|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| G:\Communications - CHRS\zLogos\ASEBP\JPG\ASEBP (Grayscale).jpg | | DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) Assurance vie, décès accidentel  et démembrement  **LA VERSION ORIGINALE IMPRIMÉE DU FORMULAIRE REMPLI**  **DOIT ÊTRE REMISE À L’EMPLOYEUR OU À 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) ou si vous souscrivez la couverture supplémentaire de l’ASEBP – en lequel cas, veuillez retourner le formulaire original rempli directement à l’ASEBP. 3. **Pendant la pandémie de COVID-19, ce formulaire peut être transmis par courriel à votre employeur ou à l’ASEBP (**[**benefits@asebp.ca**](mailto:benefits@asebp.ca)**) sous forme de document numérisé ou de photo (pourvu que le texte y soit lisible). Vous devez quand même imprimer ce formulaire pour le signer – les signatures numériques ne seront pas acceptées.** 4. **Bien que les formulaires numériques soient acceptés en ce moment afin de favoriser un traitement rapide, nous vous prions de transmettre par la poste la version originale signée du formulaire de *Désignation de bénéficiaire(s)* à votre employeur ou à l’ASEBP dès que vous le pouvez.** | | | | | | |
| A. Renseignements du requérant | | | | | | |
| Nom de famille : | Prénom : | | | No d’id. ASEBP : | | |
| Adresse postale : | | | | | | |
| Ville : | | | Province : | | Code postal : | |
| No de téléphone (jour) :    -   - | | | Cellulaire/autre no 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, décès accidentel et démembrement | | | | | | |
| Je désigne le(s) bénéficiaire(s) suivant(s) pour mon assurance vie, décès accidentel et 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) nommée(s) 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) | **No de téléphone** (incluant l’indicatif régional) | **% payable à chacun** (doit totaliser 100 %) | |  | |  | |  | /    / |  |  |  | |  | |  | |  | /    / |  |  |  | |  | |  | |  | /    / |  |  |  | |  | |  | |  | /    / |  |  |  | |  |  | |  | |  |  | **TOTAL** | **100 %** | | | | | | | |
|  | | | | | | |
|  | | | | | | |

|  |
| --- |
| **C. Bénéficiaire(s) subsidiaire(s) de l’assurance vie, décès accidentel et 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.  ***Veuillez choisir une des options suivantes :***  À la(aux) personne(s) nommée(s) 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) | **No 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, décès accidentel et démembrement. Il pourrait être nécessaire que l’ASEBP divulgue certains de ces 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, décès accidentel et 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 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.  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. Veuillez noter qu’afin d’optimiser les services que nous fournissons, nous pouvons faire appel à des fournisseurs de services de l’extérieur du Canada pour remplir certaines fonctions en notre nom. Dans de tels cas, nous concluons des contrats et/ou vérifions que des protocoles appropriés de protection de la vie privée et de sécurité sont en place. 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. |
| F. Accord |
| Je suis d’accord avec ce qui précède et je déclare que mes affirmations sont complètes, exactes et véridiques.  Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Date : |