

Identification de l'employé (à remplir en lettres majuscules)

Nom	Prénom
Catégorie d'employé	N° de matricule

Bénéficiaire(s) – Assurance vie

Nom, prénom	Date de naissance	Lien de parenté	%

Au Québec, la désignation du conjoint avec lequel vous êtes marié ou uni civilement est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable à moins, dans les deux cas, d'indication contraire.
☐ Révocable ☐ Irrévocable
 Votre désignation de bénéficiaire s'applique à la fois à l'assurance vie et à l'assurance décès mutilations accidentels (DMA).

Bénéficiaire(s) – Assurance vie facultative

Nom, prénom	Date de naissance	Lien de parenté	%

Au Québec, la désignation du conjoint avec lequel vous êtes marié ou uni civilement est irrévocable et la désignation de tout autre bénéficiaire est révocable à moins, dans les deux cas, d'indication contraire.
☐ Révocable ☐ Irrévocable
 Votre désignation de bénéficiaire s'applique à la fois à l'assurance vie et à l'assurance décès mutilations accidentels (DMA) facultatives.

Note : En l'absence de bénéficiaires désignés, toute prestation payable en raison de votre décès sera versée à votre succession, à moins d'indication contraire. Si vous n'indiquez pas le pourcentage attribuable à chacun des bénéficiaires que vous désignez, cette prestation sera répartie en parts égales entre chacun des bénéficiaires.

Révocation de bénéficiaire(s) (Remplir cette section uniquement si la désignation de bénéficiaire était irrévocable)

- Le consentement du bénéficiaire révoqué est essentiel s'il était désigné de façon irrévocable.
- Le nouveau bénéficiaire ne peut signer comme témoin.
- Le bénéficiaire ne peut consentir au changement s'il n'est pas majeur.
- Si le bénéficiaire révoqué est décédé, joindre un certificat de décès.

Je soussigné révoque par la présente la désignation de : _____

Nom et prénom du(des) bénéficiaire(s) révoqué(s)

comme bénéficiaire(s) actuel(s) et lui(leur) substitue le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) à la section ci-dessus, conformément aux dispositions du contrat.

Je soussigné consens à ce que ma désignation comme bénéficiaire de l'assurance soit révoquée.

Signature du(des) bénéficiaire(s) révoqué(s)	Signature du témoin du(des) bénéficiaire(s)	Date
--	---	------

Signature

Employé	Date
---------	------