

644 MAIN ST PO BOX 220
MONCTON NB E1C 8L3
TEL: 1-800-667-4511 FAX: 1-506-869-9653

230 BROWNLOW AVE DARTMOUTH
PO BOX 2200 HALIFAX NS B3J 3C6
TEL: 1-800-667-4511 FAX: 1-506-869-9653

PO BOX 2000 185 THE WEST MALL SUITE 1200
ETOBICOKE ON M9C 5P1
TEL: 1-800-355-9133 FAX: 1-506-869-9653

1981 MCGILL COLLEGE AVENUE, SUITE 100
MONTREAL, QC H3A 3A7
TEL: 1-888-588-1212 FAX: 1-514-286-8444

Member Name: _____ **Policy Number:** _____ **Division Number:** _____

Identification / Certificate Number: _____
(If you are part of a payroll policy, please provide payroll number above.)

1. DECLARATION OF RELEASE OF INTEREST

I, having been named as an irrevocable beneficiary of the named employee within the policy mentioned above, hereby release all of my rights, titles or interests in said policy.

Dated at _____ this _____ day of _____ 20 _____

Beneficiary Name: _____ Beneficiary Signature: _____
(Please Print)

Address: _____

Witness' Name: _____ Witness' Signature: _____
(Witness to Signature of Beneficiary - Please Print)

2. DECLARATION OF APPOINTMENT OF BENEFICIARY

With the exception of an irrevocable designation, you may change your beneficiary at any time without his or her consent.

By choosing irrevocable, no future changes to the designated beneficiary(ies), including the percentage assigned, will be permitted without the written consent of said irrevocable beneficiary(ies). Irrevocable beneficiary(ies) considered a minor under the provincial jurisdiction of residence cannot give consent to these changes.

For the Province of Québec, the designation of your spouse as beneficiary is presumed irrevocable unless otherwise specified.

Benefits are paid to the designated beneficiary(ies) below. If a legal beneficiary has not been appointed and the below fields are left blank, benefits are paid to the estate of the deceased employee.

First Name	Last Name	Date of Birth (DD/MM/YYYY)	Percentage (Must total 100%)	Relationship	Telephone Number	Revocable	Irrevocable
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Trustee and Contingent Information:

Trustee: A person given control or powers of administration of property held in trust with a legal obligation to administer it solely for the purposes specified. For designated beneficiaries considered a minor, a Trustee is to receive any amount due for any beneficiary considered a minor under the provincial jurisdiction of residence.

Contingent: The individual(s) designated by the Employee to receive benefits in the event the primary beneficiary is deceased.

	First Name	Last Name	Date of Birth (DD/MM/YYYY)	Relationship	Telephone Number
Trustee					
Contingent					

For the Province of Québec, where the beneficiary of a life insurance policy is a minor at the time of the insured's death, Medavie Blue Cross will pay the proceeds to parent(s) (or other legal guardian, if applicable), and not to anyone else who might be named as administrator/trustee of the proceeds. If you wish to have another person administering the child's proceeds, you should have the proper provisions in your will. You may also want to consult with a legal counsel to determine whether there is some estate planning steps you can take to support your wishes.

3. PRIVACY CONSENT

I understand that the personal information provided herein, as well as any other personal information currently held or collected in the future by Medavie Blue Cross and/or Blue Cross Life Insurance Company of Canada, may be collected, used, or disclosed to administer the terms of my policy or the group policy of which I am an eligible member, to recommend suitable products and services to me, and to manage Blue Cross's business. Depending on the type of coverage I carry, limited personal information may be collected from and/or released to a third party. These third parties include other Blue Cross organizations, health care professionals or institutions, life and health insurers, government and regulatory authorities, and other third parties when required to administer and manage the benefits outlined in the policy of which I am an eligible member.

I understand that my personal information will be kept confidential and secure. I understand that I may revoke my consent at any time, however, in some instances doing so may prevent Blue Cross from providing me with the requested coverage or benefits. I understand why my personal information is needed and I am aware of the risks and benefits of consenting or refusing to consent to its disclosure.

A photocopy of this authorization shall be as valid as the original. This consent complies with federal and provincial privacy laws. For additional information regarding privacy policies at Medavie Blue Cross, visitmedaviebc.ca or call 1-800-667-4511.

4. AUTHORIZATION OF CHANGE

I, hereby revoke all previous designations of any beneficiary(ies). I now designate the beneficiary(ies) specified in Section 2 (Declaration of Appointment of Beneficiary) to receive proceeds payable on my death under the policy mentioned above.

Dated at _____ this _____ day of _____ 20 _____

Member Name: _____ Member Signature: _____
(Please Print)

644, RUE MAIN, CP 220
MONCTON (N.-B.) E1C 8L3
TÉLÉPHONE : 1-800-667-4511
TÉLÉCOPIEUR : 506-869-9653

230, AVENUE BROWNLOW, DARTMOUTH
CP 2200, HALIFAX (N.-É.) B3J 3C6
TÉLÉPHONE : 1-800-667-4511
TÉLÉCOPIEUR : 506-869-9653

CP 2000 185, THE WEST MALL, BUREAU 1200
ETOBICOKE (ONTARIO) M9C 5P1
TÉLÉPHONE : 1-800-355-9133
TÉLÉCOPIEUR : 506-869-9653

1981, AVENUE MCGILL COLLEGE, BUREAU 100,
MONTRÉAL (QC) H3A 3A7
TÉLÉPHONE : 1-888-588-1212
TÉLÉCOPIEUR : 1-514-286-8444

Nom du membre : _____ **Numéro de police :** _____ **Numéro de division :** _____

Numéro d'identification/de certificat : _____
(Si vous faites partie d'une politique de rémunération, veuillez fournir votre numéro de paie ci-dessus.)

