

Changement de bénéficiaire

Important : Vous devez apposer vos initiales à côté de toute correction apportée au formulaire.

1. Renseignements sur la personne assurée

Prénom	Nom de famille	Date de naissance (jj-mm-aaaa) — —	Numéro du certificat
--------	----------------	---------------------------------------	----------------------

2. IMPORTANT :

Au Québec, la désignation du conjoint légal (mariage ou union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, à moins de cocher cette case : Bénéficiaire révocable.

3. a) Vos nouveaux bénéficiaires principaux Le bénéficiaire principal reçoit les sommes payables en vertu d'un certificat au décès de la personne assurée. S'il y a plusieurs bénéficiaires principaux et que l'un d'eux décède avant la personne assurée, les sommes auxquelles il avait droit seront réparties en parts égales entre les autres bénéficiaires principaux.

Prénoms et nom (ou ayants droit, ou nom de l'entreprise ou de la fiducie)	Lien avec le proposant	Parts égales des bénéficiaires, à moins d'indication contraire*
		%
		%
		%

3. b) Vos nouveaux bénéficiaires secondaires Si tous les bénéficiaires principaux décèdent avant la personne assurée, le ou les bénéficiaires secondaires recevront les sommes payables au décès de la personne assurée.

		%
		%
		%

*Primaire/secondaire le centile devrait être égal à 100 %"

4. Si le bénéficiaire a moins de 18 ans, prière de désigner un fiduciaire. (Au Québec, tout montant à être payé à un bénéficiaire au moment où il/elle est mineur(e) sera payé au(x) parent(s) ou tuteur légal de ce bénéficiaire.). **J'autorise le fiduciaire à recevoir au nom du bénéficiaire désigné, jusqu'à ce que celui-ci ait 18 ans, toutes les sommes revenant à ce bénéficiaire et j'autorise ce fiduciaire à utiliser ces sommes à sa discrétion, uniquement à l'avantage du bénéficiaire, pour couvrir les frais de soutien, d'entretien et d'éducation du bénéficiaire.**

Prénom	Nom	Nom de l'entreprise
--------	-----	---------------------

5. En signant ci-dessous je confirme ce qui suit :

- Si j'ai nommé ci-dessus de nouveaux bénéficiaires principaux, ces désignations annulent et remplacent toutes les désignations précédentes de bénéficiaires principaux ou secondaires et de fiduciaire, ainsi que toute autre directive de règlement.
- Si j'ai nommé ci-dessus de nouveaux bénéficiaires secondaires, ces désignations annulent et remplacent toutes les désignations précédentes de bénéficiaires secondaires et de fiduciaire.

Signature et date :

Signature de la personne assurée X	Date (jj-mm-aaaa) — —	Fait à (ville)	Fait à (province)
---------------------------------------	--------------------------	----------------	-------------------

Veuillez conserver une copie de ce formulaire complété avec votre certificat d'assurance.