

Changement de bénéficiaire

Nom(s) du/des propriétaire(s) : _____ Numéro de police : _____

Nom(s) du/des assuré(e)s : _____ Téléphone : _____

Désignation de bénéficiaire

Toute nouvelle désignation de bénéficiaire annule automatiquement toute désignation de bénéficiaire primaire, subrogé et en sous-ordre antérieure.

Veuillez noter que le changement de bénéficiaire n'est pas effectué sur une couverture dont l'avenant annexé est une Protection Vitale. Pour toute police d'assurance Protection Vitale, veuillez utiliser le formulaire 5282-00F *Changement de bénéficiaire – Protection Vitale*.

BÉNÉFICIAIRE PRIMAIRE

Prénom et nom de famille	Âge	À parts égales (seulement indiquer un % si payable autrement qu'à parts égales)	Lien de parenté avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)
1.			
2.			
3.			
4.			

BÉNÉFICIAIRE SUBROGÉ

Prénom et nom de famille	Âge	Lien de parenté avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)
1.		
2.		
3.		
1.		
2.		
3.		
1.		
2.		
3.		

Les bénéficiaires seront révocables sauf s'il y a mention irrévocable.

Pour les propriétaires qui résident au Québec :

Si vous avez désigné votre conjoint comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable, à moins que vous ne cochez la case suivante : Révocable

BÉNÉFICIAIRE EN SOUS-ORDRE Aucun droit n'est conféré aux bénéficiaires en sous-ordre avant le décès de tous les bénéficiaires primaires et subrogés.

Prénom	Nom de famille	Âge	À parts égales (seulement indiquer un % si payable autrement qu'à parts égales)	Lien de parenté avec l'assuré (au Québec, lien avec le propriétaire)
1.				
2.				

DÉSIGNATION D'UN FIDUCIAIRE Pour les propriétaires du Québec seulement : toutes prestations payables à un bénéficiaire mineur doivent être payées au(x) parent(s) survivant(s) à titre de tuteur de l'enfant mineur.

Dans le cas d'un bénéficiaire mineur, veuillez désigner un fiduciaire : _____

Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire : _____

Veuillez remplir et signer le formulaire à la page 2.

Changement de bénéficiaire

Nom(s) du/des propriétaire(s) : _____ Numéro de police : _____

Informations supplémentaires

Désignation révocable ou irrévocable :

1. À moins d'indication contraire ou que cela soit interdit par la loi, toute désignation de bénéficiaire est *révocable*.
2. Si un bénéficiaire est désigné à titre *irrévocable*, son consentement sera requis lors de toute demande qui pourrait affecter ses droits, incluant la désignation d'un nouveau bénéficiaire.
3. Au Québec, la désignation du conjoint en vertu d'un mariage ou d'une union civile du propriétaire à titre de bénéficiaire est automatiquement *irrévocable*, à moins d'indication contraire.

Les prestations de décès seront payables dans l'ordre suivant :

1. Aux bénéficiaires primaires désignés qui survivent à l'assuré, à parts égales, sauf si un pourcentage (%) est précisé;
2. Aux bénéficiaires subrogés désignés qui survivent à l'assuré et au bénéficiaire primaire de leur rangée, à parts égales, sauf si un pourcentage (%) est précisé;
3. Aux bénéficiaires en sous-ordre désignés qui survivent à l'assuré (s'il n'y a aucun bénéficiaire primaire survivant), à parts égales, sauf si un pourcentage (%) est précisé; ou
4. Au propriétaire de la police ou à sa succession (s'il n'y a aucun bénéficiaire en sous-ordre survivant).

Dans le cas d'un bénéficiaire décédé :

1. la part égale d'un bénéficiaire décédé (primaire, subrogé ou en sous-ordre, selon le cas) sera divisée entre les bénéficiaires survivants (de la même catégorie); et
2. la part en pourcentage (%) d'un bénéficiaire décédé (primaire, subrogé ou en sous-ordre, selon le cas) sera payable au propriétaire de la police ou à sa succession.

Signatures

Je, soussigné(e), reconnais et comprends qu'Assomption Vie s'engage à verser la présente demande de changement de bénéficiaire à mon dossier sur réception, mais qu'Assomption Vie n'exprime aucune opinion quant à la validité ou à la légalité de toute désignation de bénéficiaire.

Je, soussigné(e), déclare que tous les renseignements fournis dans la présente sont, au meilleur de ma connaissance, vrais et j'autorise Assomption Vie à effectuer tous les changements demandés.

_____ Signature du/des propriétaire(s)	_____ Date (JJ/MM/AAAA)	_____ *Titre	_____ Témoïn (18 ans ou plus)
_____ Signature du/des propriétaire(s)	_____ Date (JJ/MM/AAAA)	_____ *Titre	_____ Témoïn (18 ans ou plus)
_____ Signature du/des bénéficiaire(s) actuel(s), si irrévocable(s)	_____ Date (JJ/MM/AAAA)	_____ Témoïn (18 ans ou plus)	

*Si le propriétaire est une personne morale (entreprise, association, etc.), la signature des personnes autorisées et leur titre sont exigés.

Directives d'envoi

Veuillez faire parvenir votre formulaire dûment rempli et signé par un des moyens suivants :

Par la poste
770, rue Main / C.P. 160, Moncton NB E1C 8L1

Par courriel
service.assures@assomption.ca

Par télécopieur
855-230-2500