



CHANGEMENT/DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

En caractères d'imprimerie S.V.P.

Ce formulaire doit être daté et signé par un témoin pour que nous puissions traiter votre demande. Veuillez conserver un exemplaire pour vos dossiers.

Groupe n° _____ Division _____ Catégorie _____ Certificat n° _____

Nom de l'employé(e) _____
(Nom de famille, prénom, initiale)

Nom de l'employeur _____

Je révoque toutes désignations de bénéficiaire précédentes en vertu du présent certificat. Je désigne, par la présente, la (les) personne(s) suivante(s) comme bénéficiaire(s) de toutes prestations d'assurance vie payables à mon décès. Si plus d'une personne est nommée, les prestations devront être partagées également, à moins qu'il en soit indiqué autrement ci-dessous.

BÉNÉFICIAIRE(S) PRINCIPAL (principaux)

Nom(s) (Prénom, initiale, nom de famille)	Lien de parenté avec l'employé(e)	Part (doit = 100 %)
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

BÉNÉFICIAIRE(S) SUBSIDIAIRE(S)

Si un bénéficiaire subsidiaire meurt avant l'employé(e), la part de ce bénéficiaire sera versée à la succession de l'employé(e), à moins que le contraire ne soit clairement indiqué.

Nom(s) (Prénom, initiale, nom de famille)	Lien de parenté avec l'employé(e)	Part (doit = 100 %)
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %
_____	_____	_____ %

FIDUCIAIRE - Si le bénéficiaire à moins de 18 ans

Songez à désigner un fiduciaire car les prestations ne peuvent pas être payées à un bénéficiaire mineur. Les prestations seront versées au bénéficiaire désigné (peu importe l'âge du bénéficiaire), à moins que vous ne changiez la désignation pour révoquer le fiduciaire.

Nom (Prénom, initiale, nom de famille) Comme fiduciaire pour (Nom du bénéficiaire) Lien de parenté avec le bénéficiaire

AUTORISATION :

Je reconnais que les renseignements que je donne dans la présente seront utilisés par RWAM, Administrateurs d'assurance (RWAM) et l'assureur afin de traiter les prestations en vertu de la présente couverture. Cette désignation demeure en vigueur jusqu'à ce qu'elle soit révoquée par écrit par l'employé(e).

Signature de l'employé(e) (à l'encre) X _____ Date _____

Le témoin doit avoir plus de 18 ans et ne pas être bénéficiaire

Signature du témoin (à l'encre) X _____ Date _____