

FONDS DE FIDUCIE DE L'AANNC

FORMULAIRE D'INSCRIPTION DE CHANGEMENT POUR LES RETRAITÉS

Veillez écrire lisiblement. Remplissez le formulaire à l'encre, signez et datez le formulaire et retournez-le à votre employeur pour traitement.

DIRECTIVES

- Membre :
- Remplir les sections 1 à 5 s'il y a lieu.
 - Signer et dater le formulaire (section 6).
 - Retourner le formulaire à Coughlin & associés Ltée pour traitement.

Envoyer à:
Coughlin et associés Ltée
C.P. 3517 Succ. C
Ottawa, ON K1Y 4H5

Adresse courriel : administration@coughlin.ca

1. TYPE DE MODIFICATION			
Plan sponsor/Group name Fonds de fiducie de l'AANNC	Date d'adhésion au régime de retraite (aaaa/mm/jj)	<input type="checkbox"/> Nouveau <input type="checkbox"/> Changement de couverture	<input type="checkbox"/> Changement de nom <input type="checkbox"/> Autre : _____
			Date de retraite (aaaa/mm/jj)

2. RENSEIGNEMENTS DU MEMBRE			
Numéro de retraité/d'employé		Syndicat	
Nom de famille du membre		Prénom du membre	Initiale du membre
Adresse postale		Ville	Province
			Code postal
Adresse courriel		Téléphone primaire	Téléphone secondaire
Date de naissance (aaaa/mm/jj)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Language of correspondence	<input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais
État matrimonial	<input type="checkbox"/> célibataire <input type="checkbox"/> veuf(ve) <input type="checkbox"/> divorcé(e) <input type="checkbox"/> séparé(e)	<input type="checkbox"/> union de fait <input type="checkbox"/> marié(e)	Confirmez la date d'effet de l'état matrimonial (aaaa/mm/jj) _____ En cas d'union de fait, confirmez la date de cohabitation (aaaa/mm/jj) _____

3. COUVERTURE DEMANDÉE			
Pour être admissible sous le régime d'avantages sociaux, vous (et vos personnes à charge admissibles si la couverture familiale est sélectionnée) devez être couvert par un régime d'assurance-maladie provincial. La couverture peut être renoncée seulement si vous êtes déjà couvert à titre de personne à charge en vertu d'un régime d'avantages sociaux comparable.			
Assurance-maladie complémentaire	<input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> familiale <input type="checkbox"/> renonciation	Soins dentaires	<input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> familiale <input type="checkbox"/> renonciation

4. COORDINATION DES PRESTATIONS					
Est-ce que vous, votre conjoint ou vos enfants à charge êtes couverts en vertu d'un autre régime d'assurance collective, d'un régime d'assurance-maladie ou d'un régime gouvernemental ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
<ul style="list-style-type: none"> Quel type de couverture votre conjoint(e) /conjoint(e) de fait a-t-il(elle) sous son propre régime d'avantages sociaux? <table border="0"> <tr> <td>Assurance-maladie</td> <td><input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> familiale <input type="checkbox"/> aucune</td> <td>Soins dentaires</td> <td><input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> familiale <input type="checkbox"/> aucune</td> </tr> </table> 		Assurance-maladie	<input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> familiale <input type="checkbox"/> aucune	Soins dentaires	<input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> familiale <input type="checkbox"/> aucune
Assurance-maladie	<input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> familiale <input type="checkbox"/> aucune	Soins dentaires	<input type="checkbox"/> individuelle <input type="checkbox"/> familiale <input type="checkbox"/> aucune		
Si l'autre couverture concerne un enfant à charge, indiquez la date de naissance du conjoint (ou de l'ex-conjoint) (aaaa/mm/jj) _____					

5. RENSEIGNEMENTS DU/DE LA CONJOINT(E) ET DES PERSONNES À CHARGE							
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Radiation	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Étudiant(e) à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Enfant handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lien avec le membre
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Radiation	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Étudiant(e) à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Enfant handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lien avec le membre
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Radiation	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Étudiant(e) à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Enfant handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lien avec le membre
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Radiation	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Étudiant(e) à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Enfant handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lien avec le membre
<input type="checkbox"/> Ajout <input type="checkbox"/> Radiation	Nom de famille	Prénom	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	<input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme	Étudiant(e) à temps plein <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Enfant handicapé <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Lien avec le membre

6. AUTORISATION DE RECUEILLIR, D'UTILISER ET DE COMMUNIQUER DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Accord et autorisation. En signant le présent formulaire :

- (1) Vous demandez d'obtenir la couverture prévue au régime d'assurance collective fourni par le promoteur (« régime ») et vous autorisez le prélèvement de retenues salariales équivalant aux cotisations nécessaires, s'il y a lieu, pour couvrir les coûts des prestations du régime auquel vous avez adhéré, conformément aux dispositions du régime.
- (2) Vous autorisez Coughlin & associés Ltée (l'administrateur du régime), une entreprise de People Corporation, à utiliser et à communiquer les renseignements inscrits sur le formulaire aux fins établies ci-après. Vous convenez également d'aviser immédiatement Coughlin & associés Ltée de toute modification apportée aux renseignements que vous avez fournis sur ce formulaire.
- (3) Vous attestez que les renseignements sont véridiques, exacts et complets, autant que vous sachiez, et que, si vous avez fourni des renseignements sur un conjoint, un enfant à charge, un bénéficiaire ou un fiduciaire, vous êtes autorisé à le faire. Vous reconnaissez que toute photocopie ou copie électronique du formulaire que vous avez signé a la même valeur que l'original.

