

644, RUE MAIN, C.P. 220 MONCTON (N.-B.) E1C 8L3
POUR TOUTE QUESTION : TÉL. 1-888-919-7378 TÉLÉC. 506-867-4651

DIRECTIVES IMPORTANTES : Veuillez remplir ce document à l'encre. Les formulaires modifiés avec du liquide correcteur ou des rayures ne seront pas acceptés. Veuillez remplir un nouveau formulaire si des changements sont requis. Le respect de ces directives est nécessaire afin que la somme de votre police d'assurance vie soit remise en temps opportun aux bénéficiaires appropriés.

Le masculin est utilisé dans le présent document de façon neutre dans le but d'alléger le texte et d'en faciliter la lecture.

JE RÉVOQUE PAR LA PRÉSENTE TOUTE DÉSIGNATION PRÉCÉDENTE DE BÉNÉFICIAIRES PRINCIPAUX OU DE BÉNÉFICIAIRES SUBSIDIAIRES ET CHANGE LA DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES COMME INDIQUÉ CI-DESSOUS :

1. RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE ASSURÉE

Nom de la personne assurée : _____ Numéro de la police : _____

2. RENSEIGNEMENTS SUR LE TITULAIRE DE LA POLICE – Si cette police n'appartient pas à la personne assurée nommée ci-dessus, ce formulaire doit être rempli et signé par le titulaire de la police.

☐ Le titulaire de la police est la personne assurée **OU** indiquez le nom du titulaire de la police : _____

3. DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES PRINCIPAUX – Je nomme les personnes suivantes comme bénéficiaires de la somme assurée par cette police d'assurance vie. Advenant qu'un ou plusieurs des bénéficiaires principaux précèdent la personne assurée, le paiement sera partagé en parties égales entre les bénéficiaires principaux survivants, à moins d'indication contraire. Les pourcentages alloués doivent totaliser 100 %.

Au Québec, si le conjoint est désigné bénéficiaire, il est considéré comme irrévocable à moins d'indication contraire. ☐ Révocable

Au Québec, lorsque le bénéficiaire de la police d'assurance vie est mineur au moment du décès de la personne assurée, Croix Bleue Medavie paiera la somme assurée au(x) parent(s) ou au tuteur légal, le cas échéant, et non à une autre personne qui aurait pu être nommée administratrice ou fiduciaire. Si vous souhaitez qu'une autre personne gère le capital-décès légué à l'enfant, assurez-vous d'avoir pris les dispositions nécessaires dans votre testament. Vous voudrez peut-être consulter un conseiller juridique afin de déterminer quelles mesures vous pourriez prendre pour que votre planification successorale réponde à vos besoins. Une désignation irrévocable ne peut être changée sans le consentement écrit du bénéficiaire.

Nom complet du bénéficiaire : _____

Lien avec la personne assurée : _____ Pourcentage : _____

Adresse postale : _____

_____ Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Nom complet du bénéficiaire : _____

Lien avec la personne assurée : _____ Pourcentage : _____

Adresse postale : _____

_____ Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Nom complet du bénéficiaire : _____

Lien avec la personne assurée : _____ Pourcentage : _____

Adresse postale : _____

_____ Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Nom complet du bénéficiaire : _____

Lien avec la personne assurée : _____ Pourcentage : _____

Adresse postale : _____

_____ Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

4. DÉSIGNATION DES BÉNÉFICIAIRES SUBSIDIAIRES – Si aucun bénéficiaire n’a survécu à mon décès, je nomme les bénéficiaires subsidiaires suivants pour recevoir la somme assurée. Si aucun bénéficiaire subsidiaire n’est vivant au moment de mon décès, la somme assurée devra être versée à ma succession. La somme assurée sera versée en parties égales aux bénéficiaires subsidiaires survivants, à moins d’indication contraire. Les pourcentages alloués doivent totaliser 100 %.

Nom complet du bénéficiaire : _____

Lien avec la personne assurée : _____ Pourcentage : _____

Adresse postale : _____

_____ Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

Nom complet du bénéficiaire : _____

Lien avec la personne assurée : _____ Pourcentage : _____

Adresse postale : _____

_____ Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

5. NOMINATION DU FIDUCIAIRE POUR LES BÉNÉFICIAIRES MINEURS – Si l’un des bénéficiaires n’a pas atteint l’âge légal de la majorité, un fiduciaire doit être nommé pour recevoir le paiement dû, au moment du décès de la personne assurée ou après celui-ci, à tout bénéficiaire désigné dans ce formulaire qui est mineur à la date d’échéance du paiement.

Nom du fiduciaire : _____

Lien avec la personne assurée : _____

Adresse postale : _____

_____ Numéro de téléphone : _____

Adresse courriel : _____

6. AUTORISATION ET CONSENTEMENT

Je comprends que les renseignements personnels que j’ai fournis dans le présent formulaire sont recueillis et utilisés par Croix Bleue Medavie pour administrer les modalités de ma police ou de la police d’assurance collective à laquelle j’adhère, pour me recommander des produits et des services auxquels je suis admissible en raison de mon adhésion à une police, ainsi que pour d’autres fins applicables, tel qu’il est décrit dans l’Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca.

Selon le type de couverture que je souscris, certains renseignements personnels, par exemple des données sur mes demandes de règlement ou ma santé ou encore des données financières, pourraient être recueillis auprès de tiers ou leur être communiqués, afin d’administrer et de gérer les garanties énoncées dans la police à laquelle j’adhère. Ces tiers peuvent comprendre des fournisseurs de soins de santé, d’autres compagnies d’assurance, des organismes de réglementation et d’enquête, des fournisseurs de services et le ou la titulaire de carte de tout contrat auquel j’adhère.

Si la loi le permet, mes renseignements personnels peuvent être transmis à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services dans une province autre que celle où ces données ont été recueillies. Si je réside au Québec, mes renseignements personnels pourraient être transférés ou divulgués à des employés de Croix Bleue Medavie ou à des fournisseurs de services hors Québec.

Je comprends que mon consentement n’est valide que lorsqu’il est nécessaire pour les besoins décrits dans le présent document, à moins que je ne le retire. Je comprends que je peux retirer mon consentement en tout temps. Cependant, dans certaines circonstances, une telle action pourrait empêcher Croix Bleue Medavie de me fournir certains produits ou services qui pourraient nous être utiles, à moi et à mes personnes à charge. Le présent document de consentement respecte les lois fédérales et provinciales en matière de protection des renseignements personnels.

Si vous avez des préoccupations ou des questions ou souhaitez en savoir plus sur nos pratiques en matière de renseignements, y compris sur la façon dont vos renseignements personnels sont protégés et sur la marche à suivre pour consulter ou corriger vos renseignements personnels, veuillez lire l’Énoncé sur la protection des renseignements personnels de Croix Bleue Medavie à cbmedavie.ca ou composer le 1-800-668-4511.

Signé _____

Ville, Province

Jour

Mois

Année

Signature du titulaire de la police : _____

