



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 comme bénéficiaire(s) de toute prestation d'assurance vie payable au titre de ma participation à ce régime.

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

Les sommes dues doivent être divisées comme suit : pourcentage de la somme assurée (doit 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 (non applicable pour les résidents du Québec), 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. 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 mineur.

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 : pourcentage de la somme assurée (doit 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 (non applicable pour les résidents du Québec), 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. 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 mineur.

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

Je déclare que tous les renseignements qui précèdent sont véridiques et complets.

J'autorise le Régime d'assurance collective des chambres de commerce 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 les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime.

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 ou auprès de l'administrateur de mon régime d'assurance collective.

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
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