



DEMANDE DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Nom de la ou du titulaire de contrat (prénom, initiale du second prénom, nom de famille) :	Numéro de contrat :
Nom de la ou du titulaire de contrat (prénom, initiale du second prénom, nom de famille) :	Numéro de téléphone :
Adresse :	Adresse courriel :

Les parts en pourcentage doivent totaliser 100 %. Si cette section est laissée en blanc, la prestation sera répartie à parts égales. La personne bénéficiaire sera révocable, sauf si la mention « irrévocable » est indiquée.

Si une personne mineure est désignée comme bénéficiaire irrévocable, la désignation ne peut pas être changée jusqu'à ce que la personne mineure atteigne l'âge de 18 ans ou si une ordonnance de la cour est obtenue.

Dans les cas assujettis aux lois du Québec, si une conjointe ou un conjoint est désigné comme bénéficiaire (marié ou en union civile), la désignation est irrévocable, sauf si la mention « révocable » est indiquée en cochant cette case.

Changement des bénéficiaires principaux : les bénéficiaires principaux reçoivent les prestations en vertu du contrat lors du décès de la personne assurée. Je révoque, par la présente, toutes les désignations de bénéficiaire précédentes et désigne les personnes suivantes à titre de bénéficiaire principal :

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	Lien avec la personne assurée	Part (%)	Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)	Nom du fiduciaire pour la personne mineure (ne s'applique pas au Québec)	Adresse courriel ou n° de téléphone du bénéficiaire ou fiduciaire

Changement des bénéficiaires subsidiaires : les bénéficiaires subsidiaires recevront les prestations en vertu du contrat si tous les bénéficiaires principaux sont décédés lors du décès de la personne assurée. Je désigne les personnes suivantes à titre de bénéficiaire subsidiaire :

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	Lien avec la personne assurée	Part (%)	Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)	Nom du fiduciaire pour la personne mineure (ne s'applique pas au Québec)	Adresse courriel ou n° de téléphone du bénéficiaire ou fiduciaire

Bénéficiaire de l'assurance maladies graves : pour les prestations payables pendant que la personne assurée est en vie. Je révoque, par la présente, toutes les désignations de bénéficiaire précédentes et désigne les personnes suivantes à titre de bénéficiaire :

La personne bénéficiaire est la personne assurée (passer à la section suivante).

Nom (prénom, second prénom, nom de famille)	Lien avec la personne assurée	Part (%)	Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa)	Nom du fiduciaire pour la personne mineure (ne s'applique pas au Québec)	Adresse courriel ou n° de téléphone du bénéficiaire ou fiduciaire

