

Formulaire de changement de bénéficiaire

Merci d'écrire clairement

1. Informations sur l'employé(e)

Prénom :		Nom de famille :	
Adresse électronique :		Téléphone :	
Nom de l'employeur :	Division :	Catégorie d'employé :	Numéro de certificat :

2. Bénéficiaire(s)

Action	Prénom	Nom de famille	Sexe	Lien de parenté	Part en pourcentage désignée* (%)	Révocable/ Irrévocable **
☐ Ajouter ☐ Supprimer			☐ Homme ☐ Femme			☐ Révocable ☐ Irrévocable
☐ Ajouter ☐ Supprimer			☐ Homme ☐ Femme			☐ Révocable ☐ Irrévocable
☐ Ajouter ☐ Supprimer			☐ Homme ☐ Femme			☐ Révocable ☐ Irrévocable
☐ Ajouter ☐ Supprimer			☐ Homme ☐ Femme			☐ Révocable ☐ Irrévocable

Part en pourcentage désignée: Sauf indication contraire, la répartition en pourcentage sera considérée comme égale. Les pourcentages doivent totaliser 100 %.

Révocable/ Irrévocable **: Un bénéficiaire révocable peut être remplacé à tout moment. Un bénéficiaire irrévocable est définitif et ne peut être remplacé.

Note: Si le bénéficiaire est mineur, je nomme la personne suivante en qualité de fiduciaire :

Nom du fiduciaire : _____ Relation avec l'employé(e) : _____

Adresse électronique : _____

Téléphone : _____ Date de naissance (yyyy/mm/dd) : _____

3. Déclaration

Je déclare que les renseignements fournis ici sont vrais, complets et exacts. Une copie de la présente autorisation fait foi au même titre que l'originale.

Signature de l'employé(e) : _____ Date: (yyyy/mm/dd) _____

**Note : Le changement prend effet à la date de signature du formulaire*