



Désignation de bénéficiaire ou changement

Envoyer le formulaire rempli à :

RWAM Insurance Administrators Inc.
49 Industrial Dr., Elmira, ON N3B 3B1
csr-groupadmin@rwam.com

Conservez une copie pour vos dossiers. Une copie est aussi valide que l'original.

Le formulaire doit être daté, rempli et signé à l'encre.

Toutes corrections doivent être paraphées et l'emploi de liquide correcteur est interdit.

DONNÉES CONCERNANT L'EMPLOYEUR

Groupe n°		Division n°		Catégorie n°		Certificat n°	
Nom de l'employé (prénom, nom de famille)							
Nom de l'employeur							

DÉCLARATION DE L'EMPLOYÉ

Je révoque toutes désignations de bénéficiaire précédentes en vertu du présent certificat. Je désigne, par la présente, la (les) personne(s) suivante(s) comme bénéficiaire(s) de toutes prestations d'assurance vie collective payables à mon décès. Si plus d'un bénéficiaire est nommé, le total de mes prestations d'assurance-vie collective doit être attribué à mes bénéficiaires selon des pourcentages égaux, sauf indication contraire ci-dessous.

Au Québec, si vous n'indiquez pas si la désignation de bénéficiaire est révocable ou irrévocable, la désignation du conjoint légal est irrévocable et tout autre choix est révocable. Dans toutes les provinces, le consentement écrit d'un bénéficiaire irrévocable est requis pour apporter toute modification à la désignation de bénéficiaire. La désignation de bénéficiaire suivante s'applique à l'assurance de l'employé. Les prestations pour les personnes à charge seront payables à l'employé.

Si aucune désignation de bénéficiaire n'est fournie, les prestations d'assurance vie seront versées à votre succession.

BÉNÉFICIAIRE PRINCIPAL

Vous pouvez désigner un bénéficiaire principal et un bénéficiaire subsidiaire mais il n'est pas nécessaire de désigner les deux.

Nom(s) (prénom, nom de famille) de bénéficiaire	Lien de parenté avec l'employé	Part (total doit = 100 %)

BÉNÉFICIAIRE SUBSIDIAIRE

Si un bénéficiaire principal décède avant l'employé, la part de ce bénéficiaire sera versée à la succession de l'employé, à moins qu'un bénéficiaire subsidiaire ne soit nommé.

Si vous souhaitez nommer un ou plusieurs bénéficiaire (s) subsidiaire (s), remplissez ci-dessous. Les désignations de bénéficiaire subsidiaire sont toujours révocables.

Nom(s) (prénom, nom de famille) de bénéficiaire subsidiaire	Lien de parenté avec l'employé	Part (doit atteindre 100 %)

FIDUCIAIRE

Si un bénéficiaire a moins de 18 ans, envisagez de nommer un fiduciaire car les prestations d'assurance vie collective ne peuvent pas être versées à un mineur. (Au Québec, ce fiduciaire doit être un parent ou un tuteur légal.) Les prestations d'assurance vie collective seront émises conformément aux directives de l'assureur.

Nom(s) (prénom, nom de famille) du fiduciaire	Lien de parenté avec l'employé	Lien de parenté avec le bénéficiaire

AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ

Je reconnais que les renseignements que je donne dans la présente seront utilisés par RWAM, Administrateurs d'assurance (RWAM) et l'assureur afin de déterminer l'admissibilité à la couverture et aux prestations d'assurance collective et d'administrer les prestations en vertu de cette couverture. J'autorise par la présente mon employeur/administrateur de régime, l'agent/le courtier d'assurance collective autorisé et l'assureur ou le réassureur à échanger tous renseignements pertinents et nécessaires à ces fins. Si je demande une couverture pour mes personnes à charge admissibles, je confirme que je suis autorisé à agir en leur nom à de telles fins. Je déclare que les déclarations faites sur ce formulaire sont complètes et véridiques. Je comprends que si une déclaration est incomplète ou fautive, toute couverture accordée peut être annulée. Cette autorisation (originale ou photocopie) restera valable aussi longtemps que je réclamerai des prestations ou des services, ou jusqu'à ce que je la révoque.

Signature de l'employé		Date	
Le certificat de remplissage doit accompagner ce formulaire avec les signatures électroniques.			

RWAM ou l'assureur n'assume aucune responsabilité quant à la validité ou à la suffisance de cette désignation.