

Numéro de contrat	Nom de l'assuré
Nom du preneur 1	Nom du preneur 2
Montant de la rente d'invalidité mensuelle	
\$	

IMPORTANT

- Ce formulaire doit être rempli :
 - lorsqu'une demande de règlement écrite relative à la rente d'invalidité est soumise à l'Assureur ; **ET**
 - lorsque le preneur désire que la rente d'invalidité mensuelle soit payable à une ou des institutions financières¹ (section 1) ou à l'assuré lorsque cette personne n'est pas le preneur (section 2).
- Si le preneur est une entreprise, ce formulaire ne doit pas être rempli puisque la rente d'invalidité mensuelle est payable obligatoirement à l'entreprise.
- Si le preneur désire que la rente d'invalidité mensuelle lui soit payable, ce formulaire ne doit pas être rempli.
- À défaut de recevoir ce formulaire dûment rempli, la rente d'invalidité mensuelle est payable au preneur.
- La section 3 doit être remplie dès que les sections 1 ou 2 sont remplies.

1. RENTE D'INVALIDITÉ PAYABLE À UNE OU DES INSTITUTIONS FINANCIÈRES¹

DIRECTIVES

- Cette section doit être remplie si le preneur désire que la rente d'invalidité mensuelle soit payable en totalité ou en partie à une ou plusieurs institutions financières.
- Il est important d'indiquer le montant payable à chacune des institutions financières. Le total de ces montants ne doit toutefois pas excéder le montant de la rente d'invalidité mensuelle indiqué ci-dessus.
- Le montant payable à une institution financière qui sera indiqué à la case A ou à la case B ne peut excéder le remboursement mensuel du prêt contracté auprès de cette institution.
- Si le montant de la rente d'invalidité mensuelle excède le total payable à une ou aux institutions financières (case C), l'excédent est payable au preneur à moins que le preneur désire que cet excédent soit payable à l'assuré. Dans cette éventualité, la section 2 doit également être remplie.
- Une preuve du ou des prêts doit être jointe.

	Montant payable à l'institution financière	
Institution financière 1: _____	\$	A
Nom de l'institution financière 1		
Adresse (n°, rue)		App.
Ville		Province
Pays		Code postal
Institution financière 2: _____	\$	B
Nom de l'institution financière 2		
Adresse (n°, rue)		App.
Ville		Province
Pays		Code postal
Total payable aux institutions financières (A + B)	\$	C

1. Une institution financière doit être une banque, une société de fiducie, de prêt ou d'assurance, une société coopérative de crédit ou toute autre personne morale autorisée à exercer à ce titre au Canada.

2. RENTE D'INVALIDITÉ PAYABLE À L'ASSURÉ

DIRECTIVES

- Cette section doit être remplie si le preneur désire que la rente d'invalidité mensuelle soit payable en totalité ou en partie à l'assuré.
- Il est important de noter que la rente d'invalidité mensuelle ne peut être partagée entre l'assuré et le preneur.

Cocher une seule case :

- Cocher si le preneur désire que la rente d'invalidité mensuelle soit payable en totalité à l'assuré.
- Cocher si le preneur désire que le montant de la rente d'invalidité mensuelle qui excède le total payable aux institutions financières indiqué à la case C de la section 1 soit payable à l'assuré.

Adresse de l'assuré
si celle-ci diffère de
celle du preneur :

Adresse (n°, rue)	App.
Ville	Province
Pays	Code postal

3. SIGNATURE DU OU DES PRENEURS

Le ou les preneurs soussignés demandent à l'Assureur de payer la rente d'invalidité mensuelle sur la vie de l'assuré susmentionné, selon les instructions mentionnées dans la présente indication de paiement et, par conséquent, donnent quittance à l'Assureur quant à tout paiement effectué en conformité auxdites instructions.

Signé à _____ ce _____ jour de _____ 20 _____.

X

Signature du preneur 1

X

Signature du preneur 2

MISE EN GARDE

La présente indication de paiement n'est opposable à l'Assureur qu'à compter du moment où il la reçoit. Le preneur peut la modifier ou la révoquer en tout temps par écrit. L'Assureur se réserve un délai de 30 jours pour donner suite à toute indication de paiement sous réserve que la demande de règlement soit approuvée par l'Assureur. Le preneur est seul responsable d'aviser l'Assureur de tout changement quant aux instructions mentionnées à l'indication de paiement et l'Assureur ne peut être tenu de rembourser ou de payer de nouveau un paiement effectué en conformité avec lesdites instructions.

N.B. apposer vos initiales pour toute modification.