

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.