

La Capitale assureur de l'administration publique inc.
 625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
 418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM		PRÉNOM	
ADRESSE	N°	RUE	APP.
			TÉLÉPHONE RÉSIDENTE
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	TÉLÉPHONE TRAVAIL
DATE DE DÉBUT D'EMPLOI (année-mois-jour)			

2 – DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Je, soussigné, adhérent au contrat identifié ci-dessus, désigne à titre de nouveau bénéficiaire :

Bénéficiaire(s)	Pourcentage	Lien avec l'adhérent	D/Naissance du bénéficiaire (année-mois-jour)	Adresse si différente de celle de l'adhérent et/ou numéro de téléphone
Nom : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable *	_____ %			
Nom : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable *	_____ %			
Nom : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable *	_____ %			
Nom : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable *	_____ %			

Les pourcentages indiqués doivent totaliser 100 %. Si aucun pourcentage n'est précisé, la prestation d'assurance vie sera partagée en parts égales entre les bénéficiaires désignés.

* **MISE EN GARDE** : **PROVINCE DE QUÉBEC** : la désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est considérée irrévocable à moins de stipulation contraire de l'adhérent. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire a atteint l'âge de la majorité et qu'il signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire. **AUTRES PROVINCES QUE LE QUÉBEC** : une désignation de bénéficiaire est considérée révoicable à moins de stipulation contraire de l'adhérent. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire a atteint l'âge de la majorité et s'il consent par écrit à ce changement.

3 – RÉVOCATION DE BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE

(Si votre bénéficiaire était irrévocable et que ce dernier a atteint l'âge de la majorité, veuillez lui faire remplir cette partie.)

Consentement du bénéficiaire irrévocable majeur : Je, soussigné, renonce à mes droits dans ce contrat en tant que bénéficiaire.

Signé à _____, ce _____ du mois _____ 20 _____.

Signature du bénéficiaire irrévocable majeur

4 – DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR (NE S'APPLIQUE PAS À LA PROVINCE DE QUÉBEC)

Si vous désignez un bénéficiaire n'ayant pas atteint l'âge de la majorité, vous devez nommer un fiduciaire.

Prénom et nom : _____

Adresse : _____
N° Rue App. Ville Province Code postal

5 – SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

Signé à _____, ce _____ du mois _____ 20 _____.

Signature de l'adhérent