

Désignation ou changement de bénéficiaire

Table des matières

A - Désignation ou changement de bénéficiaire	2
B - Désignation ou changement d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces autres que le Québec)	4
C - Déclarations et signatures	4

Informations importantes

1. Une nouvelle désignation de bénéficiaire annule toute désignation précédente, mais elle ne modifie pas les désignations de bénéficiaire subrogé existantes.
2. a) Si le bénéficiaire désigné est décédé et qu'aucun bénéficiaire subrogé n'a été désigné, la succession du preneur devient le bénéficiaire.
b) Si le bénéficiaire irrévocable est décédé, veuillez joindre un certificat de décès.
c) Si les « héritiers légaux » sont désignés comme bénéficiaires, cette désignation s'applique aux héritiers du preneur et non à ceux de l'assuré.

Pour la province de Québec :

Si vous désignez votre conjoint (personne avec qui vous êtes légalement marié ou uni civilement) comme bénéficiaire, cette désignation est automatiquement irrévocable, à moins que vous n'avez indiqué que cette désignation est révocable. La désignation de toute autre personne est révocable, à moins d'indication contraire de votre part.

Pour toutes les autres provinces et les territoires :

La désignation d'un bénéficiaire est automatiquement révocable, à moins d'indication contraire de votre part.

Révocable :

Le terme « révocable » signifie que la désignation de bénéficiaire peut être changée sans le consentement écrit du bénéficiaire.

Irrévocable :

Le terme « irrévocable » signifie que la désignation de bénéficiaire ne peut pas être changée sans le consentement écrit du bénéficiaire. La désignation irrévocable d'une personne mineure ne pourra pas être changée avant qu'elle ait atteint l'âge de la majorité.

Informations du représentant

Numéro du centre financier (usage interne)	Numéro du représentant (usage interne)

A - Désignation ou changement de bénéficiaire

A1 - Décès

▲ Pour un contrat comportant une protection de type « Maladies graves - propriété partagée », veuillez remplir la **section A4 - Maladies graves - propriété partagée**.

- **Directive :** Veuillez indiquer à qui doivent être versés tous les montants payables en cas de décès de la personne assurée en vertu de ce contrat.
Ex. : montant d'assurance vie, remboursement des primes, prestation de décès prévue dans une protection autre qu'une assurance vie
- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

A2 - Désignation ou changement de bénéficiaires subrogés

- Si un bénéficiaire indiqué dans la **section A1 - Décès** décède avant la personne assurée, le bénéficiaire subrogé indiqué ci-dessous remplace ce bénéficiaire.

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

A - Désignation ou changement de bénéficiaire (suite)

A3 - Maladies graves

- **Directive** : Veuillez indiquer à qui doivent être versés tous les montants payables si la personne assurée souffre d'une maladie grave couverte en vertu d'une protection de ce contrat.
Ex. : montant d'assurance ou avance payable par une protection d'assurance maladies graves
- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Nom de l'assuré		%	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Bénéficiaires de l'assuré						
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

A4 - Maladies graves - propriété partagée

- **Directive** : Si le bénéficiaire de la **prestation de maladie grave** et de la **prestation de décès** est une personne morale, vous n'avez pas à indiquer le lien qui existe entre ce bénéficiaire et le preneur / l'assuré. **Toutefois**, si le bénéficiaire de ces prestations est une personne physique, veuillez indiquer, sous le nom du bénéficiaire, le lien qui existe entre ce bénéficiaire et le copreneur (personne physique), si le contrat est établi au Québec, ou l'assuré, si le contrat est établi dans une province autre qu'au Québec.
- La somme des pourcentages attribués aux bénéficiaires d'un assuré doit être de 100 %.

Prestation de maladie grave			Prestation de décès		
Bénéficiaires	%	Statut	Bénéficiaires	%	Statut
Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable	Nom		<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

Prestation de santé						
Bénéficiaires		%	Date de naissance (AAAA-MM-JJ)	Lien du bénéficiaire avec : - le preneur, pour un contrat établi au Québec - l'assuré, pour un contrat établi dans une province autre que le Québec	Sexe	Statut
Prénom	Nom					
Prénom	Nom			<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Lui-même ou elle-même <input type="checkbox"/> Uni civilement (Québec seulement) <input type="checkbox"/> Conjoint de fait <input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

B - Désignation d'un fiduciaire pour un bénéficiaire mineur (provinces autres que le Québec)

- Cette section peut être remplie pour les contrats qui sont établis à l'extérieur du Québec seulement.
- Si vous avez désigné un bénéficiaire mineur aux sections **A1 - Décès** et **A3 - Maladies graves**, vous pouvez désigner un fiduciaire pour ce bénéficiaire.

Bénéficiaires mineurs	Fiduciaire(s)	Date de naissance du fiduciaire (AAAA-MM-JJ)	Sexe	Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire
Prénom	Prénom		<input type="checkbox"/> F	
Nom	Nom		<input type="checkbox"/> M	
Prénom	Prénom		<input type="checkbox"/> F	
Nom	Nom		<input type="checkbox"/> M	
Prénom	Prénom		<input type="checkbox"/> F	
Nom	Nom		<input type="checkbox"/> M	

C - Déclarations et signatures

Déclaration du ou des preneurs

Je soussigné déclare révoquer le ou les bénéficiaires révocables actuels sur ce contrat.

X

Signature du preneur 1 - personne physique

Nom du preneur 1 - personne physique (EN LETTRES MAJUSCULES)

X

Signature du preneur 2 - personne physique

Nom du preneur 2 - personne physique (EN LETTRES MAJUSCULES)

X

Signature de la personne autorisée à signer pour le preneur - personne morale / fiducie

Nom et titre (EN LETTRES MAJUSCULES) de la personne autorisée à signer pour le preneur - personne morale / fiducie

Date (AAAA-MM-JJ)

Déclaration du ou des bénéficiaires irrévocables à révoquer

Je soussigné consens à ce que ma désignation à titre de bénéficiaire irrévocable sur ce contrat soit révoquée.

X

Signature du bénéficiaire irrévocable

Nom du bénéficiaire irrévocable (EN LETTRES MAJUSCULES)

X

Signature du bénéficiaire irrévocable

Nom du bénéficiaire irrévocable (EN LETTRES MAJUSCULES)

Date (AAAA-MM-JJ)

D - Enregistrement par Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie

Desjardins Sécurité financière, compagnie d'assurance vie a dûment enregistré le changement demandé, mais n'assume aucune responsabilité quant à sa validité ou sa légitimité.

Enregistré par : _____

_____ Date (AAAA-MM-JJ)