

## 1. RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Groupe \_\_\_\_\_ Compte \_\_\_\_\_ Certificat \_\_\_\_\_

Participant \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_ Initiale \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° et rue \_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_ Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

## 2. DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

La répartition se fait à parts égales entre les bénéficiaires, à moins d'indication contraire. Le total des pourcentages doit correspondre à 100 %.

Je révoque toute désignation de bénéficiaire antérieure pour les garanties cochées ci-dessus. Advenant mon décès, les prestations payables au titre de la police pour ces garanties cochées doivent être versées comme suit :

### PREMIER(S) BÉNÉFICIAIRE(S)

Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, votre « succession » sera le bénéficiaire par défaut.

Part (%)

| Prénom | Initiale | Nom de famille | Lien  | Part (%) |
|--------|----------|----------------|-------|----------|
| _____  | _____    | _____          | _____ | _____ %  |
| _____  | _____    | _____          | _____ | _____ %  |
| _____  | _____    | _____          | _____ | _____ %  |
| _____  | _____    | _____          | _____ | _____ %  |

Au Québec, la désignation du conjoint à titre de bénéficiaire est irrévocable, à moins d'indication contraire de votre part. Je désigne mon conjoint comme bénéficiaire révocable :  Oui

### BÉNÉFICIAIRE(S) EN SOUS-ORDRE

Le produit de l'assurance revient au bénéficiaire en sous-ordre uniquement si le premier bénéficiaire décède avant le participant.

Part (%)

| Prénom | Initiale | Nom de famille | Lien  | Part (%) |
|--------|----------|----------------|-------|----------|
| _____  | _____    | _____          | _____ | _____ %  |
| _____  | _____    | _____          | _____ | _____ %  |
| _____  | _____    | _____          | _____ | _____ %  |
| _____  | _____    | _____          | _____ | _____ %  |

Sauf au Québec, il faut nommer un fiduciaire si le bénéficiaire est mineur. Le produit de l'assurance est payable au fiduciaire si le bénéficiaire n'a pas atteint l'âge de la majorité au moment de toucher les sommes dues.

### FIDUCIAIRE

En l'absence d'un fiduciaire pour les enfants mineurs, les sommes assurées sont remises au curateur public (ou à l'autorité gouvernementale équivalente) jusqu'à la majorité des enfants.

Au Québec, les dispositions du Code civil s'appliquent. Il n'est donc pas nécessaire de désigner un fiduciaire, car la part de l'enfant est directement remise à son tuteur.

| Prénom | Initiale | Nom de famille | Lien  |
|--------|----------|----------------|-------|
| _____  | _____    | _____          | _____ |
| _____  | _____    | _____          | _____ |

### 3. PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE ET SIGNATURE DU PARTICIPANT

#### Déclaration de confidentialité de MDM

MDM Insurance Services Inc. ("MDM") s'engage à protéger la vie privée, la confidentialité, l'exactitude et la sécurité des renseignements personnels qu'elle recueille, utilise, conserve et divulgue dans le cadre de ses activités. Afin d'établir une relation durable avec vous et de vous fournir les produits, services et conseils demandés, nous avons besoin de renseignements précis. Les renseignements personnels que nous recueillons nous permettent d'établir un profil précis qui vous concerne spécifiquement. Les renseignements que nous recueillons à votre sujet varient selon le produit ou service souhaité et peuvent être recueillis directement auprès de vous ou d'un tiers.

Nous pouvons recueillir, utiliser et divulguer vos renseignements à votre agent, courtier, administrateur de régime et/ou à d'autres assureurs. Cela ne sera fait que dans la mesure raisonnablement nécessaire aux fins susmentionnées.

Avant d'utiliser vos renseignements à d'autres fins que celles mentionnées ci-dessus, nous vous en expliquerons la finalité et obtiendrons votre consentement. Nous ne recueillons, n'utilisons ni ne divulguons vos renseignements personnels sans votre consentement, sauf lorsque la loi l'autorise. Nous ne partageons pas vos renseignements médicaux sans votre consentement exprès.

Vous pouvez trouver plus de détails sur notre politique de confidentialité et comment contacter notre responsable de la confidentialité à l'adresse <https://mdm-insurance.ca/fr/policies/privacy-policy/>.

Signature du participant \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
JJ/MMM/AAAA

**CONSERVEZ UNE COPIE DE CE DOCUMENT POUR VOS DOSSIERS.**