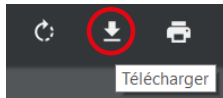


## Étapes à suivre pour remplir le formulaire

1

Cliquez sur l'icône de téléchargement pour enregistrer le formulaire sur votre ordinateur.



2

Remplissez les champs du formulaire et enregistrez vos informations avant de nous soumettre une copie.

GROUPE	DIVISION	CLASSE	CERTIFICAT		
NOM DE L'EMPLOYÉ		PRÉNOM			
NOM DE L'EMPLOYEUR					

**BÉNÉFICIAIRE ACTUEL**

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ AVEC L'EMPLOYÉ
RÉVOCABLE <input type="checkbox"/>	IRRÉVOCABLE <input type="checkbox"/>	N.B. AU QUÉBEC EN L'ABSENCE DE TOUT CHOIX, LA DÉSIGNATION DU CONJOINT LÉGAL EST IRRÉVOCABLE ET LA DÉSIGNATION DE TOUT AUTRE BÉNÉFICIAIRE EST RÉVOCABLE.

**NOUVEAU BÉNÉFICIAIRE**

NOM	LIEN DE PARENTÉ AVEC L'EMPLOYÉ
RÉVOCABLE <input type="checkbox"/>	IRRÉVOCABLE <input type="checkbox"/>

N.B. AU QUÉBEC EN L'ABSENCE DE TOUT CHOIX, LA DÉSIGNATION DU CONJOINT LÉGAL EST IRRÉVOCABLE ET LA DÉSIGNATION DE TOUT AUTRE BÉNÉFICIAIRE EST RÉVOCABLE.

PAR LA PRÉSENTE, JE RÉVOQUE LA DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE ACTUEL ET JE LUI SUBSTITUE CELLE DU NOUVEAU BÉNÉFICIAIRE, TEL QUE DÉCRIT CI-DESSUS.

DATE	PRÉNOM SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ X	SIGNATURE D'UN TÉMOIN X
------	---------------------------------------	----------------------------

SEULEMENT SI LE BÉNÉFICIAIRE ACTUEL EST IRRÉVOCABLE.

PAR LA PRÉSENTE, JE CONSENS À ÊTRE RÉVOQUÉ COMME BÉNÉFICIAIRE DU CERTIFICAT CI-HAUT MENTIONNÉ ET JE RENONCE À TOUS MES DROITS ET PRIVILÈGES, EN VERTU DE CE CERTIFICAT.

DATE	SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE ACTUEL X	SIGNATURE D'UN TÉMOIN X
------	--	----------------------------

**INSTRUCTIONS**

1. LE NOUVEAU BÉNÉFICIAIRE NE DOIT PAS SIGNER COMME TÉMOIN.
2. LE BÉNÉFICIAIRE RÉVOQUÉ NE PEUT CONSENTIR AU CHANGEMENT S'IL N'A PAS ATTEINT SES 18 ANS.
3. SI LE BÉNÉFICIAIRE ACTUEL EST IRRÉVOCABLE MAIS DÉCÉDÉ, TRANSMETTRE UN CERTIFICAT DE DÉCÈS.
4. FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE À L'INTERNATIONALE SANS DÉLAI.
5. L'ASSUREUR RETOURNERA UNE NOUVELLE FICHE D'ASSURÉ.
6. VÉRIFIER L'EXACTITUDE DU CONTENU DE CE DOCUMENT AVANT DE CLASSER LA FICHE D'ASSURÉ.

576 (11-12) UV Assurance est une raison sociale et marque de commerce de L'Union-Vie, compagnie mutuelle d'assurance.

GROUPE	DIVISION	CLASSE	CERTIFICAT		
NOM DE L'EMPLOYÉ		PRÉNOM			
NOM DE L'EMPLOYEUR					

**BÉNÉFICIAIRE ACTUEL**

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ AVEC L'EMPLOYÉ
RÉVOCABLE <input type="checkbox"/>	IRRÉVOCABLE <input type="checkbox"/>	N.B. AU QUÉBEC EN L'ABSENCE DE TOUT CHOIX, LA DÉSIGNATION DU CONJOINT LÉGAL EST IRRÉVOCABLE ET LA DÉSIGNATION DE TOUT AUTRE BÉNÉFICIAIRE EST RÉVOCABLE.

**NOUVEAU BÉNÉFICIAIRE**

NOM	PRÉNOM	LIEN DE PARENTÉ AVEC L'EMPLOYÉ
RÉVOCABLE <input type="checkbox"/>	IRRÉVOCABLE <input type="checkbox"/>	N.B. AU QUÉBEC EN L'ABSENCE DE TOUT CHOIX, LA DÉSIGNATION DU CONJOINT LÉGAL EST IRRÉVOCABLE ET LA DÉSIGNATION DE TOUT AUTRE BÉNÉFICIAIRE EST RÉVOCABLE.

PAR LA PRÉSENTE, JE RÉVOQUE LA DÉSIGNATION DU BÉNÉFICIAIRE ACTUEL ET JE LUI SUBSTITUE CELLE DU NOUVEAU BÉNÉFICIAIRE, TEL QUE DÉCRIT CI-DESSUS.

DATE	SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ X	SIGNATURE D'UN TÉMOIN X
------	-----------------------------	----------------------------

SEULEMENT SI LE BÉNÉFICIAIRE ACTUEL EST IRRÉVOCABLE.

PAR LA PRÉSENTE, JE CONSENS À ÊTRE RÉVOQUÉ COMME BÉNÉFICIAIRE DU CERTIFICAT CI-HAUT MENTIONNÉ ET JE RENONCE À TOUS MES DROITS ET PRIVILÈGES, EN VERTU DE CE CERTIFICAT.

DATE	SIGNATURE DU BÉNÉFICIAIRE ACTUEL X	SIGNATURE D'UN TÉMOIN X
------	--	----------------------------

**INSTRUCTIONS**

1. LE NOUVEAU BÉNÉFICIAIRE NE DOIT PAS SIGNER COMME TÉMOIN.
2. LE BÉNÉFICIAIRE RÉVOQUÉ NE PEUT CONSENTIR AU CHANGEMENT S'IL N'A PAS ATTEINT SES 18 ANS.
3. SI LE BÉNÉFICIAIRE ACTUEL EST IRRÉVOCABLE MAIS DÉCÉDÉ, TRANSMETTRE UN CERTIFICAT DE DÉCÈS.
4. FAIRE PARVENIR LE FORMULAIRE À L'INTERNATIONALE SANS DÉLAI.
5. L'ASSUREUR RETOURNERA UNE NOUVELLE FICHE D'ASSURÉ.
6. VÉRIFIER L'EXACTITUDE DU CONTENU DE CE DOCUMENT AVANT DE CLASSER LA FICHE D'ASSURÉ.

576 (11-12)