



Ce formulaire doit être rempli par le participant.
S.v.p. écrire en caractères imprimés à l'encre.
Si vous remplissez le formulaire en ligne, votre signature originale à l'encre doit y être apposée.

Renseignements sur le participant

*Genre actuellement, aux fins d'administration par la Canada Vie. Ce champ est obligatoire, veuillez en choisir un.

Nom du participant (caractères imprimés): _____
Nom Prénom Initiale

Adresse: _____

Ville: _____ Province: _____ Code postal: _____

Numéro d'assurance sociale: _____ *Genre: Masculin Féminin Autre... Non Dévoilé

Date de naissance: Mois: _____ Jour: _____ Année: _____ Statut: Célibat. Marié / Union de fait / Union civil

Renseignements sur les personnes à charge

La couverture des personnes à charge s'adresse à vos enfants jusqu'à l'âge de 21 ans, ou 21-25 ans (26 ans au Québec) si l'enfant est étudiant à temps plein et à votre entière charge. Inscrivez dans cette section les noms de tous vos enfants à charge et plus de renseignements seront requis pour vos enfants âgés de 21-25 ans qui sont étudiants à temps plein et à votre entière charge.

	Nom	Prénom	Date de naissance			Genre	Etudiant temps plein 21-25 O/N	Personne à charge handicapée O/N
			mois	jour	année			
Conjoint/e:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfant:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfant:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfant:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfant:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfant:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Enfant:	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

NOTE: Si vous inscrivez un conjoint de fait (de même sexe ou de sexe opposé), veuillez indiquer la date de début de cohabitation :

Mois: _____ Jour: _____ Année: _____

NOTE: Si vous avez indiqué que vous avez un ou plus qu'un enfant à charge qui est étudiant à temps plein, lorsque vous remettrez ce formulaire veuillez y joindre, sur une feuille séparée, une preuve d'inscription à temps plein dans un établissement scolaire ainsi que les dates pendant lesquelles votre enfant fréquente l'établissement scolaire. La preuve d'inscription d'étudiant à temps plein doit être acheminée à la Great-West au début de chaque session d'école et/ou le début de chaque année scolaire pour assurer la continuité de la couverture jusqu'à l'âge de 25 ans (26 ans pour les résidents du Québec).

Coordination des prestations:

Remplissez cette section si votre conjoint à charge possède une couverture sous un autre régime collectif.

Mon conjoint est actuellement couvert, ou sera couvert, sous un autre régime collectif pour les prestations ci-dessous:

SOINS DE SANTÉ		SOINS DENTAIRES		SOINS DES YEUX		MÉDICAMENTS D'ORDONNANCE	
Célibataire	Famille	Célibataire	Famille	Célibataire	Famille	Célibataire	Famille
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Une fois rempli, veuillez acheminer l'original de ce formulaire à un des bureaux suivants

IATSE 667/669 H & W Plan Office
122-3823 Henning Drive
Burnaby BC V5C-6P3

IATSE Local 669
217-3823 Henning Drive
Burnaby BC V5C-6P3

IATSE Local 667
229 Wallace Avenue
Toronto ON M6H-1V5

Désignation de bénéficiaire

L'original de ce formulaire sera requis pour déposer une demande de règlement d'assurance-vie.

Le nom d'un bénéficiaire qui a été rayé du formulaire doit être paraphé à l'encre par le participant.

Désignation de bénéficiaire pour vos prestations d'assurance-vie

Nom	Prénom	Pourcentage attribué	Relation avec le participant
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

À répartir comme suit:

- selon le pourcentage indiqué ci-dessus, ou
 en parts égales entre les survivants

Vous pouvez changer la désignation de bénéficiaire en tout temps par un avis écrit envoyé au bureau du régime. Si vous souhaitez rendre irrévocable la désignation d'un bénéficiaire (c'est-à-dire, vous ne pourrez pas changer une désignation de bénéficiaire ou faire certains changements à votre couverture d'assurance sans le consentement écrit dudit bénéficiaire), vous devez aviser le bureau de votre régime.

Note: Là où les lois du Québec ont préséance, si vous avez désigné votre conjoint légalement marié ou votre conjoint de fait comme bénéficiaire, la désignation sera irrévocable à moins que vous cochiez la case ci-dessous identifiée « Révocable ».

Je déclare par la présente que la désignation de bénéficiaire ci-dessus est:

Révocable, je peux changer ce bénéficiaire en tout temps.

