

Veuillez remplir le présent formulaire pour compléter les renseignements sur votre bénéficiaire actuel qui sont consignés au dossier, ou pour les modifier. L'original de ce formulaire est exigé en cas de demande de règlement d'assurance vie. Les désignations de bénéficiaire raturées doivent être paraphées. Veuillez écrire à l'encre.

Renseignements généraux

Nom du promoteur de régime : _____ Numéro du contrat : _____

Nom du participant : _____ Numéro d'identification personnel : _____

Je confirme qu'en cochant ci-dessous, cela s'applique aux garanties en vigueur suivantes :

Assurance décès ou mutilation par accident collective Assurance vie facultative Assurance décès ou mutilation par accident facultative

Premier bénéficiaire

Les bénéficiaires indiqués ci-dessous remplacent de façon définitive tout premier bénéficiaire désigné précédemment. La répartition en pourcentage sera réputée égale, sauf indication contraire. Le total des pourcentages doit être égal à 100 %.

_____	(AAAA/MM/JJ)	_____	_____	_____
Prénom		Date de naissance	Lien avec le participant	Pourcentage (%)
_____	(AAAA/MM/JJ)	_____	_____	_____
Prénom		Date de naissance	Lien avec le participant	Pourcentage (%)
_____	(AAAA/MM/JJ)	_____	_____	_____
Prénom		Date de naissance	Lien avec le participant	Pourcentage (%)

Au Québec, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation sera irrévocable, sauf si vous cochez la case « révocable ». Une désignation révocable peut être modifiée en tout temps sans le consentement du bénéficiaire. Vous ne pouvez modifier une désignation de bénéficiaire irrévocable que si certaines exigences sont respectées. Bénéficiaire révocable

Bénéficiaire en sous-ordre

Cette désignation s'applique en cas de décès du premier bénéficiaire avant le participant. Le bénéficiaire indiqué ci-dessous remplace de façon définitive tout bénéficiaire en sous-ordre désigné précédemment.

_____	(AAAA/MM/JJ)	_____	_____	_____
Prénom		Date de naissance	Lien avec le participant	Pourcentage (%)

Au Québec, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation sera irrévocable, sauf si vous cochez la case « révocable ». Bénéficiaire révocable

Désignation de fiduciaire

Cette section ne doit être remplie que si un bénéficiaire désigné est mineur.

Par la présente, j'atteste que le fiduciaire indiqué ci-après, qui est majeur, recevra et distribuera toute somme payable au titre du contrat d'assurance collective à tout bénéficiaire désigné qui est mineur à la date à laquelle la somme en question est payable. Cette désignation de fiduciaire révoque toute désignation de fiduciaire antérieure.

_____	_____	_____
Prénom	Nom de famille	Lien avec le participant

Autorisation du participant

Je déclare que les renseignements sont complets et indiquent à qui je souhaite que les prestations de mon assurance vie soient versées à mon décès. Si aucun bénéficiaire désigné ne me survit, les prestations seront versées à ma succession. Par la présente, j'autorise mon employeur, GroupSource, l'assureur ou leurs agents à recueillir, à utiliser et à communiquer les renseignements pertinents me concernant aux fins de tarification, d'administration et de paiement des prestations.

Signature du participant : _____ Date : (AAAA/MM/JJ) _____