

Nom de l'assuré	Prénom de l'assuré
Numéros de contrats: <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/> <input style="width: 150px;" type="text"/> <input style="width: 150px;" type="text"/>

DIRECTIVES

Si le bénéficiaire subsidiaire actuel est irrévocable, vous devez obtenir son consentement à la section 4. Veuillez apposer vos initiales à côté de toute correction apportée au formulaire. Remplir les sections 1, 3 et 4 (le cas échéant) pour une désignation du conjoint marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire subsidiaire. Remplir les sections 2, 3 et 4 (le cas échéant) pour une désignation de bénéficiaire subsidiaire autre que le conjoint marié ou uni civilement.

1 DÉSIGNATION DU CONJOINT MARIÉ OU UNI CIVILEMENT

Informations importantes: La désignation de bénéficiaire subsidiaire est révoquée à moins d'indication contraire. Cependant, au Québec, si le preneur désigne la personne à laquelle il est marié ou uni civilement comme bénéficiaire subsidiaire, cette désignation est réputée irrévocable. Cocher la case ci-dessous si vous désirez que cette désignation soit RÉVOCABLE.

Identification du bénéficiaire subsidiaire	Date de naissance	Cocher pour une désignation révoquée
Nom	Année Mois Jour	
	_ _ _ _ _ _ _ _ _	<input type="checkbox"/>


2 DÉSIGNATION D'UNE OU DE PLUSIEURS PERSONNES AUTRES QUE LE CONJOINT MARIÉ OU UNI CIVILEMENT


Identification du ou des bénéficiaires subsidiaires	Lien avec l'assuré (au Québec lien avec le preneur)	Date de naissance	Quote-part %
Nom		Année Mois Jour	Total: 100 %
		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____%
		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____%
		_ _ _ _ _ _ _ _ _	_____%

3 DÉCLARATIONS DU PRENEUR

Je révoque, le cas échéant, le ou les bénéficiaires subsidiaires actuels. Je confirme les changements demandés indiqués au présent formulaire.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .


 _____ Nom du preneur 1 (en caractères d'imprimerie)


 _____ Nom du preneur 2 (en caractères d'imprimerie)

4 CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE IRRÉVOCABLE (remplir cette section uniquement si le bénéficiaire subsidiaire actuel est irrévocable)

Je consens à ce que ma désignation comme bénéficiaire subsidiaire soit révoquée.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____ .

 _____ Nom du bénéficiaire subsidiaire irrévocable 1 (en caractères d'imprimerie)

 _____ Nom du bénéficiaire subsidiaire irrévocable 2 (en caractères d'imprimerie)

(L'enregistrement de ce changement de bénéficiaire dans les registres de l'Assureur n'en garantit pas la validité ni la légitimité.)