

Versement des prestations de décès

Dans l'éventualité où le décès de votre(vos) bénéficiaire(s) surviendrait avant votre propre décès, ou si vous n'avez pas désigné de bénéficiaire, les prestations payables seront versées à votre succession, à moins d'indications contraires dans votre testament.

VERSO

PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les responsables de la Fiducie de santé et de bien-être de la GCR savent qu'il est important d'assurer la confidentialité des renseignements personnels. Nous garderons vos renseignements rigoureusement confidentiels. L'accès à l'information fournie aux présentes sera limité aux :

- membres du personnel autorisés de la GCR, agents, assureurs, fournisseurs de services et de soins de santé qui ont besoin de cette information pour faire leur travail;
- personnes à qui vous avez permis de consulter votre information;
- personnes légalement autorisées.

Vous pouvez consulter les renseignements personnels de votre dossier et demander une correction quand vous pensez qu'il y a eu erreur ou omission.

AUTORISATION

Par les présentes, je :

- 1) consens à ce que la Fiducie de santé et de bien-être de la GCR gère mes protections selon les directives que j'ai fournies sur le présent formulaire;
- 2) procure des protections aux personnes à ma charge admissibles, comme indiqué sur le présent formulaire;
- 3) désigne le(les) bénéficiaires de mes éventuelles prestations de décès, comme indiqué sur le présent formulaire;
- 4) comprends et accepte qu'il m'incombe d'informer la Fiducie de santé et de bien-être de la GCR, par écrit, de tout changement de situation des personnes à ma charge admissibles;
- 5) me réserve le droit de changer de bénéficiaire(s) en avisant la Fiducie de santé et de bien-être de la GCR par écrit, sous réserve de toute restriction imposée par la loi;
- 6) comprends et accepte que les renseignements fournis sur le présent formulaire – y compris l'information concernant les personnes à ma charge admissibles et mon(mes) bénéficiaire(s) – annulent et remplacent l'information fournie sur les formulaires précédents;
- 7) donne l'autorisation à la Fiducie de santé et de bien-être de la GCR, à ses agents, assureurs, fournisseurs de services et de soins de santé d'utiliser, de divulguer et de partager les renseignements fournis sur le présent formulaire aux fins d'administration et de gestion de la Fiducie de santé et de bien-être de la GCR et d'évaluation des demandes de remboursement.

Je déclare que les renseignements fournis sur le présent formulaire sont exacts et véridiques. Une inexactitude peut invalider n'importe quelle demande.

Le présent formulaire DOIT être signé par le demandeur et un témoin avant de pouvoir être traité.

signature du participant : _____ date : _____
jour-mois-année

signature du témoin : _____ date : _____
jour-mois-année

nom du témoin (en lettres moulées s.v.p.) : _____

SECTION RÉSERVÉE À L'ADMINISTRATION

n° police : 159947

date de traitement : _____

administrateur du régime autorisé : _____

VEUILLEZ RENVOYER LE FORMULAIRE DÛMENT REMPLI À :

Suzanne Maunder
Fiducie de santé et de bien-être de la GCR
111 rue Peter, bureau 402
Toronto (Ontario)
M5V 2H1