

|              |                |                     |
|--------------|----------------|---------------------|
| N° de groupe | N° d'employeur | N° d'identification |
|--------------|----------------|---------------------|

## 1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

|                               |             |                     |       |                                |       |
|-------------------------------|-------------|---------------------|-------|--------------------------------|-------|
| Nom                           |             | Prénom              |       | Date de naissance (AAAA/MM/JJ) |       |
| N°, rue, app.                 |             |                     |       | Ville                          |       |
| Province                      | Code Postal | Téléphone principal | Poste | Téléphone (autre)              | Poste |
| Adresse courriel <sup>1</sup> |             |                     |       |                                |       |

**Note 1 :** En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à mon assurance collective.

## 2. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES

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

| Révocable                | Irrévocable              | Prénom et nom | Pourcentage | Lien avec l'adhérent |
|--------------------------|--------------------------|---------------|-------------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |             |                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |             |                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |             |                      |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |             |                      |

**MISE EN GARDE :** Si des pourcentages sont indiqués, ceux-ci doivent totaliser au maximum 100 %. Si aucun pourcentage n'est précisé, la prestation d'assurance vie sera partagée en parts égales entre les bénéficiaires désignés. **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'adhérente. 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 révoquée 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. 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 |       |          |             |
| N°, rue, app. | Ville | Province | Code postal |

## 4. RÉVOCACTION DU 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 \_\_\_\_\_

## 5. SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

**Je déclare** que les renseignements fournis ci-dessus sont complets, véridiques et en conformité avec les conditions et les dispositions de mon contrat d'assurance collective. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de mon assurance.

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ du mois \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

Signature de l'adhérent \_\_\_\_\_