

Remplir à l'encre en caractères d'imprimerie et signer.

RENSEIGNEMENTS DE BASE

Nom du titulaire de police (employeur/organisation) _____ N° de police _____

Nom du participant _____ N° de certificat _____

DÉSIGNATION OU CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE (Si vous ne désignez pas de bénéficiaire, la prestation sera versée à la succession.)

Cette désignation de bénéficiaire annule toute désignation antérieure.

1. Bénéficiaires primaires

Si vous nommez plusieurs bénéficiaires primaires, le total des pourcentages alloués doit être égal ou inférieur à 100 %. Si le pourcentage total est inférieur à 100 %, la différence sera versée à la succession. Veuillez ne pas indiquer de montants en dollars.

Si un bénéficiaire irrévocable a été préalablement désigné, remplissez le tableau suivant ainsi que la section « Bénéficiaire irrévocable ».

Nom	Prénom	Lien	Date de naissance			%
			A	M	J	

2. Bénéficiaires subsidiaires

Si vous le souhaitez, vous pouvez également nommer des bénéficiaires subsidiaires dans l'éventualité où tous vos bénéficiaires primaires décédaient avant vous. Si vous nommez plusieurs bénéficiaires subsidiaires, le total des pourcentages alloués doit être égal ou inférieur à 100 %. Si le pourcentage total est inférieur à 100 %, la différence sera versée à la succession. Veuillez ne pas indiquer de montants en dollars.

Nom	Prénom	Lien	Date de naissance			%
			A	M	J	

IMPORTANT : Pour les résidents du Québec – À remplir si vous avez désigné votre conjoint (mariage ou union civile) comme bénéficiaire.

Au Québec, la désignation du conjoint, à l'exception du conjoint de fait, comme bénéficiaire est irrévocable* à moins que vous ne cochiez la case suivante :

 Bénéficiaire révocable

* Pour modifier la désignation d'un bénéficiaire irrévocable, le consentement écrit de ce dernier est requis.

BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE (s'il y a lieu)

Si vous avez nommé un bénéficiaire irrévocable, son consentement est requis pour modifier la désignation. Le cas échéant, veuillez faire signer le bénéficiaire irrévocable ci-dessous. Prenez note que le bénéficiaire doit être majeur pour donner son consentement.

Signature du bénéficiaire irrévocable _____

 Date

A	M	J

DÉSIGNATION DE FIDUCIAIRE (Ne s'applique pas au Québec*)

Vous pouvez désigner un fiduciaire pour recevoir toute somme payable à un bénéficiaire qui n'a pas atteint l'âge de la majorité.

Nom du fiduciaire _____ Prénom _____

* Au Québec, divers critères peuvent s'appliquer relativement à la désignation d'un fiduciaire. Veuillez consulter un conseiller juridique avant de désigner un fiduciaire.

DÉCLARATION ET AUTORISATION DU PARTICIPANT
J'ATTESTE que l'information fournie dans ce formulaire est véridique et complète.

JE CONSENS à ce que l'information fournie dans le présent formulaire soit divulguée à mon employeur ou titulaire de police et à l'Industrielle Alliance, Assurance et services financiers inc., à ses employés, à ses représentants, à ses réassureurs et à ses fournisseurs de services à des fins d'administration et de traitement des réclamations. De plus, **JE COMPRENDS** que l'information fournie dans le présent formulaire peut être divulguée aux personnes autorisées par les lois qui s'appliquent au Canada et à l'étranger.

 Si mon numéro d'assurance sociale tient lieu de numéro de certificat, **J'ACCEPTÉ** que celui-ci soit utilisé dans le cadre de l'administration de mon régime d'assurance collective.

JE RECONNAIS qu'une photocopie de la présente déclaration et autorisation possède la même validité que l'original.

Signature du participant _____

 Date

A	M	J

SOUMETTRE LE FORMULAIRE

Veuillez soumettre le formulaire à votre administrateur de régime ou communiquer avec notre service à la clientèle, au 1 877 422-6487, pour savoir où soumettre le formulaire selon votre province de résidence.