

Identification

Police numéro :

Prénom de l'assuré :

Nom de l'assuré :

- Le présent formulaire doit être utilisé pour désigner ou changer un(des) bénéficiaire(s) pour tout contrat d'assurance invalidité, maladies graves, vie ou assurance créance.
- **N'utilisez pas ce formulaire pour désigner un(des) bénéficiaire(s) pour une police ou une couverture d'invalidité (remplacement de revenu), mutilation ou perte d'usage ou remboursement de frais médicaux - ces prestations sont versées à la personne assurée ou au titulaire, conformément aux dispositions du contrat.**
- Les désignations faites dans le présent formulaire révoquent toute désignation antérieure de bénéficiaire(s) pour la(les) couverture(s) visée(s) par la police mentionnée ci-dessus.
- Toute prestation payable au titre d'une couverture pour laquelle aucun bénéficiaire n'a été nommé sera versée conformément aux dispositions du contrat.
- Si plusieurs bénéficiaires sont nommés pour une même couverture, les sommes assurées seront versées en parts égales, à moins d'indication contraire.
- **Le(s) bénéficiaire(s) irrévocable(s) doit(vent) signer le présent formulaire pour signifier son (leur) consentement.** Les enfants mineurs **ne peuvent pas** donner de consentement écrit à de tels changements. Les parents ou tuteurs de(s) bénéficiaire(s) irrévocable(s) mineur(s) ne peuvent pas donner de consentement au nom de ce(s) dernier(s).
- **Si vous souhaitez désigner un ou des enfants mineurs à titre de bénéficiaires, un fiduciaire doit être nommé.**
- **Si le(s) titulaire(e) est (sont) une société par actions,** le présent formulaire doit être signé par la(les) personne(s) autorisée(s) à signer au nom de la société.

Information sur le(les) bénéficiaire(s)

Désignation du(des) bénéficiaire(s) pour une(des) prestation(s) payable(s) au décès
(assurance vie et remboursement des primes au décès)

Nom et prénom	Lien de parenté avec l'assuré(e)	Date de naissance jour / mois / année	Part de la prestation	Irrévocabilité	
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable



Information sur le(les) bénéficiaire(s) (suite)

- Désignation du(des) bénéficiaire(s) en sous-ordre pour une(des) prestation(s) payable(s) au décès (assurance vie et remboursement des primes au décès)

Nom et prénom	Lien de parenté avec l'assuré(e)	Date de naissance jour / mois / année	Part de la prestation
			%
			%
			%

- Le(s) bénéficiaire(s) en sous-ordre touche(nt) une prestation seulement si le(s) bénéficiaire(s) décède(nt) avant l'assuré ou si le(s) bénéficiaire(s) n'a(n'ont) plus droit à la prestation.

- Désignation du(des) bénéficiaire(s) pour une garantie de maladies graves (si applicable)

Nom et prénom	Lien de parenté avec l'assuré(e)	Date de naissance jour / mois / année	Part de la prestation	Irrévocabilité	
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable

- Désignation de bénéficiaires pour une garantie de remboursement de primes payables du vivant de l'assuré

Nom et prénom	Lien de parenté avec l'assuré(e)	Date de naissance jour / mois / année	Part de la prestation	Irrévocabilité	
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable

- Désignation du(des) bénéficiaire(s) pour une prestation d'assurance créance en cas d'invalidité

Nom et prénom	Lien de parenté avec l'assuré(e)	Date de naissance jour / mois / année	Part de la prestation	Irrévocabilité	
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable

- Désignation de fiduciaire pour un enfant mineur :

Toute somme payable au bénéficiaire qui est un enfant mineur sera versé à la personne suivante à titre de fiduciaire :

Nom du bénéficiaire mineur	Nom du fiduciaire	Relation avec le bénéficiaire

Autorisations et signatures

En signant ci-dessous je, le titulaire, confirme que :

- Je procède à la révocation de toutes les désignations antérieures faites pour les garanties sélectionnées au titre de la police susmentionnée et je donne instruction que toute prestation payable soit versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans le présent formulaire.
- Je comprends que le fait de désigner un bénéficiaire de manière irrévocable a pour effet que, conformément aux dispositions de la loi sur les assurances, tant que le bénéficiaire est vivant, je ne peux pas modifier ou révoquer la désignation sans le consentement du bénéficiaire et je ne peux pas céder, exercer des droits en vertu ou à l'égard du contrat, le racheter ou en disposer d'une autre manière sans le consentement du bénéficiaire.
- La désignation d'une personne mineure comme bénéficiaire irrévocable peut me restreindre d'exercer mes droits sur le contrat jusqu'à ce que le bénéficiaire atteigne l'âge de 18 ans, et ce uniquement avec le consentement du bénéficiaire.

Note : En cas de titulaires multiples, tous les titulaires doivent signer ce formulaire. Si le titulaire est une société, indiquez les noms et titres des signataires autorisés.

Signer et dater ici :

Fait à _____ Date / /
jour / mois / année

Signature du titulaire n° 1 _____ Signature du titulaire n° 2 _____

Dans le cas d'un changement de(s) bénéficiaire(s) irrévocable(s)

Nom et prénom du(des) bénéficiaire(s) irrévocable(s) :

Nom et prénom du(des) bénéficiaire(s) irrévocable(s) :

Par la présente, je(nous) consens(tons) aux changements apportés aux désignations de bénéficiaires relativement à la police susmentionnée et, le cas échéant, d'être révoqué comme bénéficiaire(s) actuel(s) de la police susmentionnée en vertu de cette police.

Date / / Signature du bénéficiaire irrévocable _____
jour / mois / année

Date / / Signature du bénéficiaire irrévocable _____
jour / mois / année

Identification du représentant

La déclaration ci-dessous doit être complétée par le représentant.

En signant ci-dessous, je confirme que :

- J'ai expliqué de façon détaillée au titulaire les conséquences de nommer un bénéficiaire de manière irrévocable. Le bénéficiaire n'était pas présent quand cette explication a été donnée. Les titulaires ont confirmés avoir compris les conséquences de leur désignation de bénéficiaire irrévocable.

Signer et dater ci-dessous :

Signature du représentant : _____ Date / /
jour / mois / année

Code Fait à : _____