



## DEMANDE DE CHANGEMENT DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

Veillez indiquer le numéro ou les numéros de contrat pour lesquels vous aimeriez changer la désignation de bénéficiaire :

|   |   |                                |                 |
|---|---|--------------------------------|-----------------|
| No de contrat :   | No de contrat :                             | No de contrat :                |                 |
|   | Nom (prénom, second prénom, nom de famille) | Date de naissance (jj/mm/aaaa) | N° de téléphone |
| Nom de toute personne titulaire de contrat :  |   |                                |                 |
| <p>Sauf indication contraire, toute personne bénéficiaire désignée est irrévocable. Dans les cas assujettis aux lois du Québec, la désignation de votre conjointe ou votre conjoint (marié ou en union civile) comme bénéficiaire est irrévocable, sauf si vous stipulez que la désignation est révocable en cochant la case ci-contre <input type="checkbox"/> Révocable</p> |   |                                |                 |

**Changement de personne bénéficiaire principale :** les bénéficiaires principaux reçoivent les prestations en vertu du contrat lors du décès de la personne assurée. Je désigne les personnes suivantes à titre de bénéficiaire principal :

| Nom (prénom, second prénom, nom de famille) | Lien avec la personne assurée | La prestation est répartie également à moins d'en spécifier le pourcentage | Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa) | Nom du fiduciaire si personne mineure (sans objet au Québec) |
|---|-------------------------------|--|--|--|
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |

**Changement de personne bénéficiaire subsidiaire :** les bénéficiaires subsidiaires recevront les prestations en vertu du contrat si tous les bénéficiaires principaux sont décédés lors du décès de la personne assurée. Je désigne les personnes suivantes à titre de bénéficiaire subsidiaire :

| Nom (prénom, second prénom, nom de famille) | Lien avec la personne assurée | La prestation est répartie également à moins d'en spécifier le pourcentage | Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa) | Nom du fiduciaire si personne mineure (sans objet au Québec) |
|---|-------------------------------|--|--|--|
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |

Pour assurer le traitement, veuillez soumettre les deux pages du formulaire

**Remarque :** l'Assurance vie Équitable<sup>MD</sup> ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Assurance vie Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.



## DEMANDE DE CHANGEMENT DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

**Bénéficiaire de l'assurance maladies graves :** pour les prestations payables pendant que la personne assurée est en vie. Je désigne les personnes bénéficiaires suivantes :

| Nom (prénom, second prénom, nom de famille) | Lien avec la personne assurée | La prestation est répartie également à moins d'en spécifier le pourcentage | Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa) | Nom du fiduciaire si personne mineure (sans objet au Québec) |
|---|-------------------------------|--|--|--|
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |

**Bénéficiaire de l'assurance maladies graves :** remboursement des primes au décès. Je désigne les personnes bénéficiaires suivantes :

| Nom (prénom, second prénom, nom de famille) | Lien avec la personne assurée | La prestation est répartie également à moins d'en spécifier le pourcentage | Date de naissance si personne mineure (jj/mm/aaaa) | Nom du fiduciaire si personne mineure (sans objet au Québec) |
|---|-------------------------------|--|--|--|
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |
|   |                               |  |  |  |

Je, titulaire du contrat, confirme que les bénéficiaires désignés annuleront et remplaceront toutes les désignations de bénéficiaire ou de fiduciaire précédentes. (S'il y a plusieurs titulaires au titre du contrat, tous les titulaires doivent apposer leur signature. Si une société est titulaire, veuillez préciser le nom et le titre de la dirigeante ou du dirigeant.) Toute désignation de bénéficiaire ou tout changement est en vigueur dès sa réception par l'Assurance vie Équitable du Canada. Nous déclinons toute responsabilité pour la validité ou l'incidence de toute désignation ou de tout changement. Tous les paiements seront effectués en conformité avec les lois applicables.

\_\_\_\_\_  
Signature de toute personne titulaire de contrat

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature de la témoin ou du témoin

**Le cas échéant, renonciation d'intérêt comme bénéficiaire irrévocable :**

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
(ville et province) (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Signature des bénéficiaires irrévocables

\_\_\_\_\_  
Signature de la témoin ou du témoin

\_\_\_\_\_  
Inscrire le nom des bénéficiaires irrévocables en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Inscrire le nom de la témoin ou du témoin en lettres moulées

Signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
(ville et province) (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Signature des bénéficiaires irrévocables

\_\_\_\_\_  
Signature de la témoin ou du témoin

\_\_\_\_\_  
Inscrire le nom des bénéficiaires irrévocables en lettres moulées

\_\_\_\_\_  
Inscrire le nom de la témoin ou du témoin en lettres moulées

**Pour assurer le traitement, veuillez soumettre les deux pages du formulaire**

**Remarque :** l'Assurance vie Équitable<sup>MD</sup> ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Assurance vie Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.



## DEMANDE DE CHANGEMENT DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE

### Directives pour la désignation de bénéficiaire :

1. Si aucune personne bénéficiaire n'est désignée, le produit de l'assurance sera versé selon la loi applicable.
2. Si une personne bénéficiaire est désignée comme bénéficiaire irrévocable, on doit l'indiquer à côté du nom de la personne bénéficiaire. Si la personne bénéficiaire est désignée comme bénéficiaire irrévocable, la signature de la personne bénéficiaire irrévocable est requise afin d'effectuer des changements subséquents au titre de la désignation de bénéficiaire. Si la personne bénéficiaire actuelle est désignée comme bénéficiaire irrévocable, le changement de désignation de bénéficiaire ne sera pas en vigueur à moins que le bénéficiaire irrévocable renonce à son intérêt comme bénéficiaire.
3. Dans les cas assujettis aux lois du Québec, la désignation de la conjointe ou du conjoint de la titulaire ou du titulaire (marié ou en union civile) est irrévocable, sauf si le titulaire a stipulé que la désignation est révocable.
4. Si une fiducie est désignée pour une personne bénéficiaire mineure, le produit sera versé à la fiduciaire ou au fiduciaire, pourvu que la personne bénéficiaire soit mineure. Une fois que la personne bénéficiaire mineure aura atteint la majorité, le produit lui sera versé directement en conformité avec la loi applicable. Cela ne s'applique pas au Québec.
5. Si une fiducie est désignée comme bénéficiaire, veuillez vous assurer que le nom complet de la fiducie est indiqué.
6. Veuillez indiquer le nom des enfants individuellement au lieu de « tous mes enfants » afin d'éviter les retards à l'égard du versement du produit au moment de la demande de réclamation.

**Remarque :** L'Assurance vie Équitable<sup>MD</sup> ne peut garantir le caractère privé et la confidentialité de tout renseignement transmis par Internet, puisque les communications par courrier électronique sont susceptibles d'être interceptées. En conséquence, l'Assurance vie Équitable ne sera pas tenue responsable de toute perte ou tout dommage que vous pourriez subir si vos renseignements sont interceptés et utilisés à mauvais escient. Si vous préférez nous soumettre vos renseignements par tout autre moyen, veuillez communiquer avec nous au 1 800 668-4095.