

Basic Group Life Insurance Enrolment Form

ALL SECTIONS MUST BE COMPLETED. INCOMPLETE OR FAXED FORMS WILL NOT BE PROCESSED.

PLEASE PRINT IN BLOCK LETTERS AND COMPLETE IN INK

<input type="checkbox"/> New applicant		<input type="checkbox"/> Beneficiary Change		<input type="checkbox"/> Name Change	
1. Employee Identification					
Date of birth (YYYY/MM/DD)			Employee number		
Family (Last) Name		First Name		Middle Name	
Home Address	Apt.	City	Province / State	Country	
2. Beneficiary's identification – If a beneficiary is not assigned "ESTATE" will be assumed					
Family (Last) Name		First Name		Beneficiary's Relationship	
For Quebec residents only In Quebec, the designation of your spouse as beneficiary is irrevocable unless otherwise specified. If spouse is beneficiary, designation is: <input type="checkbox"/> Revocable <input type="checkbox"/> Irrevocable			Note: If beneficiary is shown as irrevocable, his/her consent is required to change it. Include a signed and dated consent with this form. You are responsible for ensuring the validity of your designation.		
3. Signature					
Employee Signature				Date	

Inscription à l'Assurance Vie Collective de Base

**TOUTES LES SECTIONS DOIVENT ETRE REMPLIES.
LES FORMULAIRES INCOMPLETS OU TÉLÉCOPIÉS NE SERONT PAS TRAITÉS.**

SVP EN LETTRES MOULÉES ET A L'ENCRE

<input type="checkbox"/> Nouvelle inscription		<input type="checkbox"/> Changement de bénéficiaire		<input type="checkbox"/> Changement de nom	
1. Renseignements généraux					
Date de naissance (AAAA/MM/JJ)			Matricule		
Nom		Prénom		Autre prénom	
Adresse – Domicile	Apt.	Ville	Province / État	Pays	
2. Coordonnées du bénéficiaire – Si aucun bénéficiaire n'est désigné, les ayants droit sont présumés être les bénéficiaires.					
Nom		Prénom		Lien de parenté avec l'employé	
Dans le cas des résidents du Québec seulement Au Québec, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire cette désignation est irrévocable, à moins d'avis contraire. Si votre conjoint est le bénéficiaire, la désignation est : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable			Nota: Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Veuillez joindre le consentement signé et daté au présent formulaire. Il vous revient de vous assurer de la validité de votre désignation.		
3. Signature					
Signature de l'employé				Date	

