



DEMANDE DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

Utilisez ce formulaire pour mettre à jour vos bénéficiaires désignés au titre de votre assurance vie ou de votre assurance maladies graves.

Directives relatives à la désignation de bénéficiaire

1. La ou le titulaire peut changer les bénéficiaires désignés à tout moment, sauf s'il s'agit d'une personne bénéficiaire irrévocable. Dans ce cas-ci, le consentement écrit de la personne bénéficiaire irrévocable est requis pour mettre à jour la désignation.
2. Si aucune personne bénéficiaire n'est désignée, le produit sera versé comme l'exige la loi provinciale.
3. Si plus d'une personne bénéficiaire est désignée, le produit sera versé en parts égales, sauf indication contraire dans la colonne Part (%) plus bas. La colonne Part % doit totaliser 100 %; sinon le produit de l'assurance sera versé en parts égales.
4. Si plus d'une personne bénéficiaire est désignée, le produit sera versé en parts égales, sauf indication contraire dans la colonne Part (%) plus bas. La colonne Part % doit totaliser 100 %; sinon le produit de l'assurance sera versé en parts égales.
 - a. Si la désignation de bénéficiaire est irrévocable, précisez-le à côté du nom du bénéficiaire. La signature de la personne bénéficiaire irrévocable pourrait être requise pour effectuer toute modification future d'un contrat.
 - b. 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.
 - c. **Pour les résidents du Québec seulement**, le fait de désigner votre conjointe ou conjoint (marié ou en union civile) en tant que bénéficiaire est irrévocable, sauf si vous choisissez que la désignation soit révocable plus bas.

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



DEMANDE DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

1. Désignation pour l'assurance vie

Lorsque la loi du Québec s'applique, 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. RÉVOCABLE

Personne bénéficiaire principale : 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 d'assurance vie précédentes et désigne les personnes suivantes à titre de bénéficiaire principal :

| Nom (prénom, second prénom, nom de famille) | Lien* | 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 |
|---|-------|----------|--|--|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Personne bénéficiaire subsidiaire : 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, par la présente, les personnes suivantes à titre de bénéficiaire subsidiaire :

| Nom (prénom, second prénom, nom de famille) | Lien* | 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 |
|---|-------|----------|--|--|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* Lien avec la personne assurée ou la ou le titulaire lorsque la loi du Québec s'applique.



DEMANDE DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

2. Désignation pour l'assurance maladies graves

A. Pour les prestations d'assurance maladies graves payables pendant que la personne assurée est en vie.

Je révoque, par la présente, toutes les désignations de bénéficiaire précédentes pour la prestation d'assurance maladies graves payable et :

- Je désigne la personne assurée comme bénéficiaire de cette prestation. Si la personne assurée est mineure et qu'aucune désignation de fiduciaire n'a été indiquée ci-dessous, le versement pourrait être consigné au tribunal ou fait au curateur public.

OU

- Je désigne toute personne titulaire de contrat comme bénéficiaire de cette prestation.

OU

- Je désigne les personnes suivantes à titre de bénéficiaire de cette prestation :

| Nom (prénom, second prénom, nom de famille) | Lien* | 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 |
|---|-------|----------|--|--|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* Lien avec la personne assurée ou le titulaire lorsque la loi du Québec s'applique.

B. Pour le remboursement des primes au décès de la personne assurée.

Je révoque, par la présente, toutes les désignations de bénéficiaire précédentes pour le remboursement des primes au décès, et :

- Je désigne toute personne titulaire de contrat comme bénéficiaire de cette prestation.

OU

Je désigne les personnes suivantes à titre de bénéficiaire de cette prestation :

| Nom (prénom, second prénom, nom de famille) | Lien* | 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 |
|---|-------|----------|--|--|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

* Lien avec la personne assurée ou le titulaire lorsque la loi du Québec s'applique.



DEMANDE DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE

3. Signatures

S'il y a plusieurs titulaires au titre du contrat, tous les titulaires doivent signer.

Si le titulaire du contrat est une entité, veuillez préciser le nom et le titre de la représentante ou du représentant.

Si vous fournissez des coordonnées au nom d'une personne bénéficiaire, je confirme que j'ai l'autorisation d'agir en son nom et, par conséquent, j'autorise la cueillette, l'utilisation et la communication de ses renseignements personnels.

Toute désignation de bénéficiaire ou tout changement entre en vigueur à la date à laquelle l'Équitable^{MD} reçoit la demande. L'Équitable n'assume aucune responsabilité en ce qui a trait à la validité ou l'incidence de toute désignation ou de tout changement.

Tout paiement sera effectué conformément à la loi applicable.

| | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------|--|---------------------------------|
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Nom de la ou du titulaire de contrat | Titre du titulaire de contrat | Nom de la ou du cotitulaire du contrat | Titre du cotitulaire de contrat |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Signature du titulaire de contrat | Date | Signature du cotitulaire de contrat | Date |
| _____ | _____ | _____ | _____ |
| Signature du témoin | Date | Signature du cessionnaire | Date |
| | | _____ | |
| | | Imprimer le nom de la ou du cessionnaire | |

S'il y a lieu, la renonciation des droits du bénéficiaire irrévocable :

Fait à

| | | | | |
|---------------------|----|--------------|---|----------------------------------|
| _____ | le | _____ | _____ | _____ |
| (ville et province) | | (jj/mm/aaaa) | Signature de toute personne bénéficiaire irrévocable | Signature du témoin |
| | | | _____ | _____ |
| | | | Nom en lettres moulées de toute personne bénéficiaire irrévocable | Nom en lettres moulées du témoin |

Fait à

| | | | | |
|---------------------|----|--------------|---|----------------------------------|
| _____ | le | _____ | _____ | _____ |
| (ville et province) | | (jj/mm/aaaa) | Signature de toute personne bénéficiaire irrévocable | Signature du témoin |
| | | | _____ | _____ |
| | | | Nom en lettres moulées de toute personne bénéficiaire irrévocable | Nom en lettres moulées du témoin |

Remarque : L'Équitable ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications envoyées par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.