

Désignation de bénéficiaire - *Version électronique*

Assurance collective

Toutes les sections du formulaire doivent être remplies, car la présente désignation remplacera toute désignation antérieure.

1 Renseignements sur le participant au régime	Promoteur de régime	Numéro de contrat	Numéro de certificat du participant
	Participant (nom, prénom)	Province du domicile	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)

2 Assurance de base	Nom et prénom(s) du bénéficiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
Veuillez indiquer tous les bénéficiaires de l'assurance vie de base ou de l'assurance Décès accidentel de base. Les pourcentages doivent totaliser 100 % pour être valides. Veuillez remplir la partie ci-contre si certains bénéficiaires ne sont pas majeurs.	Nom et prénom(s) du bénéficiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
	Nom et prénom(s) du bénéficiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
	Nom et prénom(s) du bénéficiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %

Irrévocabilité	Je nomme _____ bénéficiaire fiduciaire des sommes dues à tout bénéficiaire qui n'est pas majeur (ne s'applique pas au Québec). Réservé aux résidents du Québec Au Québec, à moins d'avis contraire, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable. Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Nota : Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Veuillez joindre le consentement signé et daté au présent formulaire. Il vous revient de vous assurer de la validité de votre désignation.
-----------------------	--	--

3 Assurance facultative (s'il y a lieu)	Nom et prénom(s) du bénéficiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
Numéro de contrat Veuillez indiquer tous les bénéficiaires de l'assurance vie facultative ou de l'assurance Décès accidentel facultative. Veuillez remplir la partie ci-contre si certains bénéficiaires ne sont pas majeurs.	Nom et prénom(s) du bénéficiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %
	Nom et prénom(s) du bénéficiaire	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant	Pourcentage du capital %

Irrévocabilité	Je nomme _____ bénéficiaire fiduciaire des sommes dues à tout bénéficiaire qui n'est pas majeur (ne s'applique pas au Québec). Réservé aux résidents du Québec Au Québec, à moins d'avis contraire, si vous désignez votre conjoint comme bénéficiaire, cette désignation est irrévocable. Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est <input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	Nota : Il faut le consentement du bénéficiaire pour changer une désignation irrévocable. Veuillez joindre le consentement signé et daté au présent formulaire. Il vous revient de vous assurer de la validité de votre désignation.
-----------------------	--	--

4 Bénéficiaire en sous-ordre	Vous pouvez désigner un (des) bénéficiaire(s) en sous-ordre à l'égard de toute somme assurée aux termes du contrat d'assurance collective au cas où aucun des premiers bénéficiaires désignés ci-dessus ne vous survivrait. Dans ce cas, le(s) bénéficiaire(s) en sous-ordre a (ont) automatiquement droit aux sommes assurées qui auraient été versées au(x) premier(s) bénéficiaire(s). Si vous désignez plus d'un bénéficiaire en sous-ordre, les sommes assurées seront partagées en parts égales entre ces bénéficiaires. Si aucun bénéficiaire ne vous survit au moment de votre décès, les sommes assurées seront versées à votre succession.		
	Nom et prénom(s) du bénéficiaire en sous-ordre	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant
	Nom et prénom(s) du bénéficiaire en sous-ordre	Date de naissance (jj/mmmm/aaaa)	Lien avec le participant

5 Déclaration et autorisation	Par la présente, je révoque toute désignation de bénéficiaire faite antérieurement pour la couverture précitée et je désigne la (les) personne(s) susmentionnée(s) comme bénéficiaire(s). La Financière Manuvie reconnaît l'importance de la confidentialité des renseignements personnels. Les renseignements fournis seront conservés dans un dossier d'assurance collective vie et maladie. Seules les personnes suivantes ont accès aux renseignements versés à votre dossier : <ul style="list-style-type: none"> • les employés et les représentants de service de la Financière Manuvie dans l'accomplissement de leurs tâches; • les personnes que vous avez autorisées; et • les personnes autorisées par la loi. Vous avez le droit de demander l'accès aux renseignements personnels versés à votre dossier et, au besoin, de corriger tout renseignement inexact. Il est entendu que je peux obtenir de plus amples renseignements sur la cueillette, l'utilisation et la communication de mes renseignements personnels par la Financière Manuvie à l'adresse www.manuvie.ca ou auprès du promoteur du régime.		
	Signature du participant	Date (jj/mmmm/aaaa)	