

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.
VILLE			PROVINCE
CODE POSTAL		TÉLÉPHONE TRAVAIL	
TÉLÉPHONE RÉSIDENCE			
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 révocable 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

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel aux coordonnées inscrites ci-haut.  
 Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle.  
 Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.