

GÉNÉRALITÉS

Si vous apportez des corrections à des renseignements inscrits sur le présent formulaire, veuillez les parapher afin d'en confirmer la validité.

Nous vous prions d'indiquer le pourcentage du capital assuré que vous voulez allouer à chaque bénéficiaire si vous avez plus d'un bénéficiaire principal.

Les bénéficiaires (autres que les conjoints en vertu de polices au Québec) sont révocables à moins que vous ayez inscrit la mention « irrévocable » à côté du nom dudit bénéficiaire. Si vous avez un bénéficiaire irrévocable, vos droits en vertu de la police sont limités. Ledit bénéficiaire doit donner son consentement par écrit avant que vous puissiez modifier votre désignation de bénéficiaire ou apporter des changements à votre police (comme une réduction du capital assuré). Attention – Les mineurs ne peuvent pas consentir par écrit à de tels changements.

DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE PRINCIPAL

Nom du preneur de la police : _____ Numéro de la police : _____

Je, _____, désigne par les présentes le ou les bénéficiaires révocables ci-après de toutes prestations payables dans le cadre de ma garantie.

Nom du bénéficiaire	Lien	Pourcentage

Pour les polices émises au Québec seulement : si vous avez désigné votre conjoint, avec qui vous êtes marié ou uni civilement comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable, à moins que vous choisissiez l'option « révocable ».

DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE (À REMPLIR UNIQUEMENT, S'IL Y A LIEU)

Remplissez cette section si l'un des bénéficiaires désignés sur ce formulaire est un mineur. Si c'est le cas, vous acceptez que toute prestation payable à un mineur soit versée à un fiduciaire pour être détenue en fiducie jusqu'à ce que le mineur atteigne l'âge de la majorité.

Nom du fiduciaire	Lien avec le bénéficiaire mineur

BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE (REMPLEÇANT)

Je souhaite désigner le bénéficiaire subsidiaire ci-après dans l'éventualité où mon bénéficiaire principal décède avant moi.

Nom du bénéficiaire subsidiaire	Lien avec la personne assurée	Pourcentage

SIGNATURE

En signant ci-dessous, vous révoquez toute désignation de bénéficiaire ou directive de paiement que vous aviez précédemment indiquée en ce qui concerne les sommes assurées payables aux termes de la police susmentionnée, voulant que les sommes assurées soient payées au bénéficiaire ou aux bénéficiaires indiqués sur le présent formulaire.

Signature de la personne assurée

Date de la signature

Signature du bénéficiaire irrévocable

Date de la signature