

Ce formulaire doit être remis au responsable de votre régime

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de l'employeur/du titulaire de la police		N° de contrat	N° de groupe/division
Nom de famille de l'employé		Prénom	N° de certificat
Adresse complète : N° _____ Rue _____ App. _____			
Ville _____ Province _____ Code postal _____			

CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S) PRINCIPAL(AUX)
À défaut de désigner un bénéficiaire, la prestation de décès sera versée à votre succession

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom	Date de naissance (A / M / J)	Lien avec l'assuré

Pour les adhérents du Québec seulement

La désignation du conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, à moins d'avis contraire. Il faudra le consentement écrit du bénéficiaire pour modifier une désignation irrévocable. **Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est : révocable irrévocable**

Divers critères peuvent s'appliquer relativement à la désignation d'un **fiduciaire** comme bénéficiaire. Veuillez consulter un conseiller juridique à cet effet.

Signature de l'employé :	Date :
--------------------------	--------

CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S) SUBSIDIAIRE(S) (Optionnel)
Si vous désirez nommer un bénéficiaire subsidiaire, au cas où il n'y aurait aucun bénéficiaire principal survivant au moment de votre décès, veuillez remplir cette section

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom	Date de naissance (A / M / J)	Lien avec l'assuré

Pour les adhérents du Québec seulement

La désignation du conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, à moins d'avis contraire. Il faudra le consentement écrit du bénéficiaire pour modifier une désignation irrévocable.

Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est : révocable irrévocable

NOMINATION DE FIDUCIAIRE (Optionnel)

Si vous souhaitez nommer un fiduciaire ou un administrateur, veuillez remplir cette section.

Nom de famille du fiduciaire	Prénom	Date de naissance (A / M / J)	Lien avec l'assuré

Divers critères peuvent s'appliquer relativement à la désignation d'un fiduciaire comme bénéficiaire. Veuillez consulter un conseiller juridique à cet effet.

CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE

À TITRE DE BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE, **JE RENONCE PAR LA PRÉSENTE À TOUS MES DROITS** EN TANT QUE BÉNÉFICIAIRE. Le bénéficiaire ne peut renoncer à ses droits s'il est mineur. Si le bénéficiaire est décédé joindre un certificat de décès.

Signature du bénéficiaire irrévocable :	Date :
---	--------

Signature de l'employé :	Date :
--------------------------	--------

À TITRE DE BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE, **JE CONSENS À CE QUE MA DÉSIGNATION** EN TANT QUE BÉNÉFICIAIRE **IRRÉVOCABLE** DEVIENNE **RÉVOCABLE**. Le bénéficiaire ne peut consentir au changement s'il est mineur. Si le bénéficiaire est décédé joindre un certificat de décès.

Signature du bénéficiaire irrévocable :	Date :
---	--------

Signature de l'employé :	Date :
--------------------------	--------

RÉSERVÉ À L'USAGE DE AGA

AGA :	Date :
-------	--------