

DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Assurance vie et décès accidentel/démembrement

LA VERSION ORIGINALE IMPRIMÉE DU FORMULAIRE REMPLI
DOIT ÊTRE CONSERVÉE PAR L'EMPLOYEUR OU PAR L'ASEBP

INSTRUCTIONS :

1. Veuillez remplir les sections requises A, B et F ainsi que les sections C et D s'il y a lieu. Tout défaut de remplir ce formulaire en entier pourrait faire en sorte que des sommes soient versées à votre succession.
2. **Veuillez retourner le formulaire *original* dûment rempli à votre employeur, sauf si vous êtes préretraité(e), employé(e) à temps partiel, enseignant(e) suppléant(e) ou employé(e) occasionnel(le).** Si vous êtes préretraité(e) ou couvert(e) par les Garanties de l'ASEBP pour employés à temps partiel ou employés suppléants/occasionnels, veuillez retourner le formulaire original rempli directement à l'ASEBP.

A. Renseignements du requérant

Nom de famille : _____ Prénom : _____ No d'id. ASEBP : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Province : _____ Code postal : _____

N° de téléphone (jour) : _____ Cellulaire/autre n° de téléphone : _____

Nom de l'employeur (le cas échéant) : _____

Adresse de courriel (facultative) : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____
AAAA MM JJ

B. Bénéficiaire(s) de l'assurance vie et décès accidentel/démembrement

Je désigne le(s) bénéficiaire(s) suivant(s) pour mon assurance vie et décès accidentel/démembrement. Cette désignation a préséance sur toute désignation antérieure concernant ces sommes et je me réserve le droit de modifier le(s) bénéficiaire(s) désignés ci-dessous. Si un bénéficiaire décède avant moi, je comprends que sa part sera répartie également entre les bénéficiaires survivants, le cas échéant.

Veuillez choisir une des options suivantes : À la(aux) personne(s) nommées ci-dessous À ma succession

Nom de famille	Prénom	Lien	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Adresse postale complète (app., rue, C.P., ville, province, code postal)	N° de téléphone (incluant l'indicatif régional)	% payable à chacun (doit totaliser 100 %)
TOTAL						100 %

C. Bénéficiaire(s) subsidiaire(s) de l'assurance vie et décès accidentel/démembrement

Le(s) bénéficiaire(s) subsidiaire(s) recevront le montant de votre police d'assurance si votre ou vos bénéficiaires principaux, nommés à la Section B, sont décédés au moment de votre décès.

Si tous les bénéficiaires nommés à la Section B sont décédés au moment de votre décès, le montant sera réparti entre vos bénéficiaires subsidiaires comme suit.

Veillez choisir une des options suivantes : À la(aux) personne(s) nommées ci-dessous À ma succession

Nom de famille	Prénom	Lien	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	Adresse postale complète (app., rue, C.P., ville, province, code postal)	N° de téléphone (incluant l'indicatif régional)	% payable à chacun (doit totaliser 100 %)
TOTAL						100 %

D. Désignation d'un fiduciaire (À remplir uniquement si un ou plusieurs bénéficiaires sont mineurs.)

Note : Votre fiduciaire ne peut pas être un bénéficiaire désigné.

Je désigne comme fiduciaire _____, au _____
(Nom) (Bureau/App./Unité, rue, C.P., ville, province, code postal)

et que l'on peut joindre au _____, et j'autorise l'ASEBP à verser à ce fiduciaire tout montant payable à un bénéficiaire de moins de 18 ans.
(Numéro de téléphone)

J'autorise le fiduciaire à avoir accès au montant d'assurance, à gérer les fonds comme indiqué dans mon testament et à verser le solde résiduel au bénéficiaire lorsqu'il atteindra l'âge de la majorité.

E. Consentement et autorisation

Je comprends que l'ASEBP doit recueillir, utiliser et divulguer les renseignements personnels contenus dans ce formulaire pour administrer les polices d'assurance vie et décès accidentel/démembrement. Il pourrait être nécessaire que l'ASEBP divulgue certains de vos renseignements personnels ou leur totalité à votre employeur ou au fournisseur de services tiers, aux fins décrites ci-dessus. Dans le cas où des fournisseurs de services tiers sont retenus, des contrats appropriés prévalent pour protéger les renseignements personnels.

Je comprends les motifs pour lesquels mes renseignements sont requis et les risques et avantages de les fournir. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de mes renseignements personnels aux fins susmentionnées. Je comprends que je peux révoquer mon consentement en tout temps, mais que cela affectera mon admissibilité aux garanties de l'assurance vie et décès accidentel/démembrement.

Je comprends qu'en vertu des dispositions de la Personal Information Protection Act [Loi sur la protection des renseignements personnels] de l'Alberta, les personnes qui tirent avantage d'une police d'assurance ou d'un régime de garanties (les bénéficiaires susmentionnés) sont considérées comme ayant consenti à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de leurs renseignements personnels aux fins de la couverture au titre de ces régimes.

Votre employeur et/ou l'ASEBP sont tenus de conserver une copie originale imprimée de votre formulaire rempli de désignation de bénéficiaire. En signant ci-dessous, vous consentez à la conservation de ce document et de l'information qu'il contient, y compris votre signature.

F. Accord

Je suis d'accord avec ce qui précède et je déclare que mes affirmations sont complètes, exactes et véridiques.

Signature : _____ Date : _____

Le consentement est obtenu conformément aux articles 7, 8, 9 et 61 de la *Personal Information Protection Act* [Loi sur la protection des renseignements personnels] de l'Alberta et à l'Annexe 1 de la *Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques* du Canada. Pour toute question concernant la collecte, l'utilisation et la divulgation de vos renseignements personnels, veuillez consulter la Politique de confidentialité de l'ASEBP à www.asebp.ca/privacy ou communiquer avec notre agent de la protection de la vie privée au 780-438-5300.