



Changement de bénéficiaire

500 – 2755 Lougheed Highway
Port Coquitlam, BC V3B 5Y9

Nom de l'employeur

- **Pour utiliser ce formulaire, vous devez déjà être assuré par le régime de votre employeur. Pour une nouvelle adhésion, veuillez remplir le formulaire Adhésion à l'assurance groupe.** ◀
- **Ce formulaire doit être rempli à l'ENCRE BLEUE. VEUILLEZ IMPRIMER. Veuillez soumettre le formulaire original seulement – les télécopies ou photocopies ne pourront être acceptées.**

► Employé(e) – Compléter pour changement de bénéficiaire ◀

Nom de famille de l'employé(e)			Prénom			Initiale								
Désignation de bénéficiaire ((inscrivez le nom légal au complet ex.: Marie Jeanne Tremblay, et non Mme Jeanne Tremblay)) J'annule toutes les désignations de bénéficiaires précédentes et désigne comme bénéficiaire à titre révocable dans le cas de mon décès :						Administrateur désigné (à compléter seulement si le bénéficiaire a moins de 18 ans) Je nomme comme administrateur à titre révocable, pour recevoir toute somme qui est due à mon bénéficiaire, si ce bénéficiaire est mineur :								
_____ %			_____ %			_____ %								
Nom légal complet			Relation			Partage des prestations			Nom légal au complet					
► Note importante ◀ Pour un changement de bénéficiaire. Votre signature doit être faite en présence d'un témoin de plus de 18 ans, qui n'est lié à vous et n'est pas votre bénéficiaire.						X _____ Signature de l'employé(e) Date								
						X _____ Signature du témoin Date								

CB0407