 pour la collecte et la communication de renseignements personnels

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

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce et ses compagnies d'assurance à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles des renseignements peuvent être obtenus comprend des spécialistes, des établissements ou des prestataires de soins médicaux et de santé, des compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. Cette autorisation est également valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant les personnes à ma charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties de ce régime.

Je prends acte du fait qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité » du site www.lecollectifdeschambres.ca ou auprès de l'administratrice ou l'administrateur de mon programme d'avantages sociaux.

Une photocopie de la présente Déclaration et autorisation est aussi valide que l'original.

Signature de la personne employée _____ Date _____

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

Télécopieur
1 800 457-8410

Courriel
chambres@johnstongroup.ca

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