Utilisation des renseignements personnels.

- (1) Coughlin & associés Ltée utilise et communique vos renseignements personnels pour :
 - (a) Déterminer votre admissibilité aux prestations offertes par le régime, de même que celle de votre conjoint et de vos enfants à charge; prendre des dispositions pour que ces prestations vous soient versées; administrer le régime et votre participation; vérifier, gérer et évaluer le régime et vos demandes de règlement; enquêter sur vos demandes de règlement; vous verser les prestations; se conformer aux exigences réglementaires; faire des analyses.
 - (b) Vérifier votre identité et effectuer des recherches pour vous trouver ou trouver vos bénéficiaires.
 - (c) Répondre aux questions sur le régime et les prestations qu'il offre.
- (2) Nous utilisons vos renseignements sur la date de naissance et sur le sexe pour effectuer l'évaluation actuarielle du régime et des prestations, pour déterminer l'admissibilité aux prestations de vos enfants à charge et, au besoin, pour vérifier votre identité.

Si vous êtes tenu de participer au régime, vous n'êtes pas autorisé à retirer votre consentement à utiliser et à communiquer ces renseignements personnels dans le contexte d'avantages obligatoires. Si vous retirez votre consentement pour ce qui touche les avantages facultatifs, vous pourriez de ce fait mettre fin à votre adhésion à cette partie du régime.

Utilisation des renseignements personnels facultatifs. Si vous fournissez des renseignements, vous pouvez nous retirer l'autorisation de les utiliser et de les communiquer. Pour ce faire, envoyez une demande écrite à l'administrateur du régime ou à notre agent de protection de la vie privée adressée à la personne-ressource indiquée ci-après.

1. Dans le cas de renseignements sur un bénéficiaire, toute prestation de décès n'ayant pas à être versée à votre conjoint le sera aux bénéficiaires désignés. Si vous n'avez pas désigné de bénéficiaires, la prestation de décès sera payée à la succession.
2. Si un bénéficiaire désigné a moins de 18 ans, la prestation de décès sera versée en fiducie au fiduciaire que vous aviez désigné.
3. Advenant que vous ayez fourni vos renseignements bancaires, vos prestations pour soins médicaux et pour soins dentaires seront déposées dans votre compte bancaire.

Communication de renseignements personnels. Les renseignements fournis dans le présent formulaire pourront être communiqués, s'il y a lieu, aux personnes suivantes :

1. Nos employés, sous-traitants et conseillers professionnels, ainsi que les employés, sous-traitants et conseillers professionnels de nos sociétés affiliées, qui en ont besoin pour effectuer leurs tâches liées aux utilisations susmentionnées de ces renseignements.
2. Les fournisseurs dont nous retenons les services pour nous aider à remplir nos obligations en vertu du régime, notamment en matière de sécurité des renseignements, de traitement des données, de sauvegarde, de programmation, d'envoi de courrier et de localisation de personnes; ces fournisseurs se trouvent au Canada ou à l'étranger, et les renseignements sont susceptibles de divulgation aux autorités gouvernementales.
3. Les personnes que vous avez autorisées à accéder à ces renseignements.
4. Les personnes que la loi autorise à consulter ces renseignements.
5. L'établissement financier visé par vos renseignements bancaires, des organismes gouvernementaux, des actuaire, des compagnies d'assurance et leurs réassureurs, des fournisseurs de services, votre employeur, le conseil d'administration du régime, le syndicat et des vérificateurs.

Communications facultatives

- En cochant cette case, vous consentez à recevoir des communications électroniques sur nos autres produits et services et sur des produits et services offerts par nos fournisseurs de services ou nos fournisseurs de services affiliés.

Signature du participant (imprimez et signez ou fournissez votre signature numérique)

Date (aaaa/mm/jj)

Protection de vos renseignements personnels. Nous reconnaissons et respectons votre droit à la vie privée. Lorsque des renseignements personnels nous sont fournis, nous les conservons dans un dossier confidentiel situé dans nos installations ou dans celles d'une organisation autorisée par nous. L'accès à ce dossier est limité à notre personnel ou à d'autres personnes autorisées par nous pour effectuer leurs tâches en rapport avec votre régime, à d'autres personnes autorisées par vous et à des personnes autorisées par la loi. Si vous souhaitez obtenir plus de détails sur nos mesures de protection de vos renseignements personnels ou sur les autres personnes à qui nous communiquons ces renseignements, consultez notre politique de protection de la vie privée à l'adresse <https://www.peoplecorporation.com/fr-ca/protection-de-la-vie-privee> ou encore, communiquez avec notre agent de protection de la vie privée par courrier envoyé à Coughlin & associés Ltée, 1403, boul. Kenaston Winnipeg, MB, R3P 2T5, ou par courriel à l'adresse suivante privacy.officer@peoplecorporation.com.