

CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Veillez écrire à l'encre et en lettres moulées

Nom de l'entreprise _____ Numéros d'entreprise/de division _____

Nom de l'employé _____ Numéro de certificat _____

PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

L'employé remplit cette partie du formulaire – Veillez écrire à l'encre et en lettres moulées :

Désignation du bénéficiaire principal

Je désigne par la présente la(les) personne(s) ci-dessous comme bénéficiaire(s) de toute prestation d'assurance vie payable au titre de ma participation à ce régime.

Les sommes dues doivent être divisées comme suit :

- En parts égales entre les survivants** (il n'est pas nécessaire d'entrer le pourcentage de la somme assurée)
 Pourcentage de la somme assurée

Nom	Prénom et initiale	% du capital (doit être égal à 100 %)	Lien avec l'employé	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

Lorsque les dispositions législatives du Québec s'appliquent, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable (un bénéficiaire irrévocable doit consentir à tout changement) sauf si vous cochez la case qui suit : **Révocable**, je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

Désignation d'un fiduciaire ou d'un administrateur (doit être au-dessus de l'âge de la majorité)

Si le bénéficiaire est un mineur (non applicable pour les résidents du Québec), je désigne, par la présente, le fiduciaire ou l'administrateur ci-dessous mentionné. Cette personne recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par le fiduciaire ou l'administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise le fiduciaire ou l'administrateur à agir selon sa discrétion et de déboursier ladite somme ou ledit revenu, en tout ou en partie, pour le soutien ou l'éducation dudit ou de ladite mineur(e).

Prénom

Nom de famille

Lien avec l'employé

Si vous désignez un fiduciaire ou un administrateur, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire ou administrateur proposé.

Résidents du Québec : Cette désignation doit être interprétée conformément aux dispositions régissant l'administration de la propriété d'autrui, en vertu du Code civil du Québec.

Désignation du bénéficiaire subsidiaire – FACULTATIF (ne peut pas être le même bénéficiaire que celui qui figure sur la liste en tant que bénéficiaire principal)

Vous pouvez désigner un ou plusieurs bénéficiaires subsidiaires qui toucheront la somme assurée au titre de la présente police collective au cas où tous les bénéficiaires principaux susmentionnés décédaient avant vous. Dans ce cas, tout bénéficiaire subsidiaire aurait automatiquement droit à la somme assurée payable à tout bénéficiaire principal. Si aucun bénéficiaire n'est vivant au moment de votre décès, la somme assurée sera versée à votre succession.

Les sommes dues doivent être divisées comme suit :

- En parts égales entre les survivants (il n'est pas nécessaire d'entrer le pourcentage de la somme assurée)
 Pourcentage de la somme assurée

Nom	Prénom et initiale	% du capital (doit être égal à 100 %)	Lien avec l'employé	Date de naissance (AAAA/MM/JJ)

Lorsque les dispositions législatives du Québec s'appliquent, la désignation du conjoint comme bénéficiaire est irrévocable (un bénéficiaire irrévocable doit consentir à tout changement) sauf si vous cochez la case qui suit : **Révocable**, je peux modifier cette désignation de bénéficiaire en tout temps.

Désignation d'un fiduciaire ou d'un administrateur (doit être au-dessus de l'âge de la majorité)

Si le bénéficiaire est un mineur (non applicable pour les résidents du Québec), je désigne, par la présente, le fiduciaire ou l'administrateur ci-dessous mentionné. Cette personne recevra pour le bénéficiaire mineur, tout montant au titre du régime établi par la compagnie d'assurance. La réception de tels montants par le fiduciaire ou l'administrateur constitue une quittance pour la compagnie d'assurance. Par la présente, j'autorise le fiduciaire ou l'administrateur à agir selon sa discrétion et de déboursier ladite somme ou ledit revenu, en tout ou en partie, pour le soutien ou l'éducation dudit ou de ladite mineur(e).

Prénom _____ Nom de famille _____ Lien avec l'employé _____

Si vous désignez un fiduciaire ou un administrateur, nous vous recommandons de consulter un conseiller juridique et tout fiduciaire ou administrateur proposé.

Résidents du Québec : Cette désignation doit être interprétée conformément aux dispositions régissant l'administration de la propriété d'autrui, en vertu du Code civil du Québec.

Déclaration et autorisation à la collecte et à la communication de renseignements personnels

À ma connaissance, tous les renseignements que j'ai entrés sur le formulaire sont exacts et complets.

J'autorise Avantage Maximum et ses assureurs à recueillir, utiliser, maintenir et divulguer les renseignements personnels applicables à la présente demande aux fins de l'administration, de l'évaluation, de l'investigation, du traitement des demandes de règlement, de la tarification et de l'établissement de l'admissibilité au régime. La liste non exhaustive des sources auprès desquelles les renseignements peuvent être obtenus comprend les professionnels de la santé, les établissements, les fournisseurs, les compagnies d'assurance et d'autres organismes ou personnes. La présente autorisation est aussi valable pour la collecte, l'utilisation et la communication de renseignements personnels concernant mes personnes à charge, dans la mesure où ils servent à l'administration des garanties aux termes du présent régime.

J'ai été avisé(e) qu'il est possible d'obtenir des renseignements plus détaillés sur la collecte et l'utilisation de mes renseignements personnels à la section « Politique de confidentialité et conditions d'utilisation » du site www.avantagemaximum.ca ou auprès de l'administrateur de mon régime d'assurance collective.

Une photocopie ou une version électronique du présent formulaire **ne peut pas** être utilisée pour la désignation de bénéficiaires.

Nom de l'employé (en lettres moulées) _____ PRÉNOM _____ NOM DE FAMILLE _____

Signature de l'employé _____ Date _____

L'original de ce formulaire doit être soumis. Les photocopies ne sont pas acceptées. Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli à l'adresse ci-dessous.