

1- Renseignements relatifs à l'adhérent

Nom du preneur (employeur)	N° de police	N° sous-groupe	N° de certificat
Nom de l'adhérent (employé)	Prénom		

2- Révocation de bénéficiaire(s) (si votre bénéficiaire était irrévocable, veuillez lui faire remplir cette partie)

- Le consentement du bénéficiaire révoqué est obligatoire s'il était désigné de façon irrévocable.
- Le nouveau bénéficiaire ne peut signer comme témoin.
- Le bénéficiaire ne peut consentir au changement s'il est mineur.
- Si le bénéficiaire est décédé, joindre un certificat de décès.

Je soussigné révoque par la présente la désignation de : _____

(Nom et prénom du (des) bénéficiaire(s) révoqué(s))

Comme bénéficiaire(s) actuel(s) et lui (leur) substitue le(s) bénéficiaire(s) inscrit(s) à la section 3 ci-dessous.

Je soussigné renonce, à mes droits comme bénéficiaire de cette police

_____	_____	_____
Signature du (des) bénéficiaire(s) révoqué(s)	Signature du témoin	Date

3- Désignation ou changement de bénéficiaire(s)

Je révoque toute désignation de bénéficiaire qui a été faite précédemment relative aux couvertures d'assurance de la police ci-dessus mentionnée et désigne les nouveaux bénéficiaires ci-dessous.

Nom et prénom du (des) bénéficiaire(s)	Lien de parenté	Date de naissance si mineur jj-mm-aaaa	%	Veuillez cocher	
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable
			%	<input type="checkbox"/> Révocable	<input type="checkbox"/> Irrévocable

Pour la province de Québec Si le bénéficiaire n'est pas qualifié, le bénéficiaire est irrévocable dans le cas d'un conjoint légalement marié et révocable dans les autres cas.

Pour toutes les autres provinces La présente désignation de bénéficiaire est révocable à moins de stipulation contraire.

Révocable : Signifie que la désignation de bénéficiaire peut être changée sans son consentement.

Irrévocable : Signifie que la désignation du bénéficiaire **ne peut être changée** sans son consentement écrit. La désignation irrévocable d'une personne mineure ne pourra être changée avant sa majorité

4- Signature de l'adhérent (employé)

Signé à _____, ce _____ du mois _____ 20_____

Signature de l'adhérent

Signature du témoin

Humania Assurance n'exprime aucune opinion quant à la convenance de la présente formule pour l'usage qu'on veut en faire ou quant à la validité ou à la légalité de cette demande de changement de bénéficiaire.

Renseignements personnels

Les renseignements personnels contenus dans ce formulaire seront déposés au dossier du preneur. Vous avez le droit de prendre connaissance des renseignements personnels contenus dans ce dossier et le cas échéant de les faire rectifier en formulant une demande écrite au preneur.