

Changement de bénéficiaire

N° du groupe :		No de l'entreprise :		Nom de l'entreprise :	
N° de certificat :			Nom du participant :		

Changement de bénéficiaire Le changement de bénéficiaire prend effet à la date de signature du présent formulaire.	Je révoque par la présente toutes les désignations de bénéficiaire antérieures et désigne la ou les personnes ci-après comme mon ou mes bénéficiaires révocables.				
	Résidents du Québec seulement : La désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable, sauf si vous cochez ici <input type="checkbox"/> pour préciser que cette désignation est révocable.				
	Indiquez s'il s'agit d'un bénéficiaire principal ou en sous-ordre.*	Nom		Lien avec le participant	Pourcentage (la somme ne doit pas être supérieure à 100 %)
		Nom	Nom		
Désignation du fiduciaire Remplissez cette partie seulement si le bénéficiaire désigné est d'âge mineur. Nota : La désignation d'un « fiduciaire » n'est pas valable au Québec.		Je nomme par la présente _____, domicilié au _____, fiduciaire pour recevoir toute somme due à un bénéficiaire âgé de moins de 18 ans.			

Signature du participant		Date	
--------------------------	--	------	--

*Les prestations payables au titre de l'assurance vie et de l'assurance vie facultative (le cas échéant) sont payables au bénéficiaire principal au décès du participant. Si le bénéficiaire principal décède avant le participant, les prestations sont versées au bénéficiaire en sous-ordre. Si aucun bénéficiaire en sous-ordre n'a été désigné, les prestations sont versées aux ayants droit du participant.