Desjardins Assurances
VIE • SANTÉ • RETRAITE

C. P. 3000
Lévis (Québec) G6V 9X8
desjardinsassurancevie.com

ASSURANCE COLLECTIVE - ADMINISTRATION DES CONTRATS

DEMANDE DE DÉSIGNATION OU DE CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S) OU DE FIDUCIAIRE

A - IDENTIFICATION

Veuillez écrire en lettres majuscules.

Nom de l'employeur ou du preneur	N° de contrat	N° de compte	N° d'identification ou de certificat

Nom de l'adhérent	Prénom

B - RÉVOCATION DE BÉNÉFICIAIRE(S) IRRÉVOCABLE(S)

Remplir cette section uniquement si la désignation de bénéficiaire(s) était IRRÉVOCABLE.

- **Le consentement du bénéficiaire révoqué est essentiel s'il était désigné de façon IRRÉVOCABLE.**
- Le bénéficiaire ne peut consentir au changement s'il est mineur.
- Le nouveau bénéficiaire ne peut signer comme témoin.
- 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 C ci-dessous, conformément aux dispositions du contrat.

Je 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**

C - DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Pour la province de Québec : La désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est IRRÉVOCABLE à moins de stipulation contraire. La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire est RÉVOCABLE, à moins de stipulation contraire.

Pour toutes les autres provinces : La présente désignation de bénéficiaire est RÉVOCABLE à moins de stipulation contraire.

RÉVOCABLE : signifie que la désignation du bénéficiaire peut être changée sans son consentement.

IRRÉVOCABLE : signifie que la désignation du bénéficiaire NE PEUT être changée sans son consentement. La désignation IRRÉVOCABLE d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité.

Nom et prénom du(des) bénéficiaire(s)	Lien avec l'adhérent	%	Date de naissance si mineur (AAAA MM JJ)	Veuillez cocher :
				☐ Révocable ☐ Irrévocable
				☐ Révocable ☐ Irrévocable
				☐ Révocable ☐ Irrévocable
				☐ Révocable ☐ Irrévocable

D - DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE FIDUCIAIRE

Ne s'applique pas au Québec.

Pour toutes les autres provinces : Remplir cette section uniquement si vous avez désigné un bénéficiaire mineur.

Pour la province de Québec : Les dispositions du Code civil s'appliquent et vous NE DEVEZ PAS remplir cette section.

Le fiduciaire désigné ci-dessous recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie, ci-après nommée Desjardins Assurances. La réception de tels montants par le fiduciaire constitue une quittance pour Desjardins Assurances. Cette désignation est valide jusqu'à la désignation d'un nouveau fiduciaire ou jusqu'au moment où le bénéficiaire aura atteint l'âge de la majorité, selon le premier de ces événements.

Nom et prénom du fiduciaire _____ Lien avec l'adhérent _____

Adresse du fiduciaire _____
N°, rue, app. — Ville — Province — Code postal

E - SIGNATURE

Signature de l'adhérent : **Date :**

RÉGIME ADMINISTRÉ AU MOYEN DU SITE SÉCURISÉ DESTINÉ AUX ADMINISTRATEURS	**RÉGIME ADMINISTRÉ PAR L'ASSUREUR**
Veuillez conserver l'original et remettre une copie à l'adhérent.	**Veuillez retourner l'original à Desjardins Assurances et remettre une copie à l'adhérent.**

Desjardins Assurances n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation de bénéficiaire(s) ou de fiduciaire.

Desjardins Assurances désigne Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie.

IMPRIMER RÉINITIALISER