

<input style="width: 95%;" type="text"/> Nom de l'assuré	<input style="width: 95%;" type="text"/> Prénom de l'assuré
Numéro de contrat : <input style="width: 150px;" type="text"/>	

INFORMATIONS IMPORTANTES

Bénéficiaire révocable/irrévocable : La désignation de bénéficiaire est révocable à moins d'indication contraire. Au Québec, toutefois, si le preneur désigne la personne à laquelle il est marié ou uni civilement comme bénéficiaire, cette désignation est réputée irrévocable à moins que le preneur n'ait indiqué qu'il souhaite qu'elle soit RÉVOCABLE.

La désignation d'un bénéficiaire irrévocable entraîne des conséquences importantes. Notamment, le consentement de celui-ci sera nécessaire pour le remplacer ou pour effectuer certaines modifications ou transactions. Il est à noter qu'un bénéficiaire irrévocable mineur ne peut consentir à une modification ou à une transaction et ni les parents ni le tuteur ne peuvent signer à cette fin au nom de ce bénéficiaire irrévocable mineur.

Bénéficiaire mineur : À l'extérieur du Québec, si un mineur est désigné comme bénéficiaire, il est recommandé de nommer un fiduciaire. En nommant un fiduciaire, la prestation sera payable au fiduciaire qui la détiendra en fiducie pour le bénéficiaire mineur jusqu'à ce que celui-ci atteigne sa majorité (sans objet au Québec). Tout montant payable à un bénéficiaire devenu majeur sera payable directement à ce dernier. Au Québec, c'est le tuteur du bénéficiaire mineur qui recevra la prestation payable à moins qu'une fiducie officielle n'ait été créée.

Succession, héritiers légaux, ayants droit : Les expressions « succession », « héritiers légaux » ou « ayants droit » désignent la succession, les héritiers légaux ou les ayants droit du preneur et non ceux de l'assuré.

DIRECTIVES

Remplir les sections indiquées selon le type de garantie pour lequel le changement de bénéficiaire est demandé.

Si le bénéficiaire actuel est irrévocable, veuillez obtenir son consentement à la section 4.

Veuillez apposer vos initiales à côté de toute correction apportée au formulaire.

Type de garantie pour lequel le changement de bénéficiaire est demandé			Sections à remplir
Maladies graves	Protection enrichie émise le 25 novembre 2009 ou après	Avec Option de remboursement de primes au décès	1 et 4
		Avec Option de remboursement de primes au rachat ou à l'expiration	2 et 4
	Toute autre garantie de maladies graves (excluant les avenants de maladies graves)		1 et 4
Soins de longue durée – Option plus (remboursement de primes au décès)			1 et 4

1 REMBOURSEMENT DE PRIMES AU DÉCÈS – PRESTATION DE DÉCÈS

Identification du ou des bénéficiaires		Lien avec l'assuré (au Québec lien avec le preneur)	Date de naissance	Cocher une seule case		Quote-part %
Nom	Prénom		Année Mois Jour	Révocable	Irrévocable	Total : 100 %
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %

2 REMBOURSEMENT DE PRIMES AU RACHAT OU À L'EXPIRATION

Identification du ou des bénéficiaires		Lien avec l'assuré (au Québec lien avec le preneur)	Date de naissance			Cocher une seule case		Quote-part %
Nom	Prénom		Année	Mois	Jour	Révocable	Irrévocable	Total : 100 %
_____	_____	_____	_ _	_ _	_ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
_____	_____	_____	_ _	_ _	_ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
_____	_____	_____	_ _	_ _	_ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
_____	_____	_____	_ _	_ _	_ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %
_____	_____	_____	_ _	_ _	_ _ _	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____ %

3 DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR (sans objet au Québec)

Identification du ou des bénéficiaires mineurs		Identification du ou des fiduciaires	
Nom	Prénom	Nom	Prénom
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

4 DÉCLARATIONS DU PRENEUR

Je révoque, le cas échéant, le ou les bénéficiaires actuels ainsi que le ou les bénéficiaires subsidiaires actuels. Je confirme les changements demandés indiqués au présent formulaire.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .



Signature du preneur 1

Nom du preneur 1 (en caractères d'imprimerie)



Signature du preneur 2

Nom du preneur 2 (en caractères d'imprimerie)

5 CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE (remplir cette section uniquement si le bénéficiaire actuel est irrévocable)

Je consens à ce que ma désignation comme bénéficiaire soit révoquée.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .



Signature du bénéficiaire irrévocable 1

Nom du bénéficiaire irrévocable 1 (en caractères d'imprimerie)



Signature du bénéficiaire irrévocable 2

Nom du bénéficiaire irrévocable 2 (en caractères d'imprimerie)

(L'enregistrement de ce changement de bénéficiaire dans les registres de l'Assureur n'en garantit pas la validité ni la légitimité.)