



# SEIU Locals 1 & 2 Benefit Trust Fund

## Formulaire d'inscription aux assurances collectives et de désignation du bénéficiaire

Administrateur :  
**Global Benefits**  
 Téléphone : 416-635-6000  
 Télécopieur : 416-631-3064  
 Courriel : benefits@globalben.com  
 901 – 191 The West Mall  
 Toronto, ON M9C 5K8

Veillez dactylographier ou écrire en lettres moulées lisiblement. Remplissez les deux côtés au complet du formulaire. Pour vous assurer que votre couverture et celle de vos personnes à charge est à jour, il est essentiel que vous informiez l'administrateur de votre régime de tout changement, comme un changement de nom, de situation de famille, de statut de vos personnes à charge ou de changement de bénéficiaire.

**À USAGE INTERNE SEULEMENT**

Information sur le participant			
Nom	Prénom	Initiales	Numéro d'assurance sociale
Numéro civique/rue/numéro d'appartement ( )		Ville ( )	Province Code postal
Téléphone à domicile		Téléphone cellulaire	Adresse courriel
<b>Sexe</b> <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<b>Situation de famille</b> <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé	<input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Veuf	<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Séparé
Date de naissance du participant mm/jj/aaaa	Date de début mm/jj/aaaa	Date du mariage ou si conjoint de fait, date du début de la cohabitation mm/jj/aaaa	

Information sur les personnes à charge			
<i>Cette section vous permet de définir qui aura droit aux prestations de soins de santé et d'assurances collectives de votre régime selon la loi. Si vous avez besoin de champs supplémentaires, veuillez remplir un autre formulaire et le soumettre ensemble.</i>			
<b>Conjoint</b>			Cette personne est-elle couverte par un autre régime d'assurances collectives?
Nom	Prénom	Date de naissance	mm/jj/aaaa
			Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
<b>Enfants et personnes à charge</b>			
Nom	Prénom	Date de naissance	mm/jj/aaaa
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nom	Prénom	Date de naissance	mm/jj/aaaa
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nom	Prénom	Date de naissance	mm/jj/aaaa
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nom	Prénom	Date de naissance	mm/jj/aaaa
			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Désignation du bénéficiaire principal			
<i>Cette section doit être remplie pour désigner un bénéficiaire pour vos prestations d'assurance vie et d'autres prestations qui pourraient être versées en vertu du Benefit Trust Fund à votre décès. Si aucun bénéficiaire n'est nommé ou si le bénéficiaire principal décède avant vous, les prestations seront versées à votre succession.</i>			
<b>Bénéficiaire principal</b>		Pourcentage alloué	Lien de parenté avec le participant
Nom	Prénom	%	
Numéro civique/rue/numéro d'appartement		Ville	Province
		Code postal	
		%	
Nom	Prénom		
Numéro civique/rue/numéro d'appartement		Ville	Province
		Code postal	
		%	
Nom	Prénom		
Numéro civique/rue/numéro d'appartement		Ville	Province
		Code postal	

## Désignation du bénéficiaire subsidiaire

Si vous souhaitez nommer un bénéficiaire subsidiaire au cas où il n'y aurait pas de bénéficiaire principal survivant au moment de votre décès, veuillez remplir cette section. S'il n'y a pas de bénéficiaire principal survivant au moment de votre décès, les prestations seront versées à votre succession.

Par les présentes, je révoque toutes les désignations de bénéficiaires subsidiaires précédentes et désigne les personnes suivantes comme bénéficiaires

### Bénéficiaire subsidiaire

Bénéficiaire subsidiaire		Pourcentage alloué	Lien de parenté avec le participant
		%	
Nom _____	Prénom _____		
Numéro civique/rue/numéro d'appartement _____	Ville _____	Province _____	Code postal _____
		%	
Nom _____	Prénom _____		
Numéro civique/rue/numéro d'appartement _____	Ville _____	Province _____	Code postal _____

## Confidentialité

Cette section explique l'engagement de Global Benefits envers la confidentialité.

Chez Global Benefits, nous reconnaissons et respectons l'importance de la confidentialité.

### Vos renseignements personnels :

Lorsque vous demandez une couverture d'assurance, nous établissons un dossier confidentiel qui contient vos renseignements personnels comme votre nom, vos coordonnées, les produits et la couverture que vous avez avec nous et peut également inclure des renseignements financiers ou sur la santé. Vos renseignements sont conservés dans les bureaux de Global Benefits ou dans les bureaux d'une organisation autorisée par Global Benefits.

### Qui a accès à vos renseignements :

Nous limitons l'accès aux renseignements personnels de votre dossier au personnel de Global Benefits ou aux personnes autorisées par Global Benefits qui en ont besoin pour exercer leurs fonctions et aux personnes auxquelles vous avez accordé l'accès. Vos renseignements personnels peuvent également être divulgués à des autorités publiques ou à d'autres personnes autorisées en vertu des lois applicables au Canada ou à l'étranger.

### À quoi servent vos renseignements :

Les renseignements personnels que nous recueillons seront utilisés pour déterminer votre admissibilité aux produits, aux services ou à la couverture pour lesquels vous présentez une demande, fournir, administrer ou traiter les produits ou la couverture que vous avez avec nous et à des fins de gestion et d'analyse des données internes de Global Benefits et de ses sociétés affiliées.

### Pour en savoir plus :

Si vous avez des questions au sujet de nos politiques et de nos pratiques en matière de renseignements personnels, écrivez à SEIU Locals 1 & 2 Benefit Trust a/s du responsable de la conformité chez Global Benefits à l'adresse suivante :

### SEIU Locals 1 & 2 Benefit Trust

a/s de Global Benefits  
901 – 191 The West Mall  
Toronto, ON M9C 5K8  
Téléphone : (416) 635-6000 Télécopieur : (416) 631-3064  
Courriel : privacyofficer@globalben.com

## Autorisations et déclarations

Cette section doit être signée et datée par le participant au régime.

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

J'autorise :

Global Benefits, tout fournisseur de soins de santé, l'administrateur de mon régime, d'autres compagnies d'assurance ou de réassurance, les administrateurs de prestations gouvernementales ou d'autres programmes de prestations, d'autres organisations ou fournisseurs de services travaillant avec Global Benefits ou les personnes et les organisations susmentionnées à échanger des renseignements personnels, au besoin, afin de déterminer mon admissibilité à la couverture et d'administrer le régime.

J'accepte qu'une photocopie ou une copie électronique de la section Autorisations et déclarations soit aussi valide que l'originale.

J'autorise l'utilisation de mon numéro d'assurance sociale comme numéro de certificat dans le cadre du régime collectif et comme numéro d'identification dans la base de données de **SEIU Locals 1 & 2 Benefit Trust Fund**.

Je certifie que les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets à ma connaissance.

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

mm/jj/aaaa