

### Identification

Police numéro :

Prénom de l'assuré :

Nom de l'assuré :

- Le présent formulaire doit être utilisé pour désigner ou changer un(des) bénéficiaire(s) pour tout contrat d'assurance invalidité, maladies graves, vie ou assurance créance.
- N'utilisez pas ce formulaire pour désigner un(des) bénéficiaire(s) pour une police ou une couverture d'invalidité (remplacement de revenu), mutilation ou perte d'usage ou remboursement de frais médicaux - ces prestations sont versées à la personne assurée ou au titulaire, conformément aux dispositions du contrat.**
- Les désignations faites dans le présent formulaire révoquent toute désignation antérieure de bénéficiaire(s) pour la(les) couverture(s) visée(s) par la police mentionnée ci-dessus.
- Toute prestation payable au titre d'une couverture pour laquelle aucun bénéficiaire n'a été nommé sera versée conformément aux dispositions du contrat.
- Si plusieurs bénéficiaires sont nommés pour une même couverture, les sommes assurées seront versées en parts égales, à moins d'indication contraire.
- Dans le cas des polices établies au Québec, à défaut de qualifier le bénéficiaire, ce dernier est irrévocabile s'il est le conjoint lié par le mariage ou l'union civile et révocable dans tous les autres cas.** La désignation d'un bénéficiaire irrévocabile pourrait restreindre vos droits de titulaire dans le contrat. Le(s) bénéficiaire(s) irrévocabile(s) doit(vent) accorder son(leur) consentement par écrit pour toute modification de désignation de bénéficiaire, cession de contrat, transfert de propriété, retrait de fonds, réduction de couverture et autres modifications.
- Au Québec, tout montant à être versé au bénéficiaire mineur sera versé pour son compte au(x) parent(s) ou au tuteur légal de ce bénéficiaire.**
- Le(s) bénéficiaire(s) irrévocabile(s) doit(vent) signer le présent formulaire pour signifier son (leur) consentement.** Les enfants mineurs **ne peuvent pas** donner de consentement écrit à de tels changements. Les parents ou tuteurs de(s) bénéficiaire(s) irrévocabile(s) mineur(s) ne peuvent pas donner de consentement au nom de ce(s) dernier(s).
- Si vous souhaitez désigner un ou des enfants mineurs à titre de bénéficiaires, un fiduciaire doit être nommé. (Non applicable au Québec)**
- Si le(s) titulaire(e) est (sont) une société par actions,** le présent formulaire doit être signé par la(les) personne(s) autorisée(s) à signer au nom de la société.

**Désignation du(des) bénéficiaire(s) pour une(des) prestation(s) payable(s) au décès  
(assurance vie et remboursement des primes au décès)**

Nom et prénom	Lien de parenté avec l'assuré(e)	Date de naissance jour / mois / année	Part de la prestation	Irrevocabilité	
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocabile
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocabile
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocabile
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocabile
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocabile
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocabile



## Identification (suite)

**Désignation du(des) bénéficiaire(s) en sous-ordre pour une(des) prestation(s) payable(s) au décès (assurance vie et remboursement des primes au décès)**

Nom et prénom	Lien de parenté avec l'assuré(e)	Date de naissance jour / mois / année	Part de la prestation
			%
			%
			%

- **Le(s) bénéficiaire(s) en sous-ordre** touche(nt) une prestation seulement si le(s) bénéficiaire(s) décède(nt) avant l'assuré ou si le(s) bénéficiaire(s) n'a(n'ont) plus droit à la prestation.

**Désignation du(des) bénéficiaire(s) pour une garantie de maladies graves (si applicable)**

Nom et prénom	Lien de parenté avec l'assuré(e)	Date de naissance jour / mois / année	Part de la prestation	Irrévocabilité
			%	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
			%	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
			%	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

**Désignation de bénéficiaires pour une garantie de remboursement de primes payables du vivant de l'assuré**

Nom et prénom	Lien de parenté avec l'assuré(e)	Date de naissance jour / mois / année	Part de la prestation	Irrévocabilité
			%	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
			%	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

**Désignation du(des) bénéficiaire(s) pour une prestation d'assurance créance en cas d'invalidité**

Nom et prénom	Lien de parenté avec l'assuré(e)	Date de naissance jour / mois / année	Part de la prestation	Irrévocabilité
			%	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
			%	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable
			%	<input type="checkbox"/> Révocable <input type="checkbox"/> Irrévocable

**Désignation de fiduciaire pour un enfant mineur - Non résident du Québec :**

Toute somme payable au bénéficiaire qui est un enfant mineur sera versé à la personne suivante à titre de fiduciaire :

Nom du bénéficiaire mineur	Nom du fiduciaire	Relation avec le bénéficiaire

## Identification (suite)

Par la présente, je procède à la révocation de toutes les désignations antérieures faites pour les garanties sélectionnées au titre de la police susmentionnée et je donne instruction que toute prestation payable soit versée au(x) bénéficiaire(s) désigné(s) dans le présent formulaire.

Fait à \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
jour / mois / année

Signature du  
titulaire n° 1

Signature du  
titulaire n° 2

Dans le cas d'un changement de(s) bénéficiaire(s) irrévocable(s)

Prénom du(des) bénéficiaire(s) irrévocable(s) : \_\_\_\_\_

Nom du(des) bénéficiaire(s) irrévocable(s) : \_\_\_\_\_

Par la présente, je(nous) consens(tons) aux changements apportés aux désignations de bénéficiaires relativement à la police susmentionnée et, le cas échéant, d'être révoqué comme bénéficiaire(s) actuel(s) de la police susmentionnée en vertu de cette police.

Date \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
jour / mois / année

Signature du bénéficiaire irrévocable \_\_\_\_\_

Signature du bénéficiaire irrévocable \_\_\_\_\_

Humania Assurance Inc., 1555, rue Girouard Ouest, Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 2Z6