

644, RUE MAIN, CP 220
MONCTON (N.-B.) E1C 8L3
TÉLÉPHONE : 1-800-667-4511
TÉLÉCOPIEUR : 506-869-9653

230, AVENUE BROWNLOW, DARTMOUTH
CP 2200, HALIFAX (N.-É.) B3J 3C6
TÉLÉPHONE : 1-800-667-4511
TÉLÉCOPIEUR : 506-869-9653

CP 2000 185, THE WEST MALL, BUREAU 1200
ETOBICOKE (ONTARIO) M9C 5P1
TÉLÉPHONE : 1-800-355-9133
TÉLÉCOPIEUR : 506-869-9653

1981, AVENUE MCGILL COLLEGE, BUREAU 100,
MONTRÉAL (QC) H3A 3A7
TÉLÉPHONE : 1-888-588-1212
TÉLÉCOPIEUR : 1-514-286-8444

Nom du membre : _____ **Numéro de police :** _____ **Numéro de division :** _____

Numéro d'identification/de certificat : _____
(Si vous faites partie d'une politique de rémunération, veuillez fournir votre numéro de paie ci-dessus.)

1. CESSION D'INTÉRÊT

Je, désigné bénéficiaire irrévocable de l'employé nommé faisant partie de la police susmentionnée, par la présente, renonce à tous mes droits, titres ou intérêts dans ladite police.

Daté à _____ en ce _____ jour de _____ 20 _____

Nom du bénéficiaire : _____ Signature du bénéficiaire : _____
(Caractères d'imprimerie)

Adresse : _____

Nom du témoin : _____ Signature du témoin : _____
(Témoin de la signature du bénéficiaire - caractères d'imprimerie)

2. BÉNÉFICIAIRE

Sauf dans le cas d'une désignation irrévocable, vous pouvez changer votre bénéficiaire en tout temps, sans le consentement de ce dernier.

En choisissant l'option « irrévocable » pour un bénéficiaire, vous ne pourrez remplacer ce dernier sans son consentement écrit, lorsqu'il aura atteint l'âge de la majorité dans la province de résidence.

Au Québec, la désignation de votre conjoint comme bénéficiaire est présumée irrévocable, à moins d'indication contraire.

Les prestations seront versées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ci-dessous. Si vous n'avez nommé aucun bénéficiaire et que les champs ci-dessous sont vides, les prestations seront versées à votre succession.

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Pourcentage (Le total doit être de 100 %)	Lien de parenté	Numéro de téléphone	Révocable	Irrévocable
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Information sur le fiduciaire et le subsidiaire

Fiduciaire : Personne à qui l'on confère des pouvoirs de gestion de propriétés en fiducie et qui a l'obligation juridique de les gérer uniquement aux fins indiquées. Le fiduciaire administre en outre tous les montants dus à bénéficiaire considéré comme mineur dans sa province de résidence.

Subsidiaire : Personne(s) désignée(s) par l'employé pour recevoir les prestations si le bénéficiaire principal est décédé.

	Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Lien de parenté	Numéro de téléphone
Fiduciaire					
Subsidiaire					

Pour la province du Québec, si le bénéficiaire est mineur au moment du décès de l'assuré, Croix Bleue Medavie versera les prestations aux parents (ou autre gardien légal, le cas échéant), et non à toute autre personne qui aurait pu être nommée administrateur/fiduciaire des prestations. Si vous voulez qu'une autre personne administre les prestations de l'enfant, vous devriez l'indiquer dans votre testament. Il est également conseillé de consulter un avocat pour savoir quelles sont les mesures à prendre pour que vos volontés en matière de succession soient respectées.

3. CONSENTEMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Je comprends que les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire ainsi que tous les autres renseignements personnels que Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada détient ou obtiendra à l'avenir peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués afin d'administrer les modalités énoncées dans ma police ou dans la police collective dont je suis membre admissible, pour me recommander des produits et des services, et pour gérer les affaires de Croix Bleue. Selon le type de couverture dont je suis titulaire, des renseignements personnels restreints peuvent être recueillis auprès d'un tiers ou divulgués à ce dernier. Ces tiers comprennent les autres sociétés de la Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou d'assurance maladie, les autorités gouvernementales et les organismes de réglementation, ainsi que d'autres tiers lorsqu'ils s'avèrent nécessaires pour administrer les garanties énoncées dans la police dont je suis membre admissible.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et en sûreté. Je comprends que je peux révoquer mon consentement en tout temps; cependant, si je révoque mon consentement, Croix Bleue pourrait ne pas me fournir la couverture ou les prestations demandées. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont nécessaires et je suis conscient des risques et des avantages de consentir ou de refuser de consentir à la divulgation de mes renseignements.

Une photocopie de cette autorisation est valide au même titre que l'original. Ce formulaire de consentement respecte les lois fédérales et provinciales sur la protection des renseignements personnels. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des politiques de confidentialité de Croix Bleue Medavie, visitez le site Web www.medavie.croixbleue.ca ou composez le 1-800-667-4511.

4. AUTORISATION DU CHANGEMENT

Je, par la présente, révoque toute désignation précédente de bénéficiaire(s). Je désigne maintenant le(s) bénéficiaire(s) mentionné(s) à la Section 2 (Bénéficiaire) pour recevoir les prestations payables à la suite de mon décès en vertu de la police susmentionnée.

Daté à _____ en ce _____ jour de _____ 20 _____

Nom du membre : _____ Signature du membre : _____
(Caractères d'imprimerie)