1. CESSION D'INTÉRÊT

Je, désigné bénéficiaire irrévocable de l'employé nommé faisant partie de la police susmentionnée, par la présente, renonce à tous mes droits, titres ou intérêts dans ladite police.

Daté à _____ en ce _____ jour de _____ 20 _____

Nom du bénéficiaire : _____ Signature du bénéficiaire : _____
(Caractères d'imprimerie)

Adresse : _____

Nom du témoin : _____ Signature du témoin : _____
(Témoin de la signature du bénéficiaire - caractères d'imprimerie)

2. BÉNÉFICIAIRE

Sauf dans le cas d'une désignation irrévocable, vous pouvez changer votre bénéficiaire en tout temps, sans le consentement de ce dernier.

En choisissant l'option « irrévocable » pour un bénéficiaire, vous ne pourrez remplacer ce dernier sans son consentement écrit, lorsqu'il aura atteint l'âge de la majorité dans la province de résidence.

Au Québec, la désignation de votre conjoint comme bénéficiaire est présumée irrévocable, à moins d'indication contraire.

Les prestations seront versées au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) ci-dessous. Si vous n'avez nommé aucun bénéficiaire et que les champs ci-dessous sont vides, les prestations seront versées à votre succession.

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Pourcentage (Le total doit être de 100 %)	Lien de parenté	Numéro de téléphone	Révocable	Irrévocable
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
						<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Information sur le fiduciaire et le subsidiaire

Fiduciaire : Personne à qui l'on confère des pouvoirs de gestion de propriétés en fiducie et qui a l'obligation juridique de les gérer uniquement aux fins indiquées. Le fiduciaire administre en outre tous les montants dus à bénéficiaire considéré comme mineur dans sa province de résidence.

Subsidiaire : Personne(s) désignée(s) par l'employé pour recevoir les prestations si le bénéficiaire principal est décédé.

	Prénom	Nom de famille	Date de naissance (JJ/MM/AAAA)	Lien de parenté	Numéro de téléphone
Fiduciaire					
Subsidiaire					

Pour la province du Québec, si le bénéficiaire est mineur au moment du décès de l'assuré, Croix Bleue Medavie versera les prestations aux parents (ou autre gardien légal, le cas échéant), et non à toute autre personne qui aurait pu être nommée administrateur/fiduciaire des prestations. Si vous voulez qu'une autre personne administre les prestations de l'enfant, vous devriez l'indiquer dans votre testament. Il est également conseillé de consulter un avocat pour savoir quelles sont les mesures à prendre pour que vos volontés en matière de succession soient respectées.

3. CONSENTEMENT EN MATIÈRE DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

Je comprends que les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire ainsi que tous les autres renseignements personnels que Croix Bleue Medavie ou la Compagnie d'Assurance-vie Croix Bleue du Canada détient ou obtiendra à l'avenir peuvent être recueillis, utilisés ou divulgués afin d'administrer les modalités énoncées dans ma police ou dans la police collective dont je suis membre admissible, pour me recommander des produits et des services, et pour gérer les affaires de Croix Bleue. Selon le type de couverture dont je suis titulaire, des renseignements personnels restreints peuvent être recueillis auprès d'un tiers ou divulgués à ce dernier. Ces tiers comprennent les autres sociétés de la Croix Bleue, les professionnels de la santé ou les établissements de santé, les fournisseurs d'assurance vie ou d'assurance maladie, les autorités gouvernementales et les organismes de réglementation, ainsi que d'autres tiers lorsqu'ils s'avèrent nécessaires pour administrer les garanties énoncées dans la police dont je suis membre admissible.

Je comprends que mes renseignements personnels demeureront confidentiels et en sûreté. Je comprends que je peux révoquer mon consentement en tout temps; cependant, si je révoque mon consentement, Croix Bleue pourrait ne pas me fournir la couverture ou les prestations demandées. Je comprends la raison pour laquelle mes renseignements personnels sont nécessaires et je suis conscient des risques et des avantages de consentir ou de refuser de consentir à la divulgation de mes renseignements.

Une photocopie de cette autorisation est valide au même titre que l'original. Ce formulaire de consentement respecte les lois fédérales et provinciales sur la protection des renseignements personnels. Pour obtenir de plus amples renseignements au sujet des politiques de confidentialité de Croix Bleue Medavie, visitez le site Web www.medavie.croixbleue.ca ou composez le 1-800-667-4511.

4. AUTORISATION DU CHANGEMENT

Je, par la présente, révoque toute désignation précédente de bénéficiaire(s). Je désigne maintenant le(s) bénéficiaire(s) mentionné(s) à la Section 2 (Bénéficiaire) pour recevoir les prestations payables à la suite de mon décès en vertu de la police susmentionnée.

Daté à _____ en ce _____ jour de _____ 20 _____

Nom du membre : _____ Signature du membre : _____
(Caractères d'imprimerie)