



## L'ÉGLISE UNIE DU CANADA

### FORMULAIRE DE DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE COLLECTIVE

Veuillez remplir entièrement le formulaire. Le présent formulaire de renseignements confirme ou remplace tous les précédents formulaires versés en dossier.

Je comprends que j'ai le droit de changer de bénéficiaire d'assurance collective à tout moment en adressant un avis écrit au Centre des avantages sociaux, sous réserve des dispositions de toute loi ou réglementation en vigueur. Je comprends également que, si ma ou mon bénéficiaire désigné décède avant moi et si aucune autre personne n'est désignée comme bénéficiaire par la suite, tout produit de l'assurance collective sera payable à ma succession. Les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

- Nouvelle inscription     Changement apporté aux renseignements

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE MEMBRE	NUMÉRO D'EMPLOYÉ(E)
-------------------------------------	---------------------

#### ÉTAPE 1 – DÉSIGNATION DE BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE COLLECTIVE

- S'il y a plus de cinq bénéficiaires, veuillez joindre une feuille séparée contenant les renseignements requis.
- Sous réserve de la législation en vigueur, vous confirmez que la personne ou les personnes mentionnées ci-après sont la personne ou les personnes désignées comme bénéficiaire de l'assurance collective. Votre désignation de bénéficiaire de l'assurance collective est révocable (sauf s'il est précisé que la désignation est irrévocable) et remplace toute désignation antérieure. Les lois provinciales peuvent restreindre votre capacité à changer de bénéficiaire désigné d'une assurance collective.
- L'Église Unie du Canada et aucun de ses employeurs associés n'assument de responsabilité à l'égard de la validité de toute désignation.
- Allouez des pourcentages uniquement pour les couvertures que vous avez choisies.
- Si votre ou vos bénéficiaires de l'assurance collective ont moins de 18 ans, vous devez également nommer une ou un mandataire (voir l'étape 3).

#### Résidez-vous au Québec?

Si vous résidez au Québec, la désignation de votre conjointe ou de votre conjoint comme bénéficiaire de l'assurance collective est automatiquement irrévocable (cela signifie que votre conjointe ou votre conjoint doit donner son consentement par écrit si vous voulez changer de bénéficiaire de l'assurance collective), à moins que vous n'indiquiez le contraire dans votre première désignation. Si vous voulez changer le nom de la personne bénéficiaire de l'assurance collective sans le consentement écrit de votre conjointe ou de votre conjoint, vous devez désigner votre conjointe ou votre conjoint comme bénéficiaire révocable.

Si vous résidez au Québec et que vous avez nommé votre conjointe ou votre conjoint comme bénéficiaire, cochez l'une des deux cases suivantes :

- Cette désignation est révocable. Je peux la modifier à n'importe quel moment sans le consentement écrit de ma conjointe ou de mon conjoint.
- Cette désignation est irrévocable. Je dois avoir le consentement écrit de ma conjointe ou de mon conjoint pour la modifier.

Je révoque par les présentes toute désignation antérieure de bénéficiaire et, sous réserve des droits des conjointes et des conjoints prévus par la loi, je nomme la ou les personnes suivantes comme bénéficiaires.

NOM ET PRÉNOM DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE	RELATION AVEC LA PERSONNE MEMBRE	VIE, DE BASE	DMA, DE BASE	VIE, FACULTATIVE	DMA, FACULTATIVE
		%	%	%	%
		%	%	%	%
		%	%	%	%
		%	%	%	%
		%	%	%	%
		%	%	%	%
Total		100 %	100 %	100 %	100 %

**ÉTAPE 3- DÉCLARATION RELATIVE À LA PERSONNE MANDATAIRE DE PERSONNES À CHARGE MINEURES**

Si des bénéficiaires de l'assurance collective n'ont pas atteint l'âge de la majorité, je nomme, par les présentes, la personne suivante comme mandataire pour recevoir tout montant payable aux bénéficiaires de l'assurance collective (ne s'applique pas au Québec).

NON ET PRÉNOM DE LA PERSONNE MANDATAIRE

RELATION AVEC LA PERSONNE MEMBRE

ADRESSE ET COURRIEL DE LA PERSONNE MANDATAIRE

**ÉTAPE 4 – AUTORISATION DE LA PERSONNE MEMBRE**

Je comprends que j'ai le droit de modifier ces renseignements à tout moment en remplissant un autre formulaire et en l'acheminant au Centre des avantages sociaux, sous réserve des dispositions de toute loi ou réglementation en vigueur. J'atteste que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts et complets.

SIGNATURE DE LA PERSONNE MEMBRE

DATE (mm/jj/aaaa)