

 **La désignation de bénéficiaire s'applique selon ce qui est prévu au contrat d'assurance.**

### 1. Identification

Nom et adresse du preneur	Code postal	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
		Numéro de téléphone (résidence) / Ind. rég. + N°	
Numéro de contrat		Numéro de téléphone (travail) / Ind. rég. + N°	

### 2. Désignation ou ajout de nouveau(x) bénéficiaire(s)

#### Pour la province de Québec

La désignation du conjoint légalement marié ou uni civilement à titre de bénéficiaire est **IRRÉVOCABLE** à moins de stipulation contraire. La désignation de toute autre personne à titre de bénéficiaire est **RÉVOCABLE**, à moins de stipulation contraire.

#### Pour toutes les autres provinces

La désignation de bénéficiaire est **RÉVOCABLE** à moins de stipulation contraire.

**Révocable** : signifie que la désignation du bénéficiaire peut être changée sans son consentement.

**Irrévocable** : signifie que la désignation du bénéficiaire ne peut être changée sans son consentement écrit. **La désignation irrévocable d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité.**

La section 3. Révocation de bénéficiaire(s) doit être remplie seulement s'il y avait auparavant une désignation de bénéficiaire irrévocable.

Veuillez cocher :  Je, soussigné(e), désigne comme nouveau(x) bénéficiaire(s) :  
 Je, soussigné(e), ajoute le ou les bénéficiaires suivants à la désignation du ou des bénéficiaires actuels :

Veuillez cocher	Prénom et nom du ou des bénéficiaires	% de répartition	Lien avec le preneur	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Sexe
<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

### 3. Révocation de bénéficiaire(s) – À remplir seulement s'il y a une désignation de bénéficiaire irrévocable

- Le consentement du bénéficiaire révoqué est essentiel s'il était désigné de façon irrévocable.
- Le nouveau bénéficiaire ne peut signer comme témoin.
- Le bénéficiaire ne peut consentir au changement s'il n'est pas majeur.
- Si le bénéficiaire révoqué est décédé, joindre un certificat de décès.

Je, soussigné(e) (preneur), révoque par la présente la désignation de :

comme bénéficiaire(s) actuel(s) et lui(leur) substitue le ou les bénéficiaires désignés à la section 2, conformément aux dispositions du contrat.

Je, soussigné(e), consens à ce que ma désignation comme bénéficiaire irrévocable de l'assurance soit révoquée.

Signature du bénéficiaire révoqué \_\_\_\_\_ Signature du témoin du bénéficiaire révoqué \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature du bénéficiaire révoqué \_\_\_\_\_ Signature du témoin du bénéficiaire révoqué \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### 4. Signature du preneur

Signature du preneur \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

 **Desjardins Assurances n'assume aucune responsabilité quant à la validité de toute désignation de bénéficiaire.**

Retourner la copie blanche à Desjardins Assurances **par télécopieur** au 1 866 301-7131 ou **par la poste** au 200, rue des Commandeurs, Lévis, Québec, G6V 6R2 – Conserver la copie jaune pour vos dossiers.