

La Capitale assurances et gestion du patrimoine inc.

625, rue Jacques-Parizeau, C. P. 1500, Québec (Québec) G1K 8X9
418 644-4200 ou 1 800 463-4856 • Télécopieur : 418 646-1313 • adm.collectif@lacapitale.com

N° DE GROUPE	N° D'EMPLOYEUR	N° D'IDENTIFICATION

1 – RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT

NOM		PRÉNOM			
ADRESSE	N°	RUE	APP.	TÉLÉPHONE (RÉSIDENTE)	()
VILLE	CODE POSTAL		TÉLÉPHONE (TRAVAIL)	()	
DATE DE DÉBUT D'EMPLOI (année-mois-jour)					

2 – DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Je, soussigné, adhérent au contrat identifié ci-dessus, désigne à titre de nouveau bénéficiaire :

Bénéficiaire(s)	Pourcentage	Lien avec l'adhérent	D/Naissance du bénéficiaire (année-mois-jour)	Adresse si différente de celle de l'adhérent et/ou numéro de téléphone
Nom : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable *	_____ %			
Nom : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable *	_____ %			
Nom : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable *	_____ %			
Nom : <input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable *	_____ %			

Les pourcentages indiqués doivent totaliser 100 %. Si aucun pourcentage n'est précisé, la prestation d'assurance vie sera partagée en parts égales entre les bénéficiaires désignés.

* **MISE EN GARDE** : Au Québec, la désignation du **CONJOINT MARIÉ** comme bénéficiaire est considérée **IRRÉVOCABLE** à moins de précision **CONTRAIRE** de l'adhérent. Une désignation **IRRÉVOCABLE** peut être modifiée seulement si le bénéficiaire âgé de 18 ans ou plus signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire.

3 – RÉVOCATION DE BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE (si votre bénéficiaire était irrévocable, veuillez lui faire remplir cette partie)

Consentement du bénéficiaire irrévocable : Je, soussigné, renonce à mes droits dans ce contrat.

Signé à _____, ce _____ du mois _____ 20 _____.

Signature du bénéficiaire irrévocable ou du tuteur, si mineur

Signature du témoin (autre que la personne désignée à titre de nouveau bénéficiaire)

4 – SIGNATURE DE L'ADHÉRENT

Signé à _____, ce _____ du mois _____ 20 _____.

Signature de l'adhérent

Signature du témoin

La forme masculine est utilisée pour faciliter la lecture du document, elle désigne autant le féminin que le masculin.

Chaque employeur reproduit ce formulaire pour ses besoins.

CONSERVER UNE COPIE ET RETOURNER L'ORIGINAL À L'ASSUREUR