

### Changement de bénéficiaire

Nom(s) du/des propriétaire(s) : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nom(s) du/des assuré(e)s : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Désignation de bénéficiaire

**Toute nouvelle désignation de bénéficiaire annule automatiquement toute désignation de bénéficiaire primaire et en sous-ordre antérieure.**

Veillez noter que le changement de bénéficiaire n'est pas effectué sur une couverture dont l'avenant annexé est une Protection Vitale. Pour toute police d'assurance Protection Vitale, veuillez utiliser le formulaire 5282-00F *Changement de bénéficiaire – Protection Vitale*.

#### BÉNÉFICIAIRE PRIMAIRE

Prénom	Nom de famille	Âge	À parts égales <small>(seulement indiquer un % si payable autrement qu'à parts égales)</small>	Lien de parenté avec l'assuré <small>(au Québec, lien avec le propriétaire)</small>
1.				
2.				
3.				
4.				

Les bénéficiaires seront révocables sauf s'il y a mention irrévocable.

**Pour les propriétaires qui résident au Québec :**

Si vous avez désigné votre conjoint comme bénéficiaire, la désignation est irrévocable, à moins que vous ne cochez la case suivante :  Révocable

**BÉNÉFICIAIRE EN SOUS-ORDRE** Aucun droit n'est conféré aux bénéficiaires en sous-ordre avant le décès de tous les bénéficiaires primaires.

Prénom	Nom de famille	Âge	À parts égales <small>(seulement indiquer un % si payable autrement qu'à parts égales)</small>	Lien de parenté avec l'assuré <small>(au Québec, lien avec le propriétaire)</small>
1.				
2.				
3.				
4.				

**DÉSIGNATION D'UN FIDUCIAIRE** Pour les propriétaires du Québec seulement : toutes prestations payables à un bénéficiaire mineur doivent être payées au(x) parent(s) survivant(s) à titre de tuteur de l'enfant mineur.

Dans le cas d'un bénéficiaire mineur, veuillez désigner un fiduciaire : \_\_\_\_\_

Lien du fiduciaire avec le bénéficiaire : \_\_\_\_\_

**Veillez remplir et signer le formulaire à la page 2.**

## Changement de bénéficiaire

Nom(s) du/des propriétaire(s) : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### Informations supplémentaires

**Désignation révocable ou irrévocable :**

1. À moins d'indication contraire ou que cela soit interdit par la loi, toute désignation de bénéficiaire est *révocable*.
2. Si un bénéficiaire est désigné à titre *irrévocable*, son consentement sera requis lors de toute demande qui pourrait affecter ses droits, incluant la désignation d'un nouveau bénéficiaire.
3. Au Québec, la désignation du conjoint en vertu d'un mariage ou d'une union civile du propriétaire à titre de bénéficiaire est automatiquement *irrévocable*, à moins d'indication contraire.

**Les prestations de décès seront payables dans l'ordre suivant :**

1. Aux bénéficiaires primaires désignés qui survivent à l'assuré, à parts égales, sauf si un pourcentage (%) est précisé;
2. Aux bénéficiaires en sous-ordre désignés qui survivent à l'assuré (s'il n'y a aucun bénéficiaire primaire survivant), à parts égales, sauf si un pourcentage (%) est précisé; ou
3. Au propriétaire de la police ou à sa succession (s'il n'y a aucun bénéficiaire en sous-ordre survivant).

**Dans le cas d'un bénéficiaire décédé :**

1. La part égale d'un bénéficiaire décédé (primaire ou en sous-ordre, selon le cas) sera divisée entre les bénéficiaires survivants (de la même catégorie); et
2. La part en pourcentage (%) d'un bénéficiaire décédé (primaire ou en sous-ordre, selon le cas) sera payable au propriétaire de la police ou à sa succession.

### Signatures

Je, soussigné(e), reconnais et comprends qu'Assomption Vie s'engage à verser la présente demande de changement de bénéficiaire à mon dossier sur réception, mais qu'Assomption Vie n'exprime aucune opinion quant à la validité ou à la légalité de toute désignation de bénéficiaire.

Je, soussigné(e), déclare que tous les renseignements fournis dans la présente sont, au meilleur de ma connaissance, vrais et j'autorise Assomption Vie à effectuer tous les changements demandés.

Signature du/des propriétaire(s)	Date du jour	*Titre	Témoïn (18 ans ou plus)
----------------------------------	--------------	--------	-------------------------

Signature du/des propriétaire(s)	Date du jour	*Titre	Témoïn (18 ans ou plus)
----------------------------------	--------------	--------	-------------------------

Signature du/des bénéficiaire(s) actuel(s), si irrévocable(s)	Date du jour	Témoïn (18 ans ou plus)	
---	--------------	-------------------------	--

\*Si le propriétaire est une personne morale (entreprise, association, etc.), la signature des personnes autorisées et leur titre sont exigés.

### Directives d'envoi

Veuillez faire parvenir votre formulaire dûment rempli et signé par un des moyens suivants :

*Par la poste*  
 770, rue Main / C.P. 160, Moncton NB E1C 8L1

*Par courriel*  
[service.assures@assomption.ca](mailto:service.assures@assomption.ca)

*Par télécopieur*  
 855-230-2500