

Formulaire de désignation de bénéficiaire

Veuillez écrire lisiblement en lettre moulées et remplir les deux côtés du formulaire, le signer et inscrire la date. Faites une copie pour vos dossiers.

En remplissant ce formulaire, je révoque toutes les désignations de bénéficiaires faites antérieurement et désigne les bénéficiaires suivants, conformément aux lois applicables.

Remplir chaque section pour lesquelles vous faites une demande. Si votre désignation de bénéficiaire actuelle est irrévocable, votre bénéficiaire actuel doit accepter de renoncer à ses droits en remplissant un formulaire de Consentement du bénéficiaire. Si vous avez besoin de plus d'espace pour des bénéficiaires additionnels, veuillez photocopier cette page vide.

Bénéficiaire de l'assurance vie DE BASE du participant				
Police n° 156241 de la Canada Vie				
Remplir cette section	Nom (prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Lien avec vous	Percentage (le total doit donner 100 %)
Au Québec, si vous désignez votre conjoint légal (marié ou union civile) comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable à moins que vous ne cochiez la case « Bénéficiaire révocable » ci-contre. ☐ Bénéficiaire révocable				

Bénéficiaire de l'assurance décès et mutilation par accident (DMA) DE BASE du participant				
Police n° AB10518101 de la CHUBB				
Remplir cette section	Nom (prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Lien avec vous	Percentage (le total doit donner 100 %)
Au Québec, si vous désignez votre conjoint légal (marié ou union civile) comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable à moins que vous ne cochiez la case « Bénéficiaire révocable » ci-contre. ☐ Bénéficiaire révocable				

Bénéficiaire de l'assurance vie FACULTATIVE du participant (si applicable)				
Police n° 156243 de la Canada Vie				
Ne remplir cette section que si vous demandez de l'assurance vie facultative pour vous-même	Nom (prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Lien avec vous	Percentage (le total doit donner 100 %)
Au Québec, si vous désignez votre conjoint légal (marié ou union civile) comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable à moins que vous ne cochiez la case « Bénéficiaire révocable » ci-contre. ☐ Bénéficiaire révocable				

Bénéficiaire de l'assurance FACULTATIVE décès et mutilation par accident (DMA) du participant (si applicable) Police n° OE10518101 de la CHUBB				
Ne remplir cette section que si vous demandez de l'assurance facultative DMA	Nom (prénom, nom de famille)	Date de naissance (aaaa/mm/jj)	Lien avec vous	Percentage (le total doit donner 100 %)
Au Québec, si vous désignez votre conjoint légal (marié ou union civile) comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable à moins que vous ne cochiez la case « Bénéficiaire révocable » ci-contre. ☐ Bénéficiaire révocable				

Bénéficiaire pour toutes les autres garanties

Vous êtes automatiquement le bénéficiaire de l'assurance facultative en cas de maladie grave et de toute assurance facultative vie ou DMA des personnes à charge (conjoint ou enfant) demandée. Pour désigner un autre bénéficiaire, veuillez consulter l'administrateur du régime.

Nomination d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur autre qu'un résident du Québec

Si vous souhaitez désigner un ou des enfants mineurs comme bénéficiaire(s), un fiduciaire doit être nommé.

Tous les paiements exigibles alors que le bénéficiaire est un mineur* doivent être faits à

_____ à titre de fiduciaire ou, en l'absence d'un fiduciaire, au tuteur dûment nommé de cet enfant mineur à titre de fiduciaire. Le paiement au fiduciaire décharge l'assureur.

*Un mineur est un enfant qui n'a pas atteint l'âge de la majorité selon la définition donnée par les lois provinciales.

Désignation de bénéficiaires mineurs pour les résidents du Québec

Au Québec, tout montant payable à un bénéficiaire mineur avant que celui-ci n'ait atteint l'âge de la majorité doit être payé au tuteur de l'enfant mineur (parent survivant ou tuteur légal). Un avocat ou un notaire devrait être consulté.

Tous les paiements exigibles alors que le bénéficiaire est un mineur* doivent être faits à

_____ à titre de tuteur légal de l'enfant mineur. Le paiement au tuteur légal de l'enfant mineur décharge l'assureur.

*Un mineur est un enfant qui n'a pas atteint l'âge de 18 ans.

Protection des renseignements personnels, autorisations et déclarations

Les renseignements personnels recueillis par l'administrateur du régime à votre sujet et au sujet des personnes à votre charge sont conservés dans la plus stricte confidentialité et sont utilisés aux seules fins que vous avez autorisées. Votre dossier personnel est conservé en tout temps dans les bureaux de l'administrateur du régime. Vous avez le droit de demander de consulter votre dossier personnel et, au besoin, de corriger les renseignements inexacts ou d'apporter des modifications aux renseignements actuels, si nécessaire. Pour ce faire, vous devez envoyer une demande écrite à l'administrateur du régime.

L'accès à vos renseignements personnels sera limité à l'administrateur du régime et aux assureurs dans l'exercice de leurs fonctions, aux personnes à qui vous avez accordé l'accès et aux personnes autorisées par la loi.

PAR LA PRÉSENTE, JE CONFIRME que si l'un ou l'autre des bénéficiaires désignés ci-dessus décède avant moi et qu'aucun autre bénéficiaire n'a été désigné, les prestations applicables seront versées à ma succession.

PAR LA PRÉSENTE, JE CONFIRME qu'au meilleur de ma connaissance, les renseignements contenus dans ce formulaire sont véridiques et complets.

Signature (vous devez signer le formulaire et inscrire la date)

Nom du participant (veuillez écrire en lettres moulées)

Numéro du participant (si connu) :

Date (aaaa/mm/jj)

Signature du participant

X