Participants du régime au Québec seulement – Les prestations payables aux termes du régime à un bénéficiaire qui est mineur ou qui n'a pas la capacité juridique nécessaire au moment où le paiement doit être effectué seront versées à son ou à ses tuteurs, ou à son ou ses curateurs, à moins qu'une fiducie valide ait été établie pour le compte du bénéficiaire mineur, par testament ou par contrat distinct, afin de recevoir les prestations et que l'assureur a été avisé de ladite fiducie. Si une fiducie valide a déjà été établie, désignez la fiducie comme bénéficiaire dans la présente section. **Il est recommandé de consulter un conseiller juridique avant de désigner une fiducie comme bénéficiaire.**

Si votre bénéficiaire est mineur ou ne possède pas une capacité juridique, veuillez remplir la partie suivante:

Je désigne par les présentes _____
Nom du fiduciaire Prénom Initiale Relation avec le participant

comme fiduciaire dans le but de percevoir et détenir en fidéicommiss tout capital-décès dû à un bénéficiaire ou des bénéficiaires âgés de moins de 18 ans ou n'ayant pas une capacité juridique, et le règlement des montants au fiduciaire libère la compagnie d'assurance de toute obligation. **Il est recommandé de consulter un conseiller juridique avant de désigner une fiducie comme bénéficiaire.** Veuillez fournir les coordonnées complètes du fiduciaire:

_____ Fiduciaire numéro de tel. résidence Numéro mobile Adresse courriel

Confidentialité

Cette section explique notre engagement envers votre vie privée.

La protection de vos renseignements personnels

Nous reconnaissons et respectons l'importance de la confidentialité. Lorsque vous faites une demande de couverture sous le Régime IATSE 667 & 669, nous créons un dossier avec vos renseignements personnels, incluant les informations du présent formulaire. Ce dossier est conservé au bureau du régime et les renseignements peuvent être partagés avec l'assureur du régime ou d'autres fournisseurs de services de soins de santé dans le but de traiter vos réclamations. Vous pouvez exercer certains droits d'accès et de corrections relatifs aux renseignements personnels dans votre dossier en acheminant une demande par écrit au bureau du régime. La couverture offerte par le régime peut inclure des fournisseurs de services situés au Canada et à l'extérieur du Canada, et il peut s'avérer nécessaire de leur divulguer vos renseignements personnels relativement aux réclamations. L'accès aux renseignements personnels dans votre dossier est limité aux personnes autorisées sous le régime qui doivent accéder aux dossiers dans l'accomplissement de leurs tâches, incluant l'assureur ou d'autres fournisseurs de services, ainsi que les personnes à qui vous avez permis l'accès à votre dossier et celles qui sont habilitées par la loi. Il est possible que vos renseignements personnels soient divulgués à des personnes autorisées selon les lois applicables au Canada ou à l'extérieur du Canada. Les renseignements personnels que nous recueillons seront utilisés pour déterminer votre admissibilité à la couverture ainsi qu'à l'administration du régime. Ceci inclut l'enquête et l'évaluation des réclamations, et la création et le maintien des dossiers qui concernent votre couverture sous le régime. Votre numéro d'assurance sociale fait partie de vos renseignements personnels, mais celui-ci fait l'objet d'un traitement spécial. Votre numéro d'assurance sociale est utilisé seulement par le bureau du régime aux fins de déclarations fiscales comme l'exige la loi, et pour assurer que les cotisations payées en votre nom vous sont attribuées. Pour une copie de la politique de confidentialité du régime, visitez www.iatse667-669healthplan.com et cliquez le lien au bas de la page d'accueil. Vous pouvez aussi consulter les lignes directrices sur la confidentialité de l'assureur ou autre fournisseur en visitant le site du régime ou en communiquant avec le bureau du régime.

Par la présente, je soumetts une demande d'assurance sous le Régime d'assurance collective IATSE 667 & 669. Je déclare avoir lu et compris et être d'accord avec le contenu de la section ci-dessus du présent formulaire intitulée « La protection de vos renseignements personnels ». Lorsque pertinent et nécessaire pour déterminer mon admissibilité à la couverture d'assurance et pour administrer le régime, j'autorise l'échange de renseignements personnels par le Régime d'assurance collective IATSE 667 & 669, par l'administrateur du régime, l'assureur du régime et autre fournisseur de services, les administrateurs de prestations gouvernementales ou autres programmes de prestations, ainsi que d'autres assureurs et organisations. Par la présente, je consens à l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale aux fins de déclarations fiscales comme l'exige la loi, et si nécessaire pour permettre le bureau du régime ou à ses ayants droit d'assurer que les cotisations faites en mon nom me sont attribuées aux fins de couverture par le régime. Si je fais une demande de couverture pour mon conjoint et/ou des personnes à charge, je confirme que je suis autorisé à agir en leurs noms. Je consens à ce qu'une photocopie ou une copie électronique de la section ici intitulée « Autorisations et déclarations » soit toute aussi valide que l'originale. J'atteste que les renseignements fournis sont exacts et complets au meilleur de ma connaissance. Pour les participants du Québec : j'accepte que le présent formulaire soit en langue anglaise. I have requested that this form be given to me in English.

Autorisations et déclarations

Cette section doit être signée et datée à l'ENCRE par le participant du régime

Signature du participant du régime: _____ Mois: _____ Jour: _____ Année: _____