

# DIVULGATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

## AUTORISATION ET DIRECTIVE

DEST. : Manion, Wilkins & Associates Ltd. («MWA»)  
500 – 21 Four Seasons Place  
Etobicoke (Ontario)  
M9B 0A5

Je, \_\_\_\_\_ (en lettres moulées), identifié par mon numéro matricule : \_\_\_\_\_, ma date de naissance : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (JJ/MM/AA) et mon adresse à domicile : \_\_\_\_\_ (adresse civique), \_\_\_\_\_ (ville), \_\_\_\_\_ (code postal), suis un participant de **[nom du régime pré-imprimé]**.

Aux fins de ce formulaire, les tiers comprennent exclusivement :

- le conjoint ou un membre de la famille immédiate du participant;
- le conseil d'administration du régime;
- le représentant du participant et/ou le secrétaire de la section syndicale

Lorsque je demande à un tiers d'obtenir des renseignements précis concernant mes prestations, demandes d'indemnité ou bénéficiaires, je permets et ordonne à MWA de communiquer ces renseignements au tiers, dans la mesure où MWA juge cette communication raisonnable dans les circonstances.

Je conviens d'aviser MWA par écrit si je désire permettre et ordonner à MWA de communiquer seulement des renseignements précis à des personnes précises.

Les renseignements seront communiqués conformément aux lois en vigueur et aux documents du régime.

### **LA PRÉSENTE VOUS AUTORISE À AGIR AINSI.**

Par ma signature ci-dessous, je dégage les fiduciaires, les caisses en fiducie et Manion, Wilkins & Associates Ltd. de toute responsabilité pouvant découler de la communication des renseignements personnels.

Je comprends que la présente autorisation de divulguer des renseignements reste en vigueur jusqu'à ce que j'informe Manion, Wilkins & Associates Ltd. du contraire par écrit ou en personne. Il m'incombe de veiller à ce que cette autorisation soit à jour et reflète mes volontés.

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

**[Adresse du participant pré-imprimée pour la fenêtre de l'enveloppe]**

# DIVULGATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

## INSTRUCTIONS

Afin de protéger votre vie privée, nous ne pouvons communiquer vos renseignements personnels utilisés dans l'administration de vos prestations ou en discuter avec d'autres personnes que vous – pas même votre conjoint – sans demande et autorisation précises de votre part. Le formulaire de divulgation des renseignements personnels vous permet d'autoriser l'administrateur du régime à communiquer vos renseignements personnels entourant les prestations administrées en votre nom ou à en discuter avec certains tiers (définis ci-dessous).

Les tiers comprennent :

- votre conjoint ou un membre de votre famille immédiate (parents, frères et sœurs ou enfants adultes);
- le conseil d'administration;
- votre représentant et/ou le secrétaire de la section syndicale

Si vous désirez que l'administrateur du régime communique vos renseignements personnels ou en discute avec un tiers (selon la définition ci-dessus), veuillez remplir le formulaire, le signer et le renvoyer à l'administrateur du régime dans l'enveloppe pré-adressée ci-jointe.

Si vous désirez qu'une personne qui n'est pas identifiée comme un tiers obtienne des renseignements en votre nom, ou que vous ne désirez pas que vos renseignements soient communiqués à un tiers en particulier, veuillez nous en faire part par écrit.

Cette autorisation entre en vigueur à la date où l'administrateur reçoit l'information et le demeure jusqu'à ce que vous désiriez modifier votre désignation. Vous pouvez modifier votre désignation n'importe quand en avisant l'administrateur du régime par écrit.

Si vous avez des questions ou désirez obtenir des renseignements précis, appelez directement l'administrateur du régime au (416) 234-3511 ou sans frais au 1 866 532 8999, Fax 416 234 2071.