

Nom de l'employeur	Numéro du certificat

Employé participant	
Nom de famille	Prénom

Bénéficiaire(s) actuel(s)					
<input type="checkbox"/> **Irrévocable **Signifie que la désignation de bénéficiaire ne peut pas être révoquée (changée) sans son consentement écrit.					
Nom de famille	Prénom	Lien	Statut actuel	Date de naissance jj/mm/aa	Part %
			Révocable Irrévocable		
			Révocable Irrévocable		
			Révocable Irrévocable		

Désignation du(des) nouveau(x) bénéficiaire(s)					
Bénéficiaire irrévocable/révocable : Un mineur nommé bénéficiaire irrévocable ne peut consentir à un changement de bénéficiaire et un parent ou un tuteur ne peut signer à la place d'une personne mineure à cette fin. Tous les bénéficiaires sont réputés être révocables à moins que vous n'ayez coché la case « Irrévocable » ci-dessous, sauf au Québec. Au Québec, si un conjoint marié ou en union civile est nommé bénéficiaire, il est irrévocable à moins que vous n'ayez coché la case « Révocable » ci-dessous.					
Personnes mineures : Si vous vivez à l'extérieur du Québec, vous devriez nommer un fiduciaire qui recevra toute prestation tant que le bénéficiaire est mineur. Au Québec toute prestation sera versée au(x) tuteur(s), à moins que vous n'ayez établi une fiducie officielle.					
Bénéficiaires multiples : Les pourcentages attribués pour tous les bénéficiaires doivent totaliser 100 % . Si vous nommez plus d'un bénéficiaire et que vous n'indiquez pas la part de chacun en pourcentage, toute prestation sera divisée en parts égales entre tous les bénéficiaires survivants. S'il vous faut plus d'espace, veuillez joindre une lettre manuscrite avec votre signature.					
Bénéficiaire					
Nom de famille	Prénom	Lien	Statut	Date de naissance jj/mm/aa	Part %
			Révocable Irrévocable		%
			Révocable Irrévocable		%
			Révocable Irrévocable		%
			Révocable Irrévocable		%

* DATE D'EFFET DU CHANGEMENT DEMANDÉ	Jour	Mois	Année

Autorisation et signature de l'employé		
J'autorise la compagnie d'assurance, ses agents et ses fournisseurs de service à utiliser et échanger les informations contenues sur ce formulaire afin de tarifier, administrer et payer des réclamations.		
Par la présente, je révoque la désignation du bénéficiaire actuel et je lui substitue celle du nouveau bénéficiaire, tel que décrit ci-dessus.		
Date (jj/mm/aa)	Signature de l'employé	Signature d'un témoin
	X	X

Renonciation du bénéficiaire actuel (seulement si le bénéficiaire actuel est IRRÉVOCABLE)		
Par la présente, je consens à être révoqué(e) comme bénéficiaire actuel et à être remplacé(e) par le nouveau bénéficiaire nommé ci-dessus.		
Date (jj/mm/aa)	Signature du bénéficiaire irrévocable actuel	Signature d'un témoin
	X	X