

N° de groupe 0   0   6   0   0   0	N° d'employeur 1   0   4   1	N° d'identification
---------------------------------------	---------------------------------	---------------------

**1. RENSEIGNEMENTS RELATIFS À L'ADHÉRENT**

Nom		Prénom		Date de naissance (AAAA/MM/JJ)	
N°, rue, app.				Ville	
Province	Code Postal	Téléphone principal	Poste	Téléphone (autre)	Poste
Adresse courriel <sup>1</sup>					

**Note 1 :** En donnant mon adresse courriel, j'accepte de recevoir uniquement les documents relatifs à mon assurance collective.

**2. DÉSIGNATION DU OU DES BÉNÉFICIAIRES**

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

Révocable	Irrévocable	Prénom et nom	Pourcentage	Lien avec l'adhérent
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**MISE EN GARDE :** Si des pourcentages sont indiqués, ceux-ci doivent totaliser au maximum 100 %. Si aucun pourcentage n'est précisé, la prestation d'assurance vie sera partagée en parts égales entre les bénéficiaires désignés. **PROVINCE DE QUÉBEC :** la désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est considérée irrévocable à moins de stipulation contraire de l'adhérente. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire a atteint l'âge de la majorité et qu'il signe une renonciation à ses droits de bénéficiaire. **AUTRES PROVINCES QUE LE QUÉBEC :** une désignation de bénéficiaire est considérée révocable à moins de stipulation contraire de l'adhérente. Une désignation irrévocable peut être modifiée seulement si le bénéficiaire a atteint l'âge de la majorité et s'il consent par écrit à ce changement.

**3. DÉSIGNATION DU FIDUCIAIRE POUR UN BÉNÉFICIAIRE MINEUR (ne s'applique pas à la province de Québec)**

Si vous désignez un bénéficiaire n'ayant pas atteint l'âge de la majorité, vous devez nommer un fiduciaire.

Prénom et nom			
N°, rue, app.	Ville	Province	Code postal

**4. RÉVOCATION DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE**

**Si votre bénéficiaire était irrévocable et que ce dernier a atteint l'âge de la majorité, veuillez lui faire remplir cette partie.**

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

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ du mois \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

Signature du bénéficiaire irrévocable majeur \_\_\_\_\_  
(signature manuscrite obligatoire)

**5. SIGNATURE DE L'ADHÉRENT**

**Je déclare** que les renseignements fournis ci-dessus sont complets, véridiques et en conformité avec les conditions et les dispositions de mon contrat d'assurance collective. Toute fausse déclaration peut entraîner l'annulation de mon assurance.

Signé à \_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_ du mois \_\_\_\_\_ 20 \_\_\_\_\_.

Signature de l'adhérent \_\_\_\_\_

Le présent formulaire peut être transmis à l'Assureur par la poste, par télécopieur ou par courriel aux coordonnées inscrites ci-dessus.  
Si vous n'avez pas transmis le document original, assurez-vous de le conserver en lieu sûr en cas de contrôle.  
Il est à noter que l'Assureur peut exiger le document original en tout temps aux fins de vérification.