

# CONSETEMENT AU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCALE

Veillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. Le gestionnaire de régime doit conserver une copie du présent formulaire dûment rempli dans ses dossiers et faire parvenir l'original à La Great-West, compagnie d'assurance-vie. Dans le cas d'un régime autogéré ou bien d'un client ayant accès à GroupNet et qui effectue sa propre tenue de dossiers des participants, le gestionnaire de régime doit annexer le présent formulaire à la demande d'adhésion du participant de régime.

## 1. Renseignements généraux sur l'adhésion

Numéro de régime : \_\_\_\_\_

Répondant du régime : \_\_\_\_\_

Nom du participant : \_\_\_\_\_  
Nom de famille Prénom Initiale du second prénom

Numéro de division : \_\_\_\_\_ Numéro d'identification du participant : \_\_\_\_\_

## 2. Confidentialité

La présente section explique l'engagement de la Great-West en matière de confidentialité.

### Protection de vos renseignements personnels

À La Great-West, compagnie d'assurance-vie (la Great-West), nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'assurance, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements personnels qui est conservé dans les bureaux de la Great-West ou dans ceux d'une organisation autorisée par cette dernière. Vous détenez certains droits d'accès et de rectification à l'égard des renseignements personnels consignés à votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Great-West. La Great-West peut faire appel à un fournisseur de services installé au Canada ou à l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels consignés à votre dossier aux membres de l'effectif de la Great-West ou aux personnes autorisées par cette dernière qui en ont besoin pour s'acquitter de leurs tâches, aux personnes à qui vous avez accordé un droit d'accès et aux personnes autorisées en vertu de la loi. Vos renseignements personnels pourraient être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Nous recueillons, utilisons et divulguons ces renseignements personnels pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime, y compris aux fins des enquêtes sur les demandes de règlement et de l'évaluation de celles-ci, ainsi que pour la constitution et la tenue de dossiers visant notre relation d'affaires. Pour obtenir un exemplaire de nos Normes de confidentialité ou si vous avez des questions sur nos politiques et pratiques en matière de renseignements personnels (y compris en ce qui a trait aux fournisseurs de service), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez l'adresse [www.lagreatwest.com](http://www.lagreatwest.com).

## 3. Consentement

La présente section doit être signée et datée, à l'ENCRE, par le bénéficiaire irrévocable.

J'ai lu et compris et j'accepte le contenu de la section intitulée « Protection de vos renseignements personnels » du présent formulaire.

Je, soussigné, le bénéficiaire irrévocable désigné aux termes du régime précité, consens par la présente à la révocation de ma désignation comme bénéficiaire irrévocable, et je renonce à tous droits et intérêts relatifs à toute somme payable à la suite du décès de la personne assurée.

Signature du bénéficiaire : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom du bénéficiaire : \_\_\_\_\_