



Ce formulaire doit être remis au responsable de votre régime

RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Nom de l'employeur/du titulaire de la police		N° de contrat	N° de groupe/division
Nom de famille de l'employé		Prénom	N° de certificat
Adresse complète : N° _____ Rue _____ App. _____			
Ville _____ Province _____ Code postal _____			

CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S)

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom	Date de naissance (A / M / J)	Lien avec l'assuré

Pour les adhérents du Québec seulement

La désignation du conjoint (aux termes d'un mariage ou d'une union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, à moins d'avis contraire. Il faudra le consentement écrit du bénéficiaire pour modifier une désignation irrévocable. **Si le conjoint est le bénéficiaire, la désignation est : révocable irrévocable**

Divers critères peuvent s'appliquer relativement à la désignation d'un **fiduciaire** comme bénéficiaire. Veuillez consulter un conseiller juridique à cet effet.

Signature de l'employé :	Date (A / M / J) :
--------------------------	--------------------

CONSENTEMENT DU BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE

À TITRE DE BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE, **JE RENONCE PAR LA PRÉSENTE À TOUS MES DROITS** EN TANT QUE BÉNÉFICIAIRE.
Le bénéficiaire ne peut renoncer à ses droits s'il est mineur. Si le bénéficiaire est décédé joindre un certificat de décès.

Signature du bénéficiaire irrévocable :	Date :
---	--------

Signature de l'employé :	Date :
--------------------------	--------

À TITRE DE BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE, **JE CONSENS À CE QUE MA DÉSIGNATION** EN TANT QUE BÉNÉFICIAIRE **IRRÉVOCABLE** DEVIENNE **RÉVOCABLE**.
Le bénéficiaire ne peut consentir au changement s'il est mineur. Si le bénéficiaire est décédé joindre un certificat de décès.

Signature du bénéficiaire irrévocable :	Date :
---	--------

Signature de l'employé :	Date :
--------------------------	--------

RÉSERVÉ À L'USAGE DE AGA

AGA :	Date :
-------	--------