

DEMANDE D'ADHÉSION À L'ASSURANCE EN CAS DÉCÈS OU DE MUTILATION ACCIDENTELS (DMA) FACULTATIVE

- Veuillez remplir cette fiche et la remettre à l'administrateur du régime. Aucune preuve d'assurabilité n'est requise.
- Un bénéficiaire distinct peut être désigné pour l'ass.-DMA facultative payable à votre décès. L'administrateur du régime a en sa possession les formulaires nécessaires. À moins d'une nomination spécifique, la capital assuré sera versé au bénéficiaire de votre assurance-vie de base.
- Vous êtes le bénéficiaire de l'assurance couvrant votre conjoint ou enfant(s) si la couverture familiale a été choisie.

Détenteur du contrat et Nom de la division		Province de résidence	No de la police d'assurance-vie
Nom de l'employé (Nom de famille/Prénom/Initiale)		No d'assurance sociale / /	Date de naissance (J/M/A) / /
(A) Montant actuel d'ass.-DMA facultative \$		(B) Montant additionnel demandé \$	Total de (A) et (B) \$
		Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
		Type d'ass.-DMA facultative <input type="checkbox"/> Seule <input type="checkbox"/> Familiale	

J'accepte que des renseignements personnels à mon sujet soient obtenus, utilisés et échangés, notamment mon numéro d'assurance sociale, par mon employeur, les administrateurs de mes régimes de retraite et d'épargne ainsi que des autres régimes d'avantages sociaux à l'intention des employés, les agents dont les services ont été retenus par mon employeur ou les administrateurs, une compagnie d'assurance ou toute autre personne qui a besoin de ces renseignements pour l'administration des régimes de retraite et d'épargne ainsi que des autres régimes d'avantages sociaux à l'intention des employés. J'autorise ces parties à obtenir et échanger entre elles toute information, à mon sujet et au sujet de mon conjoint ou de mes enfants mineurs, dont ils ont besoin pour établir le droit à l'assurance et pour le maintien de registres, l'identification des dossiers, la production de rapports, l'obtention de renseignements sur la santé, le règlement de demandes d'indemnisation, la gestion des régimes et les autres services proposés de temps à autre, à moi et à mon employeur. Je confirme par les présentes la désignation du bénéficiaire ci-dessus, qui remplace tout bénéficiaire révocable précédemment désigné. Je me réserve le droit de changer en tout temps le bénéficiaire révocable que j'ai désigné. (REMARQUE : Au Québec, en l'absence de toute précision à l'effet que le bénéficiaire est irrévocable ou révocable, le conjoint en droit est considéré un bénéficiaire irrévocable et les autres personnes, des bénéficiaires révocables. Un bénéficiaire irrévocable ne peut être changé sans le consentement par écrit de ce dernier.) Je demande par les présentes les protections d'assurance collective proposées au titre du régime de mon employeur et j'autorise toute retenue salariale requise.

Signature de l'employé

Date de l'apposition de la signature

AVIS IMPORTANT

Pour obtenir les dispositions complètes, veuillez consulter la Police maîtresse.