

# NOMINATION DE FIDUCIAIRE (SANS OBJET AU QUÉBEC)

Veillez remplir le présent formulaire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE. Le gestionnaire de régime doit conserver une copie du formulaire dûment rempli pour 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 de régime : \_\_\_\_\_

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

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

## 2. Nomination de fiduciaire

Si vous souhaitez nommer un fiduciaire ou un administrateur, veuillez remplir cette section.

**L'original du formulaire est exigé dans le cas d'une demande de règlement aux termes de l'assurance-vie.**

**Veillez écrire en caractères d'imprimerie, à l'ENCRE.**

Si la personne désignée à titre de bénéficiaire est mineure ou n'a pas la capacité juridique nécessaire, vous pouvez nommer un fiduciaire ou un administrateur en remplissant le formulaire M6242 BIL. Cette nomination pourrait ne pas convenir à toutes les situations. **Il est recommandé de consulter un conseiller juridique avant de désigner une fiducie à titre de bénéficiaire.**

**Veillez ne pas remplir la présente section si vous avez déjà fait, dans un autre document, une nomination de fiduciaire ou d'administrateur pouvant s'appliquer. Nous vous recommandons de consulter d'abord votre conseiller juridique.**

Par les présentes, je désigne le fiduciaire suivant qui sera chargé de recevoir et de détenir en fiducie pour le compte du bénéficiaire, toutes les sommes payables au bénéficiaire aux termes du régime collectif si, au moment où le paiement doit être effectué, le bénéficiaire est mineur ou n'a pas la capacité juridique nécessaire. Tout versement fait au fiduciaire libérera La Great-West, compagnie d'assurance-vie de ses engagements jusqu'à concurrence du montant versé. Le fiduciaire doit agir prudemment et affecter les fonds, y compris les revenus de ces fonds ou de placements, aux études et à la subsistance du bénéficiaire. La fiducie prendra fin lorsque le bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité et qu'il aura la capacité juridique nécessaire. Le fiduciaire devra alors verser au bénéficiaire la totalité des actifs détenus en fiducie.

\_\_\_\_\_  
Nom de famille du fiduciaire Prénom Initiale du second prénom Lien avec le participant de régime

## 3. 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, nous reconnaissons et nous respectons l'importance de la protection de la vie privée. Lorsque vous présentez une demande d'adhésion, nous constituons un dossier confidentiel contenant vos renseignements 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 dans votre dossier, et pouvez les exercer en présentant une demande écrite à la Great-West. La Great-West peut avoir recours à des fournisseurs de services situés Canada ou de l'étranger. Nous limitons l'accès aux renseignements personnels de votre dossier aux membres du personnel 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 peuvent être divulgués aux personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger. Les renseignements personnels que nous recueillons sont utilisés pour déterminer votre admissibilité à la protection et pour administrer le régime collectif, 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 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 services), écrivez au chef de la vérification de la conformité de la Great-West ou consultez le site [www.lagreatwest.com](http://www.lagreatwest.com).

## 4. Autorisations et déclarations

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

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

J'autorise :

- la Great-West, tout fournisseur de soins de santé, le gestionnaire de régime, toute autre compagnie d'assurance ou de réassurance, les administrateurs des programmes d'État ou de tout autre programme d'avantages sociaux, toute organisation ou tout fournisseur de services travaillant avec la Great-West ou avec ceux précités à échanger les renseignements personnels nécessaires, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la protection et d'administrer le régime.

Je confirme qu'une photocopie ou une copie électronique de la présente section Autorisations et déclarations est aussi valide que l'original.

J'atteste que les renseignements donnés sont à ma connaissance véridiques, corrects et complets.

Signature du participant de régime : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_