



Désignation de bénéficiaire irrévocable

Option eSignature : Un certificat d'exécution doit accompagner ce formulaire.

Option écrite à la main : Remplir à l'encre, avec toutes corrections paraphées. Vous devriez conserver une copie pour vos dossiers et sera considérée comme étant aussi valide que l'original.

Envoyer le formulaire rempli à : csr-groupadmin@rwam.com ou par la poste à l'adresse indiquée ci-dessous.

DONNÉES CONCERNANT L'EMPLOYEUR

Groupe		Division		Catégorie		N° de certificat	
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 de mon assurance collective. 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 IRRÉVOCABLE

Par la présente, je rends irrévocable la désignation de bénéficiaire suivante. Je comprends que je ne peux pas modifier cette désignation de bénéficiaire sans le consentement écrit du (des) bénéficiaire(s) irrévocable(s).

Nom(s) (prénom, nom de famille) de bénéficiaire	Rapport avec l'employé	% de la part (Total doit = 100 %)

TRUSTEE

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 et seront émises conformément aux directives de l'assureur. Au Québec, ce fiduciaire doit être un parent ou un tuteur légal.

Nom(s) (prénom, nom de famille) du fiduciaire	En tant que fiduciaire pour nom(s) de bénéficiaire(s)	Rapport du fiduciaire avec le bénéficiaire

AUTORISATION DE CHANGER LE BÉNÉFICIAIRE IRRÉVOCABLE

À ne remplir que si vous êtes un bénéficiaire irrévocable. Si vous avez été désigné comme bénéficiaire irrévocable, l'employé a besoin de votre consentement pour : (a) vous remplacer comme bénéficiaire ou (b) modifier le pourcentage de la prestation qui vous est payable au décès de l'employé.

Nom(s) (prénom, nom de famille) du bénéficiaire irrévocable.	
--	--

Je consens par la présente à tout changement de bénéficiaire au titre du présent contrat. Je déclare être majeur(e).

Nom(s) (prénom, nom de famille) du bénéficiaire irrévocable.		Date	
--	--	------	--

AUTORISATION DE L'EMPLOYÉ

Je reconnais que les renseignements que je donne dans ce formulaire seront utilisés par RWAM, Administrateurs d'assurance (RWAM) et l'assureur. 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. Cette autorisation est également valable, en cas de décès, à l'égard de toute personne, de tout bénéficiaire ou de toute organisation, y compris les médecins et les professionnels, les installations ou les fournisseurs, les organismes de réglementation professionnelle, tout employeur, administrateur de régime d'assurance collective, assureur, agence d'enquête et tout administrateur détenant des renseignements requis par l'assureur, ou ses fournisseurs de services, qui peuvent être nécessaires au traitement de mon dossier. Je déclare que les déclarations faites dans 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 d'exécution doit accompagner ce formulaire avec les signatures

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