

# CHANGEMENT DE BÉNÉFICIAIRE(S)

## DIRECTIVES

Veuillez remplir et signer ce formulaire et l'envoyer à Assurance Spécialité-Vie pour qu'il soit enregistré et finalisé.

## NOUVEAU BÉNÉFICIAIRE

Personne(s) assurée(s) \_\_\_\_\_ N° de la police \_\_\_\_\_  
 Je, propriétaire du contrat, demande à Assurance Spécialité-Vie de mettre à jour le(s) bénéficiaire(s) actuel(s) et de nommer exclusivement le(s) bénéficiaire(s) suivant(s)

Nom du Bénéficiaire	Lien avec la personne assuré	Date de naissance (MM/JJ/AAAA)	Quote-part % (doit totaliser 100%)	Primaire/ Subsidaire	Révocable/ Irrévocable
				<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I
				<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I
				<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I
				<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I
				<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> S	<input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> I

SIGNÉ À	DATE
SIGNATURE DU TÉMOIN	SIGNATURE DU PROPRIÉTAIRE

## CONSENTEMENT DU(DES) BÉNÉFICIAIRE(S) RÉVOQUÉ(S) (UNIQUEMENT LE CAS ÉCHÉANT)

Je (nous), par la présente, déclare(ons) être majeur(e)s, renonce(ons) à tous mes (nos) droits et intérêts dans le contrat et accepte(ons), sans restriction, la révocation de ma (notre) qualité de bénéficiaire(s).

SIGNÉ À	DATE (MM/JJ/AAAA)
SIGNATURE DU TÉMOIN	SIGNATURE DU (DES) BÉNÉFICIAIRE(S) RÉVOQUÉ(S)

## À L'USAGE EXCLUSIF DU SIÈGE SOCIAL

DATE D'ENREGISTREMENT	ENREGISTRÉ PAR
-----------------------	----------------