

# DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

**Veillez remplir, imprimer et signer.**

## RENSEIGNEMENTS SUR LA POLICE

Nom du titulaire de la police ALPA CANADA INSURANCE TRUST	N° de la police collective 100011822	N° de division	Matricule
--	---	----------------	-----------

## RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE/EMPLOYÉ CETTE SECTION DOIT TOUJOURS ÊTRE REMPLIE

Nom de famille	Prénom	Initiales	Date de naissance (jj-mmm-aaaa)
Adresse	Ville	Prov.	Code postal
N° de téléphone (maison)	N° de téléphone ( <input type="radio"/> travail <input type="radio"/> cellulaire )	Courriel	

## RENSEIGNEMENTS SUR LE CONJOINT NE REMPLIR QUE DANS LE CAS D'UN CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE POUR LE CONJOINT

Nom de famille	Prénom	Initiales	Date de naissance (jj-mmm-aaaa)
----------------	--------	-----------	---------------------------------

## DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE OU CHANGEMENT DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

LES RENSEIGNEMENTS FOURNIS SUR LE BÉNÉFICIAIRE VAUDRONT POUR TOUTE PRESTATION D'ASSURANCE-VIE ET D'ASSURANCE DÉCÈS OU MUTILATION PAR ACCIDENT EN VERTU DE LA POLICE COLLECTIVE

Si la succession est désignée comme bénéficiaire, veuillez inscrire « Succession » sous la rubrique Nom de famille du bénéficiaire. Aucun autre renseignement n'est requis.

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	Lien de parenté avec l'assuré	Date de naissance dans le cas d'un mineur	Prestations versées en parts égales sauf si des % sont indiqués	Type de désignation	Pour
					<input type="radio"/> Révocable <sup>1</sup> <input type="radio"/> Irrévocable <sup>2</sup>	<input type="radio"/> Le membre/L'employé <input type="radio"/> Le conjoint
					<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	<input type="radio"/> Le membre/L'employé <input type="radio"/> Le conjoint
					<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	<input type="radio"/> Le membre/L'employé <input type="radio"/> Le conjoint
					<input type="radio"/> Révocable <input type="radio"/> Irrévocable	<input type="radio"/> Le membre/L'employé <input type="radio"/> Le conjoint

<sup>1</sup> Une désignation de bénéficiaire révocable peut être changée en tout temps sans le consentement de la personne désignée.

<sup>2</sup> Une désignation de bénéficiaire irrévocable ne peut être changée sans une déclaration de consentement dûment signée par le bénéficiaire irrévocable. Si vous désignez un bénéficiaire à titre irrévocable, demandez-lui de signer ci-dessous.

En l'absence de coche indiquant le type de désignation de bénéficiaire, nous tenons pour acquis que le bénéficiaire est révocable. Au Québec, la désignation d'un conjoint (marié ou en union civile, excluant le conjoint de fait) à titre de bénéficiaire est irrévocable, sauf disposition contraire.

Si vous désignez un bénéficiaire irrévocable, tout changement futur exigera une renonciation de droits dûment signée par ce bénéficiaire.

Nous vous recommandons fortement de ne pas désigner une personne mineure à titre de bénéficiaire irrévocable.

Si vous désignez une personne mineure à titre de bénéficiaire, veuillez remplir, à la page 2, la Nomination d'un fiduciaire. Cela ne s'applique pas aux résidents du Québec, où les prestations sont versées directement au/aux parents ou au/aux tuteurs légaux.

Si vous voulez désigner un bénéficiaire subsidiaire, veuillez remplir, à la page 2, la Désignation d'un bénéficiaire subsidiaire. Les prestations sont versées au/aux bénéficiaires subsidiaires si tous les bénéficiaires sont décédés au moment du décès de l'assuré.

## AUTORISATION

Si plus d'un bénéficiaire a été désigné et que l'un d'eux décède avant l'assuré, le montant qui lui était attribué est réparti en parts égales aux autres bénéficiaires désignés. Conformément aux dispositions de la police d'assurance collective précitée, je, soussigné, révoque par la présente toute désignation de bénéficiaire antérieure et nomme à titre de bénéficiaire ayant droit aux sommes exigibles à mon décès en vertu de la présente police collective, toute personne désignée ci-dessus à cette fin. Si celle-ci décède avant moi et que je n'ai aucun bénéficiaire subsidiaire, la totalité des prestations de décès sera versée à ma succession.

Dans la mesure permise par la loi, je me réserve le droit de modifier ou de révoquer la désignation de bénéficiaire. La désignation de bénéficiaire qui est spécifiée dans le présent formulaire l'emporte sur toute autre désignation antérieure et vise toute assurance en vigueur en vertu de la présente police collective, sauf instructions formelles à l'effet contraire reçues par ALPA.

<b>X</b>	<b>X</b>
Signature du membre/de l'employé (obligatoire)	Signature du conjoint (si le formulaire est rempli par le conjoint)
Date (jj-mmm-aaaa)	Date (jj-mmm-aaaa)
<b>X</b>	
Signature du bénéficiaire irrévocable (toujours exigée)	
Date (jj-mmm-aaaa)	

# DÉSIGNATION SUPPLÉMENTAIRE

Remplissez cette page pour désigner un fiduciaire ou un bénéficiaire subsidiaire.

## NOMINATION D'UN FIDUCIAIRE À REMPLIR SI LE BÉNÉFICIAIRE EST MINEUR

**Nota :** Les résidents du Québec n'ont pas remplir cette section, car les prestations y sont versées directement au/aux parents ou au/aux tuteurs légaux d'un bénéficiaire mineur.

Si vous désignez un bénéficiaire qui n'a pas atteint l'âge de 18 ans, nous vous recommandons de nommer un fiduciaire chargé de recevoir toute somme versée à l'intention de ce bénéficiaire.

### Nom du fiduciaire pour tout bénéficiaire mineur :

Nom de famille	Prénom
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature du membre/employé (obligatoire)	Signature du conjoint (si le formulaire est rempli par le conjoint)
Date (jj-mmm-aaaa)	Date (jj-mmm-aaaa)

## DÉSIGNATION D'UN BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE À REMPLIR SI ON AJOUTE UN BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE

En l'occurrence que tous mes bénéficiaires décèdent avant moi, je désigne le(s) suivant(s) comme étant mes bénéficiaires :

Nom de famille du bénéficiaire	Prénom du bénéficiaire	Lien de parenté avec l'assuré	Prestations versées en parts égales sauf si des % sont indiqués
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature du membre/de l'employé (obligatoire)	Signature du conjoint (si le formulaire est rempli par le conjoint)
Date (jj-mmm-aaaa)	Date (jj-mmm-aaaa)

**QUESTIONS?** 1.888.724.1444 (sans frais)